

# Wyzwania dla polityki społeczno-gospodarczej w Niemczech i w Polsce na podstawie danych SHARE<sup>1</sup>

Michał Myck, dr, Centrum Analiz Ekonomicznych, CenEA oraz DIW-Berlin

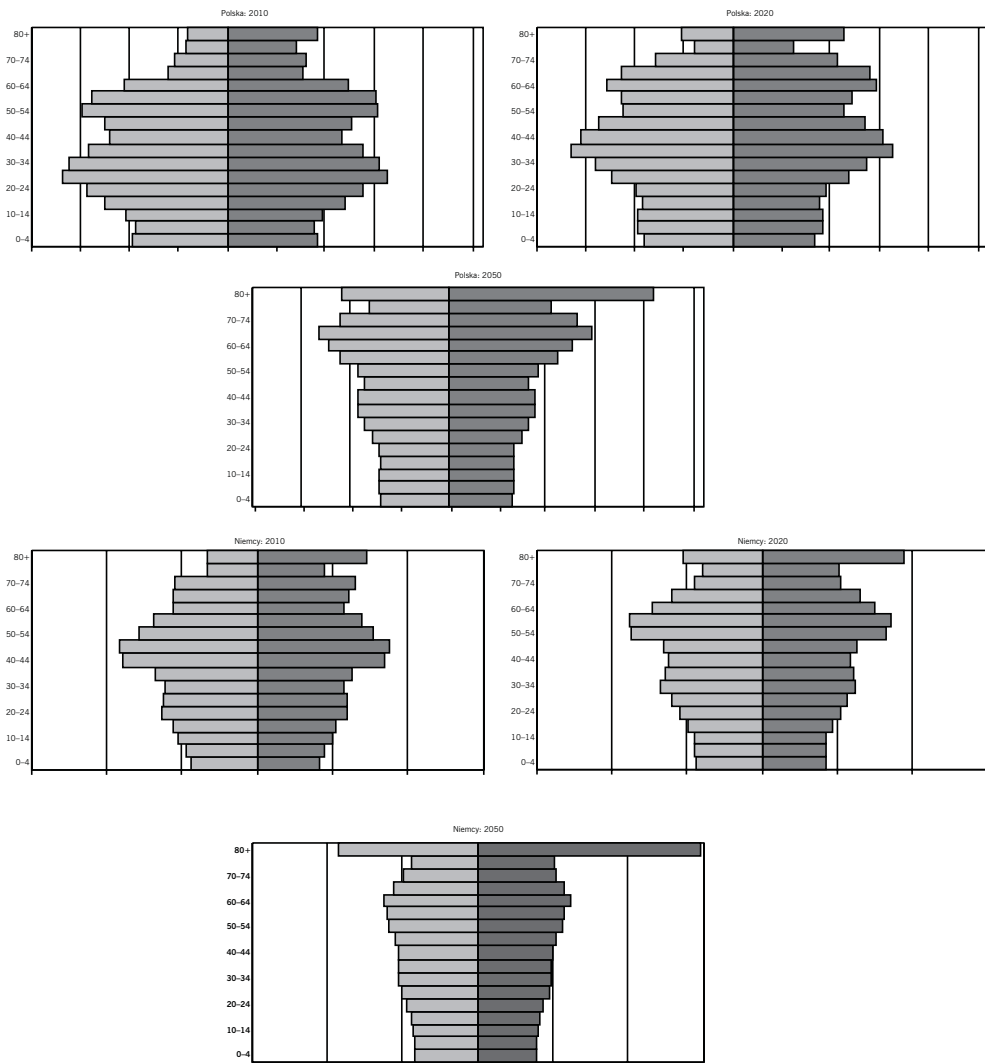
## 1. Wprowadzenie

Starzenie się populacji jest jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed twórcami polityki społeczno-gospodarczej w nadchodzących dziesięcioleciach, a zrozumienie złożonej natury tego procesu jest fundamentalne z punktu widzenia znalezienia odpowiednich działań dla jak najlepszego wykorzystania zmian demograficznych i użycia zwiększonych zasobów lepszego zdrowia i dłuższego życia dla celów wzrostu i rozwoju gospodarczego.

Tempo starzenia się społeczeństw jest różne w zależności od kraju, ale zarówno w Niemczech, jak i w Polsce, w nadchodzących dziesięcioleciach struktura ludności będzie rosła najszybciej w najstarszych grupach wiekowych. W Polsce liczba osób w wieku ponad 80 lat wzrośnie z 0,4 mln mężczyzn i 0,9 mln kobiet w roku 2010 do odpowiednio 1,1 mln i 2,1 mln w roku 2020, podczas gdy te liczby w Niemczech wzrosną z poziomu 1,3 mln i 2,9 mln w roku 2010 do 3,7 mln i 5,9 mln w 2050 r. Zatem w obu krajach liczba osób w tej grupie wiekowej co najmniej się podwoi. Będzie temu towarzyszyć kontynuacja spadku liczebności pracującej populacji w Polsce i w Niemczech (patrz rys. 1.). Zmiany demograficzne na taką skalę spowodują znaczące przesunięcie zasobów w kierunku opieki zdrowotnej i osobistej, doprowadzą do znaczących zmian w schematach konsumpcji oraz wymuszą dostosowanie wielu obszarów polityki.

<sup>1</sup> W niniejszym artykule wykorzystaliśmy dane z SHARE wer. 2.3.1, stan z dnia 29 lipca 2010 roku. Zbieranie danych SHARE zostało sfinansowane przede wszystkim przez Komisję Europejską poprzez 5. program ramowy (projekt QLK6-CT-2001-00360 w programie tematycznym Jakość Życia), poprzez 6. program ramowy (projekty SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, oraz SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) i przez 7. program ramowy (SHARE-PREP, 211909 i SHARE-LEAP, 227822). Jesteśmy również wdzięczni za dodatkowe finansowanie z U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 oraz OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169), jak również z różnych źródeł krajowych (pełna lista instytucji finansujących znajduje się na stronie [www.share-project.org/t3/share/index.php](http://www.share-project.org/t3/share/index.php)). Analizy wykonano w ramach wspólnego projektu badawczy DIW-Berlin i Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego pod nazwą „Ryzyko ekonomiczne, decyzje o oszczędnościach i emeryturze w starzejących się społeczeństwach — empiryczna analiza porównawcza Polski i Niemiec”. Niemiecka część projektu została sfinansowana przez Deutsches Forschung Gemeinschaft w ramach grantu nr STE 681/8-1, podczas gdy polska część — przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach grantu nr 320/N-DFG/2008/0.

Wykorzystując dane z badania SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) zbieranych w Europie od 2004 r., porównujemy aktualną sytuację populacji w wieku 50+ w Polsce i Niemczech, ze szczególnym uwzględnieniem aktywności na rynku pracy i różnych miar stanu zdrowia<sup>2</sup>.



**Rys. 1.**

**Piramidy populacji w Polsce i Niemczech: 2010, 2020, 2050**

Uwagi: mężczyźni — jaśniejsze słupki; kobiety — ciemniejsze słupki; skala wykresów jest następująca: dla Polski linie pionowe są rysowane w odstępach 0,5 mln, dla Niemiec linie pionowe są rysowane co 2 mln.

Źródło: US Census Bureau, International Data Base.

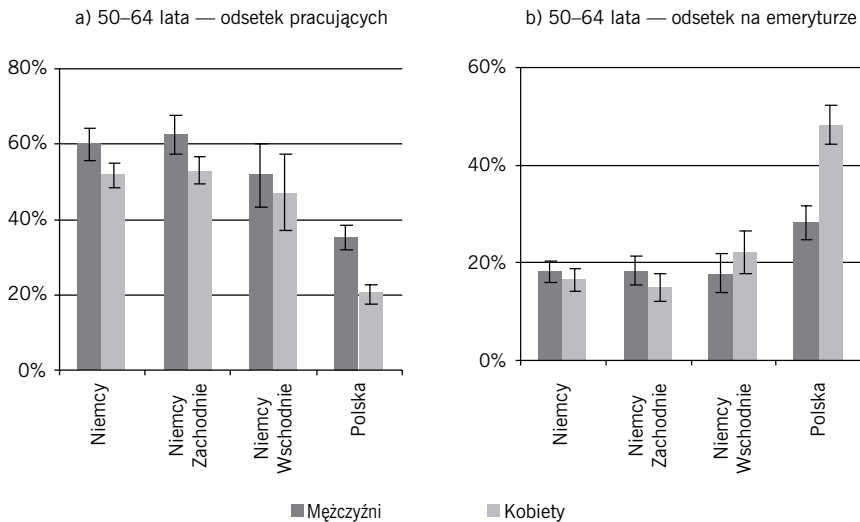
<sup>2</sup> Ogólne omówienie i pierwsze wyniki na podstawie polskich danych SHARE — patrz [Myck i in., 2009].

W oparciu o to porównanie przedstawiamy różne rodzaje wyzwań stojących przed oboma krajami w obszarze polityki zdrowotnej i rynku pracy. Niedawno wprowadziły one szereg reform w swoich systemach emerytalnych i naszym zdaniem skoordynowana polityka w dwóch powyższych obszarach będzie miała fundamentalne znaczenie nie tylko dla samych wyników związanych z zatrudnieniem i zdrowiem, ale też dla ostatecznych efektów reform emerytalnych. Dane SHARE sugerują, że zakres wyzwań jest dużo wyższy w Polsce, ale potwierdzają również, że wciąż istnieją znaczące różnice w wielkości obserwowanych wyników pomiędzy populacjami dawnych Wschodnich i Zachodnich Niemiec. Życie po różnych stronach granicy, która przed rokiem 1990 dzieliła Niemcy, wciąż ma wpływ na stan zdrowia, aktywność na rynku pracy oraz inne rodzaje aktywności, jak również satysfakcję z pracy i ogólnie z życia. Zatem istnieje wyraźny schemat „Zachód–Wschód” w wynikach dla populacji 50+ w Niemczech i w Polsce, który nazywamy „gradientem Zachód–Wschód”, i który określa stopień złożoności wyzwań dla polityki.

W Części 2. przedstawiamy różnice w wielu wynikach dla rynku pracy w Polsce i Niemczech, podczas gdy w Części 3. skupiamy się na kilku miarach zdrowotnych przedstawionych w badaniu SHARE. Część 4. łączy informacje z tych dwóch dziedzin i przedstawia z jednej strony stopień korelacji między wynikami dla zdrowia i rynku pracy, a z drugiej stopień, w jakim potencjał rynku pracy dla grupy 50+ w obu krajach pozostaje nie w pełni wykorzystany przez spojrzenie na proporcję zdrowych ludzi starszych poniżej 65. roku życia, którzy nie są zatrudnieni. W wynikach dla zdrowia i rynku pracy oraz w kombinacji obu tych dziedzin występuje znaczący „gradient z Zachodu na Wschód”.

## 2. Gradient Zachód–Wschód w wynikach dotyczących rynku pracy

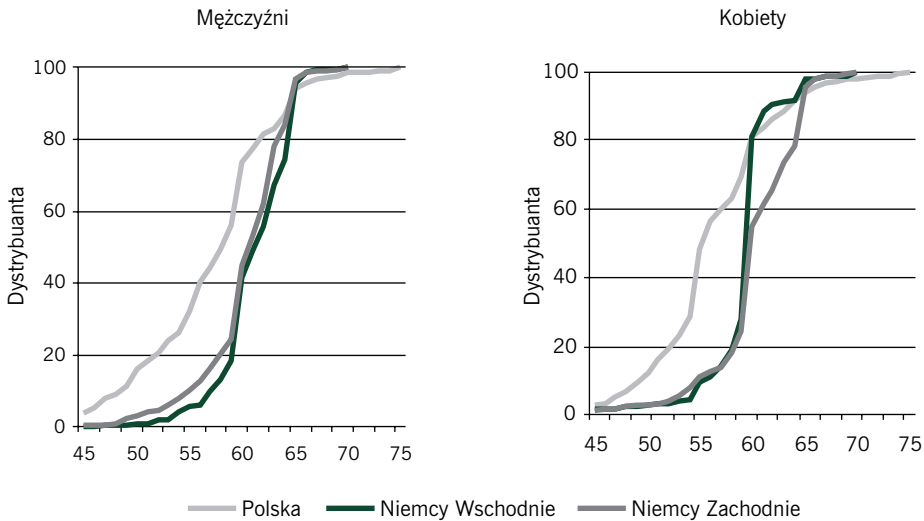
Dane wykazują bardzo znaczące różnice w stopach zatrudnienia pomiędzy Niemcami a Polską dla grupy wiekowej 50–64 lata (rys. 2a). Odnosi się to przede wszystkim do ważnych różnic w wieku rzeczywistego przejścia na emeryturę, ale odzwierciedla również wyższe stopy niepełnosprawności w Polsce. Jedynie 20% kobiet w grupie wiekowej 50–64 lata w Polsce jest zatrudnionych lub samozatrudnionych w porównaniu z 52% w Niemczech. W tej grupie wiekowej tylko nieco ponad 35% polskich mężczyzn deklaruje zatrudnienie lub samozatrudnienie jako swój status na rynku pracy w porównaniu do 60% mężczyzn w Niemczech. Istnieją relatywnie duże różnice w stopach zatrudnienia pomiędzy Wschodnimi a Zachodnimi Niemcami wynoszące około 10 punktów procentowych (pp) dla mężczyzn i 6 pp dla kobiet. Co ciekawe, w tej grupie wiekowej (tj. grupie populacji, która w 1989 r. miała maksymalnie 48 lat) odsetek osób na emeryturze jest bardzo podobny na Wschodzie i Zachodzie (rys. 2b).



### Rys. 2.

#### Zatrudnieni i emeryci wśród osób w wieku 50–64 lata

Źródło: Dane SHARE, fale 1 i 2 (2004/5–2006/07).



### Rys. 3.

#### Wiek przejścia na emeryturę obecnych emerytów

Źródło: Dane SHARE, fale 1 i 2 (2004/5–2006/07).

W istocie, także kiedy spojrzymy na wiek przejścia na emeryturę tych osób, które w czasie przeprowadzania wywiadu były na emeryturze, możemy dostrzec, że schemat przejścia na emeryturę był bardzo podobny po obu stro-

nach dawnej granicy między Wschodem a Zachodem, w szczególności dla mężczyzn (patrz rys. 3.). Wśród niemieckich kobiet obecne emerytki z Zachodnich Niemiec były bardziej skłonne pracować po przekroczeniu 60. roku życia. Rys. 3. pokazuje uderzającą różnicę w wiekowych schematach przejścia na emeryturę między Niemcami a Polską. Około 50% mężczyzn będących obecnie na emeryturze otrzymało swoje pierwsze świadczenie emerytalne w wieku poniżej 57 lat, a 80% przed osiągnięciem sześćdziesiątki. Połowa polskich emerytek przeszła na emeryturę przed 55. rokiem życia.

Kluczowym wyzwaniem w obszarze polityki rynku pracy jest wydłużenie życia zawodowego, i powyższe dane statystyczne pokazują, że o ile zarówno w Polsce, jak i w Niemczech, pozostaje wiele do zrobienia w celu zwiększenia stóp zatrudnienia w populacji w wieku przedemerytalnym, jasne jest, że niskie poziomy zatrudnienia są dużo bardziej znaczącym problemem w Polsce.

Jednym z czynników determinujących moment przejścia na emeryturę w przyszłości będzie oczywiście relacja między dochodem z pracy a potencjalnym poziomem emerytury i zreformowany system emerytalny w Polsce został zaprojektowany tak, aby zwiększyć zachęty do dłuższej pracy. Jednak bodźce finansowe nie będą jedynym czynnikiem zachęcającym do dłuższej pracy, a inne cechy aktywności na rynku pracy, takie jak stabilność finansowa i satysfakcja z pracy, będą również odgrywać kluczową rolę (np. [Schnalzenberger i in., 2008]). W tym kontekście możemy również dostrzec znaczne różnice między Niemcami a Polską, jak również między populacjami we Wschodnich i Zachodnich Niemczech. W tabeli 1. prezentujemy pewne wskazania dotyczące potencjalnych wyzwań dla polityki w tej dziedzinie. Statystyki są oparte na informacjach dotyczących rodzaju umowy zatrudnienia (dla pracowników), jak również na subiektywnej ocenie jakości pracy przez aktualnie pracujące osoby w wieku 50–64 lata. Prezentujemy również statystyki dotyczące proporcji pracującej populacji, która deklaruje chęć możliwie najszybszego przejścia na emeryturę. Tylko około 70% pracowników w wieku 50–64 lata w Polsce pracuje na podstawie umowy na czas nieokreślony; we Wschodnich Niemczech jest to 81% mężczyzn i 87% i kobiet. Co ważniejsze, istnieje znaczący gradient Zachód–Wschód w zakresie satysfakcji z pracy. Tylko około 45% zatrudnionych osób w wieku 50–64 lata we Wschodnich Niemczech uważa, że ich wynagrodzenie jest adekwatne do wykonywanej przez nich pracy. Spośród Niemców z Zachodu adekwatność zarobków deklaruje 63% mężczyzn i 57% kobiet, podczas gdy w Polsce tylko 34% mężczyzn uważa swoje zarobki za adekwatne. Różnice między Wschodnimi a Zachodnimi Niemcami są mniej wyraźne, jeżeli chodzi o możliwość rozwijania nowych umiejętności w pracy — kolejne potencjalne źródło satysfakcji z pracy i ważny czynnik pod kątem zwiększania produktywności. W Polsce znów dużo niższy odsetek — w szczególności w przypadku kobiet — wyraża wysoką ocenę swojej pracy w tej kwestii.

Mając na uwadze te statystyki, prawdopodobnie nie jest zaskoczeniem, że Polska ma jeden z najwyższych wskaźników liczby osób wśród 50–64-latków,

które widzą emeryturę jako atrakcyjną opcję i wyrażają chęć przejścia na emeryturę „tak szybko, jak to możliwe”. Pod tym względem szczególnie wśród kobiet widzimy znaczący gradient Zachód–Wschód. Podczas gdy zaledwie 46% pracujących kobiet w Zachodnich Niemczech chce opuścić rynek pracy „tak szybko, jak to możliwe”, proporcja ta wzrasta do 57% wśród kobiet we wschodnich Niemczech i do 69% w Polsce (tabela 1.).

**Tabela 1.**

**Gradient Zachód–Wschód w stabilności i satysfakcji z pracy**

	Mężczyźni				Kobiety					
		Niemcy	Niemcy: Zachód	Niemcy: Wschód	Polska		Niemcy	Niemcy: Zachód	Niemcy: Wschód	Polska
Odsetek zatrudnionych na stałą umowę	*♦	0,910	0,943	0,808	0,695	♦□	0,909	0,922	0,869	0,704
Satysfakcja z pracy:										
— płaca jest adekwatna	♦	0,585	0,628	0,440	0,337		0,540	0,566	0,449	0,423
— może rozwijać umiejętności w pracy	♦	0,720	0,745	0,617	0,490	♦□	0,683	0,678	0,722	0,409
Chce przejść na emeryturę tak szybko jak możliwe		0,438	0,430	0,456	0,552	♦	0,480	0,456	0,570	0,686

Uwagi: wszystkie dane statystyczne obliczone skorygowane dla różnic w rozkładzie wieku. Poziomy istotności dla różnic:

\* — różnica statystycznie istotna między Niemcami Zachodnimi a Niemcami Wschodnimi;

♦ — różnica statystycznie istotna między Niemcami Zachodnimi a Polską;

□ — różnica statystycznie istotna między Niemcami Wschodnimi a Polską.

Źródło: Dane SHARE, fale 1 & 2 (2004/5–2006/07).

### 3. Gradient Zachód–Wschód w zakresie zdrowia

W Części 2. wykazaliśmy, że różnice w aktywności na rynku pracy między Wschodnimi a Zachodnimi Niemcami, choć istnieją, nie są zbyt duże, i istnieją dowody na to, że pod tym względem wschodnie i zachodnie landy Niemiec zbliżają się do siebie. Jednak obraz, który pojawia się po dokładnym przyjrzeniu się wynikom dotyczącym zdrowia, sugeruje, że podział Wschód–Zachód w tej dziedzinie wciąż stanowi ważne wyzwanie dla polityki. Pomimo względnie szybkiej ścieżki konwergencji oczekiwanej długości życia w Niemczech (np. [Gjonca i in., 2000; Jdanov i in., 2005]), stan zdrowia według różnych miar używanych w badaniu SHARE jest wciąż znacząco gorszy w populacji wschodni-niemieckiej. W dziedzinie zdrowia, być może nawet bardziej niż w przypadku wyników dla rynku pracy, gradient Zachód–Wschód wyraźnie rozciąga się poza niemiecko-polską granicę. Dla wszystkich miar zdrowia wyniki polskiej populacji 50+ są niższe niż wschodni-niemieckich mężczyzn i kobiet.

W tabeli 2. prezentujemy listę kilku miar zdrowia z fali 2 SHARE. Obejmują one subiektywną ogólną ocenę własnego stanu zdrowia, gdzie respondenci

są proszeni o ocenę swojego zdrowia na pięciostopniowej skali od „doskonałego” do „złego”<sup>3</sup>, jak również bardziej obiektywne wskaźniki oparte o zgłaszane objawy złego stanu zdrowia i ograniczenia w codziennych czynnościach (ADL — ang. *activities of daily living*). Na koniec prezentujemy również ważną obiektywną miarę ogólnego zdrowia fizycznego w postaci siły uścisku dłoni, popularnej miary zdrowia, która jest silnie skorelowana z różnymi dolegliwościami zdrowotnymi i jest dobrym predyktorem oczekiwanej długości życia [Mackenbach i in., 2005; Andersen-Ranberg i in., 2009].

## Tabela 2.

Gradient Zachód–Wschód w zdrowiu fizycznym

	Mężczyźni					Kobiety				
		Niemcy	Niemcy: Zachód	Niemcy: Wschód	Polska		Niemcy	Niemcy: Zachód	Niemcy: Wschód	Polska
Stan zdrowia: bardzo dobry lub doskonały	*♦	0,213	0,239	0,122	0,078	♦□	0,185	0,201	0,137	0,055
3 lub więcej objawów złego stanu zdrowia	♦□	0,196	0,190	0,218	0,356	♦□	0,311	0,312	0,307	0,532
3 lub więcej ograniczeń ADL	♦□	0,203	0,183	0,267	0,385	♦□	0,317	0,302	0,357	0,587
Siła uścisku (w kg)	♦□	43,6	43,9	42,5	40,3	♦□	26,3	26,5	25,6	23,7
Nadciśnienie	*	0,365	0,344	0,450	0,382	♦□	0,380	0,377	0,391	0,501
Cukrzyca	□*	0,123	0,103	0,189	0,098		0,130	0,111	0,190	0,140
Atak serca	♦	0,156	0,145	0,190	0,221	♦□	0,092	0,078	0,140	0,216

Uwagi: patrz uwagi dla tabeli 1. Statystyki dla uścisku dłoni zostały dodatkowo przeliczone i skorygowane dla wzrostu i wagi. „Atak serca” obejmuje takie dolegliwości jak „zawał serca lub zator tętnicy wieńcowej lub jakkolwiek inny problem związany z sercem, w tym zastoinowa niewydolność serca”.

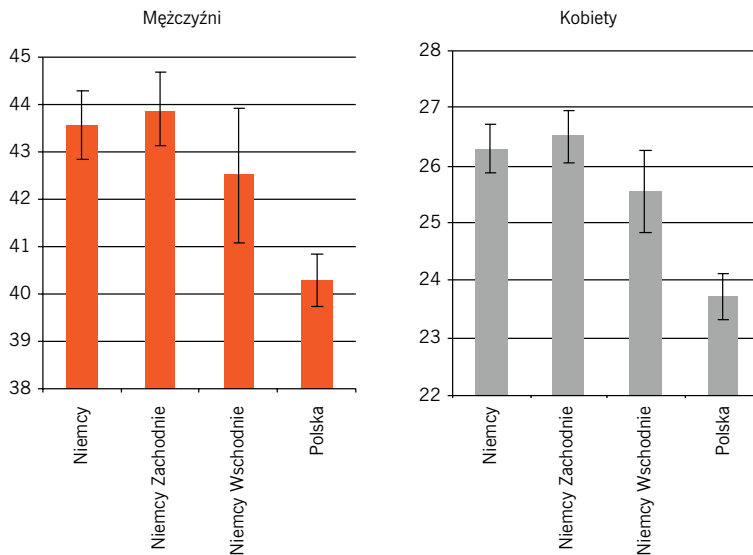
Źródło: Dane SHARE, fale 1 i 2 (2004/5–2006/07).

Jak wyraźnie wynika z tabeli 2., poziom zdrowia populacji 50+ w Zachodnich Niemczech jest znacząco wyższy w porównaniu ze Wschodem, a w szczególności w porównaniu z Polską. Zaledwie 7,8% polskich mężczyzn i 5,5% polskich kobiet w wieku powyżej 50 lat deklaruje, że ich stan zdrowia jest „doskonały” lub „bardzo dobry” — dużo niższy odsetek niż we Wschodnich Niemczech (odpowiednio 12,2% i 13,7%) i wśród Niemców z Zachodu (23,9% i 20,1%). Te subiektywne miary stanu zdrowia, które mogą być warunkowane kulturowo lub odzwierciedlać ogólną, a nie tylko zdrowotną sytuację respondentów<sup>4</sup>, odzwierciedlone są również w miarach bardziej obiektywnych. Na

<sup>3</sup> Patrz np. [Jürges, 2005].

<sup>4</sup> Zobacz, np.: [Bound, 1991; Crossley i Kennedy 2002].

przykład ponad połowa polskich kobiet deklaruje trzy lub więcej symptomów złego stanu zdrowia i trzy lub więcej ograniczeń w codziennych czynnościach życiowych. Jest to ponad 20 punktów procentowych więcej niż we Wschodnich i Zachodnich Niemczech. Różnice nie są tak wysokie w przypadku mężczyzn, ale wciąż ponad 35% polskich mężczyzn deklaruje trzy lub więcej objawów złego stanu zdrowia, a prawie 40% deklaruje trzy lub więcej ograniczeń w ADL (w porównaniu do około 20% w populacji niemieckiej). Co ciekawe, różnice dotyczące występowania symptomów złego stanu zdrowia między Wschodnimi a Zachodnimi Niemcami nie są tak wysokie, jak różnice w ograniczeniach ADL. Różnice w sile uścisku między populacjami we Wschodnich i Zachodnich Niemczech są również niewielkie (i statystycznie nieistotne). Jednakże zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet, ogólny poziom zdrowia odzwierciedlany przez siłę uścisku potwierdza ważne różnice między polską a niemiecką populacją 50+ (patrz tabela 2. i tabela 4.).



**Rys. 4.**

**Pomiar zdrowia — siła uścisku dominującej dłoni (w kg)**

Uwagi: wartości skorygowane dla różnic w rozkładzie wieku, wagi i wzrostu.

Źródło: dane SHARE, fale 1 i 2 (2004/5–2006/07).

Oprócz różnic w subiektywnej ocenie stanu zdrowia różnice w miarach zdrowia dla Wschodnich i Zachodnich Niemiec nie są statystycznie istotne (przy poziomie 5%), co jest związane przede wszystkim z wysokimi błędami standardowymi w przypadku wskaźników dla Wschodnich Niemiec ze względu na niewielki rozmiar próby osób z tego obszaru. Jednak kiedy weźmiemy pod uwagę konkretne dolegliwości zdrowotne, różnice między Wschodem a Zachodem są wystarczająco duże, aby były statystycznie istotne, i — co ciekawe — wydają się sugerować, że poziom zdrowia w Polsce jest w rzeczywi-



stości lepszy niż na Wschodzie Niemiec. Dla mężczyzn zarówno jeśli chodzi o zdiagnozowane nadciśnienie, jak i cukrzycę, polska populacja 50+ nie wygląda dużo gorzej niż zachodni Niemcy i wydaje się radzić sobie lepiej niż populacja Niemców ze Wschodu. To samo dotyczy kobiet w przypadku cukrzycy. Jednakże w tych przypadkach łatwo jest pomylić stan zdrowia z diagnozą zdrowia. Dlatego wydaje się być bardziej prawdopodobne, że ponieważ niemiecki system opieki zdrowotnej traktuje populację ze Wschodu i z Zachodu w taki sam sposób, to różnice między wschodnimi a zachodnimi Niemcami odzwierciedlają rzeczywiste różnice w zdrowiu. Pozornie lepsze zdrowie Polaków po pięćdziesiątce w tym przypadku najprawdopodobniej odzwierciedla brak lub słabą diagnostykę takich schorzeń w Polsce, a nie rzeczywiście niższą częstość występowania tych schorzeń. Taki wniosek znajduje potwierdzenie w statystykach dotyczących ataków serca (i innych schorzeń serca), gdzie diagnostyka w znacznie mniejszym stopniu polega z jednej strony na inicjatywie ze strony pacjenta, żeby pójść do lekarza i zostać przebadanym, a z drugiej strony na jakości tego badania. Możemy dostrzec, że częstość występowania chorób serca jest wyższa na Wschodzie niż na Zachodzie, i że w tym przypadku Polska ma najwyższą częstość ze wszystkich trzech populacji, a różnice między Polską a Zachodnimi Niemcami są statystycznie istotne zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet<sup>5</sup>.

Różnice w stanie zdrowia w ogóle, a szczególnie w zakresie chorób krążeniowo-naczyniowych, mogą być związane z zaobserwowanymi różnicami w stylu życia i tzw. ryzykownych zachowaniach, również zarejestrowanymi w SHARE. Osoby uczestniczące w badaniu SHARE są proszone o wskazanie na przykład jak często angażują się w intensywną aktywność fizyczną, czy palą i są pytane o wzrost i wagę, na podstawie czego możemy obliczyć ich wskaźnik BMI. Polskie kobiety w wieku 50+ mają najmniej korzystne wyniki we wszystkich tych trzech kwestiach. 18% z nich aktualnie pali, 29% jest otyłych (BMI > 30), i tylko 26% angażuje się w intensywną aktywność fizyczną przynajmniej raz w tygodniu. Dla kobiet z Zachodnich Niemiec te proporcje wynoszą odpowiednio 13,5%, 15,6% i 49,7%. Wśród mężczyzn polska populacja 50+ to najwięksi palacze (34% w porównaniu do 22% w Zachodnich i 24% we Wschodnich Niemczech), którzy są jednocześnie najmniej aktywni fizycznie, ale mają zbliżony poziom występowania otyłości do mężczyzn we Wschodnich Niemczech<sup>6</sup>. Co ciekawe, wyraźny gradient Zachód–Wschód występuje również, jeżeli weźmiemy pod uwagę poziom aktywności społecznej. W tym celu prezentujemy odsetek osób w omawianych trzech populacjach, które deklarują uczestnictwo w czterech rodzajach aktywności w miesiącu poprzedzającym wywiad: wykonywanie pracy ochotniczej (wolontariat), uczestnictwo

<sup>5</sup> Omówienie roli wskaźników profilaktyki i opieki zdrowotnej w danych SHARE — patrz np. [Santos-Eggimann i in., 2005].

<sup>6</sup> Niektóre dowody dotyczące wpływu aktywności fizycznej na stan zdrowia — patrz np. [Littman i in., 2001; Sesso i in., 1999; Wessel i in., 2004].

w kursie, wizyta w klubie sportowym lub towarzyskim i uczestnictwo w organizacji politycznej lub związanej ze społecznością. Zgłaszane poziomy aktywności w tym względzie wskazują na bardzo niski poziom zaangażowania społecznego w Polsce (8% mężczyzn i 3% kobiet), ale także na ważne różnice między Wschodnimi a Zachodnimi Niemcami, wynoszące około 10 punktów procentowych zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet.

**Tabela 3.**

Gradient Zachód–Wschód w stylu życia i zachowaniach ryzykownych

	Mężczyźni				Kobiety					
		Niemcy	Niemcy: Zachód	Niemcy: Wschód	Polska		Niemcy	Niemcy: Zachód	Niemcy: Wschód	Polska
Intensywna aktywność raz w tygodniu	◆□	0,584	0,588	0,570	0,384	◆□	0,482	0,497	0,435	0,261
Aktualne palenie	◆□	0,220	0,216	0,241	0,339	□	0,126	0,135	0,094	0,176
Otyłość	*◆	0,176	0,158	0,238	0,211	*◆	0,174	0,156	0,234	0,286
Aktywność społeczna lub towarzyska	◆□	0,393	0,412	0,324	0,083	*◆□	0,315	0,339	0,237	0,032

Uwagi: patrz uwagi do tabeli 1.

Źródło: Dane SHARE, fale 1 i 2 (2004/5–2006/07).

**Tabela 4.**

Gradient Zachód–Wschód w zdrowiu psychicznym i zadowoleniu z życia

	Mężczyźni				Kobiety					
		Niemcy	Niemcy: Zachód	Niemcy: Wschód	Polska		Niemcy	Niemcy: Zachód	Niemcy: Wschód	Polska
Nie patrzy wstecz na życie z poczuciem szczęścia	◆	0,100	0,097	0,114	0,155	◆	0,101	0,095	0,121	0,197
Niezadowolony z dotychczasowego życia	◆□*	0,157	0,139	0,227	0,350	◆□*	0,147	0,136	0,189	0,414
Co najmniej cztery objawy depresji	◆□	0,142	0,135	0,166	0,340	◆□	0,238	0,242	0,221	0,550

Uwagi: patrz uwagi do tabeli 1.

Źródło: Dane SHARE, fale 1 i 2 (2004/5–2006/07).

Oprócz informacji o zdrowiu fizycznym dane SHARE mówią nam również bardzo dużo o zdrowiu psychicznym ludzi i ich subiektywnej ocenie własnego aktualnego stanu (tabela 4.). Zdrowie psychiczne jest kluczową determinantą aktywności na rynku pracy (np. [Brugiavini i in., 2008]), a różnice w zdrowiu fizycznym, jak również różne poziomy aktywności społecznej i związany z nimi stopień zaangażowania w bardziej ogólną sieć powiązań społecznych i towarzyskich mogą mieć wpływ na zaobserwowane różnice w poziomie de-

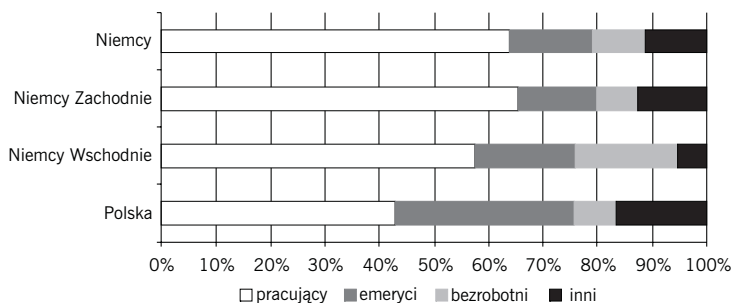
presji zarejestrowanym w danych (np. [Abu-Rayya, 2006]). Podobnie jak we wszystkich krajach SHARE częstość występowania depresji w przypadku wszystkich trzech omawianych populacji jest wyższa u kobiet. Pod tym względem różnice między Polską a Niemcami są bardzo duże, a nie znaleźliśmy dowodów na występowanie różnic w poziomie depresji między Wschodem a Zachodem. Wśród mężczyzn w Polsce 34% deklaruje cztery lub więcej objawów depresji, podczas gdy wśród kobiet jest to aż 55%<sup>7</sup>. W Niemczech około 14% mężczyzn i 24% kobiet zgłasza cztery lub więcej objawów depresji. Te różnice są również odzwierciedlone w bardziej ogólnych miarach szczęścia i satysfakcji, takich jak dwie miary podane w tabeli 4. Prawie 20% polskich kobiet i 16% mężczyzn deklaruje, że nigdy lub bardzo rzadko zdarza im się patrzeć wstecz na własne życie z poczuciem szczęścia (w porównaniu do około 10% mężczyzn i kobiet w Niemczech), a 41% kobiet i 35% mężczyzn w Polsce deklaruje poziom zadowolenia z własnego życia niższy niż 6 na skali satysfakcji od 0 do 10. W tym ostatnim przypadku obserwujemy znaczące różnice nie tylko między Niemcami a Polską, ale także między populacjami Wschodnich i Zachodnich Niemiec.

#### 4. Ważny związek między wynikami w zakresie zdrowia i rynku pracy

O ile natura relacji między wynikami zdrowotnymi i rynku pracy jest skomplikowana ze względu na potencjalne kwestie endogeniczności, w literaturze istnieje wiele dowodów potwierdzających ważną rolę zdrowia jako determinanty decyzji o zatrudnieniu i przejściu na emeryturę (np. [Bound i in., 1999; Kalwij i Vermeulen, 2007; Disney i in., 2006; Haan i Myck, 2009; Burdorf i in., 2008]). Związek między zdrowiem a aktywnością na rynku pracy znajduje również potwierdzenie w polskiej i niemieckiej próbie SHARE w korelacjach przy wykorzystaniu zmiennych zdrowotnych, które badaliśmy w Części 3. Wyniki są podane w tabeli 5. Deklarowanie trzech lub więcej symptomów złego stanu zdrowia, jak również trzech lub więcej ograniczeń w codziennych czynnościach życiowych (ADL), czy też zdiagnozowana cukrzyca lub przebyty atak serca w znaczący sposób wpływa na prawdopodobieństwo bycia zatrudnionym w Polsce i Niemczech. Jednak o ile zdrowie w obu krajach znacząco wpływa na prawdopodobieństwo zatrudnienia, z pewnością nie jest ono jedynym parametrem, który ma na nie wpływ i który generuje zaobserwowane różnice w poziomie zatrudnienia między obu krajami. Można to dostrzec na rys. 5., który przedstawia poziom tak zwanego niewykorzystanego potencjału (*underused capacity*), gdzie prezentujemy status rynku pracy u osób, które mają od 50 do 64 lat i nie zgłaszają żadnych ograniczeń w codziennych czynnościach życiowych (np. [Angelini i in., 2009]). W Zachodnich

<sup>7</sup> Wykazano, że poziom czterech lub więcej objawów depresji na tzw. skali Euro-D wskazuje na klinicznie istotny poziom depresji (np. [Dewey i Prince, 2005; Brughiavini i in., 2008]).

Niemczech 66% spośród takich osób pracuje. Dalej na Wschód ten odsetek spada do 57% we Wschodnich Niemczech i do 43% w Polsce. Różnica w proporcji emerytów w tej grupie wyraźnie wskazuje na znaczenie możliwości przechodzenia na emeryturę i różnic systemowych pomiędzy oboma krajami w zakresie ich systemów emerytalnych, ale biorąc pod uwagę przedstawione powyżej dane najbardziej prawdopodobne jest, że oddziałuje tu bardziej złożony zestaw czynników, takich jak charakterystyka pracy i kwestie związane ze zdrowiem, które działają jako czynniki „wypychające”, wpływając na decyzję o przejściu na emeryturę i zwiększają efekty finansowej atrakcyjności emerytury.



### Rys. 5.

Niewykorzystany potencjał: status na rynku pracy wśród osób w wieku 50–64 lata bez żadnych ograniczeń funkcjonalnych

Źródło: dane SHARE, fale 1 i 2 (2004/5–2006/07).

### Tabela 5.

Korelacje między zdrowiem a zatrudnieniem w Polsce i Niemczech (osoby w wieku 50–64 lata)

	ME	Błąd standardowy	Istotność	ME	Błąd standardowy	Istotność
Wiek	-0,050	(0,004)	***	-0,047	(0,005)	***
Kobiety	-0,129	(0,027)	***	-0,095	(0,036)	***
Stan cywilny	0,089	(0,028)	***	-0,016	(0,046)	
Lata edukacji	0,017	(0,005)	***	0,035	(0,006)	***
Zmienne zdrowotne:						
3+ objawy złego stanu zdrowia	-0,053	(0,031)	*	-0,002	(0,048)	
3+ ograniczenia w ADL	-0,150	(0,030)	***	-0,240	(0,055)	***
Cukrzyca	-0,112	(0,041)	**	-0,176	(0,073)	***
Atak serca	-0,072	(0,036)	*	-0,124	(0,082)	
Zmienna fikcyjna dla wschodnich Niemiec				-0,094	(0,043)	**
Liczba obserwacji	1329			1239		
Pseudo R2	0,29			0,19		

Uwagi: Estymacja probit, ME — efekty krańcowe. Poziomy istotności: \*\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*  $p < 0,1$ .

Źródło: obliczenia przy wykorzystaniu danych SHARE, fale 1 & 2 (2004/5–2006/07).

## 5. Wnioski

Zarówno Niemcy, jak i Polska, podobnie jak większość krajów w Europie, stoją przed znaczącymi wyzwaniami związanymi ze zmianami demograficznymi. W ciągu najbliższych kilku dziesięcioleci odsetek osób starszych w obu krajach będzie rosnąć, a liczba osób w wieku powyżej 80 lat podwoi się do roku 2050. W tym samym czasie oczekiwany jest spadek liczby osób w wieku produkcyjnym, co doprowadzi do poważnej presji finansowej na istotne sektory poszczególnych gospodarek, a w szczególności na systemy emerytalne i zdrowotne. Jednak starzenie się populacji, zwykle postrzegane jako zagrożenie dla stabilności i rozwoju, może być również widziane jako szansa, z której można skorzystać. Ludzie będą żyć dłużej i bardziej zdrowo. Potencjał zdrowych, doświadczonych starszych osób może stać się czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju gospodarczego, a nie piaskiem w trybach maszyny wzrostu. Aby tak się mogło stać, rynek pracy oraz system emerytalny i opieki zdrowotnej będą musiały się dostosować do tak poważnej zmiany. Co ważne, twórcy polityki społeczno-gospodarczej muszą uświadomić sobie, że polityki w każdej z tych dziedzin będą działać w sposób wzajemnie wzmacniający lub osłabiający efekty, a efektywne tworzenie polityki będzie wymagać wysokiego stopnia koordynacji.

Wydaje się jasne, że kluczowym celem, na którym należy się skupić, jest wydłużenie życia zawodowego. Realizacja tego celu będzie wymagać nie tylko istnienia odpowiednich regulacji dotyczących wieku emerytalnego oraz silnych zachęt finansowych do pracy. Ludzie będą bardziej skłonni przedłużać swoją aktywność na rynku pracy, jeżeli będą się cieszyć lepszym zdrowiem i jeżeli praca, którą wykonują, jest dobrze wynagradzana w kategoriach finansowych i pozafinansowych. Dane przedstawione w niniejszej publikacji pokazują, że w obszarze wyników zdrowotnych i dotyczących rynku pracy istnieje ewidentny „gradient Zachód–Wschód”, z najlepszą sytuacją występującą w zachodniej części Niemiec, a najgorszymi wynikami obserwowanymi w Polsce.

Dane sugerują w szczególności, że istnieje pole do interwencji polityki społeczno-gospodarczej w zakresie:

- diagnostyki fizycznych i psychicznych dolegliwości zdrowotnych i zwiększonej koncentracji polityki na profilaktyce;
- zwiększenia poziomu świadomości wpływu stylu życia na aktualne i przyszłe zdrowie;
- inwestycji w kapitał ludzki osób starszych w celu zwiększenia ich produktywności i możliwości na rynku pracy;
- regulacji rynku pracy dotyczących stabilności pracy dla osób starszych.

Zarówno Polska, jak i Niemcy wprowadziły szereg ważnych reform swoich systemów emerytalnych. Ich systemy zmierzają do redukcji praw do wcześniejszego przejścia na emeryturę i zwiększenia względnej finansowej atrakcyjności pracy. W Niemczech wiek emerytalny jest stopniowo podnoszony do 67 lat zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Polski rząd jak dotąd unikał

wprowadzania jakichkolwiek zmian wieku emerytalnego i Polska jest jednym z zaledwie kilku krajów europejskich posiadających różnice płci w przepisach emerytalnych, pozwalając kobietom na przejście na emeryturę w wieku 60 lat. Zmiana tego przepisu wydaje się nieunikniona dla zwiększenia dochodów ze świadczeń emerytalnych i zwiększenia szans zatrudnienia dla starszych kobiet. Z tych samych powodów rządy będą w końcu musiały podnieść wiek emerytalny powyżej 65. roku życia. Jednak, jak staraliśmy się wykazać w niniejszym artykule, to, czy te przyszłe zmiany przyniosą wymagane efekty na rynku pracy, będzie determinowane nie tylko przez konkretne regulacje emerytalne, ale także przez wiele innych polityk w różnych dziedzinach, do których należy podejść w ramach skonsolidowanego demograficznego pakietu reform. Wprowadzenie takiego pakietu wydaje się być szczególnie pilne w Polsce, ale z ważnymi wyzwaniami dla polityki będą się także musiały zmierzyć Niemcy, szczególnie w związku z wciąż występującymi różnicami między populacjami ze Wschodu i Zachodu.

## Bibliografia

- Abu-Rayya H.M., 2006, *Depression and social involvement among elders*, „The Internet Journal of Health” 5(1).
- Andersen-Ranberg K., Petersen I., Frederiksen H., Mackenbach J.P., Christensen K., 2009, *Cross-national differences in grip strength among 50+ year-old Europeans: Results from the SHARE study*, „European Journal of Ageing” 6(3): 227–236. DOI: 10.1007/s10433-009-0128-6.
- Angelini V., Brugiavini A., Weber G., 2009, *Ageing and unused capacity in Europe: Is there an early retirement trap?*, „Economic Policy” 24(59), s. 463–508.
- Bound J., 1991, *Self-reported versus objective measures of health in retirement models*, „Journal of Human Resources”, 26(1), s. 106–138.
- Bound J., Schoenbaum M., Stinebrickner Todd R., Waidmann T., 1999, *The dynamic effects of health on the labor force transitions of older workers*, „Labour Economics” 6(2), s. 179–202.
- Brugiavini A., Croda E., Dewey M., 2008, *Retirement and mental health*, w: A. Börsch-Supan i in., *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007) — Starting the Longitudinal Dimension*, s. 245–252, Mannheim: MEA.
- Burdorf A., van den Berg T., Avendano M., Kunst A., Mackenbach J., 2008, *The effects of ill health on displacement from the labour market and potential impact of prevention*, w: A. Börsch-Supan i in., *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007) — Starting the longitudinal dimension*, s. 137–142, Mannheim: MEA.
- Crossley T., S. Kennedy, 2002, *The reliability of self-assessed health status*, „Journal of Health Economics”, 21, s. 643–658.
- Dewey M.E., Prince M.J., 2005, *Mental health*, w: A. Börsch-Supan i in., *Health, Ageing and Retirement in Europe — First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, s. 108–117, Mannheim: MEA.
- Disney R., Emmerson C., Wakefield M., 2006, *Ill health and retirement in Britain: a panel data-based analysis*, „Journal of Health Economics” 25(4), s. 621–649.
- Gjonca A., Brockmann H., Maier H., 2000, *Old-Age Mortality in Germany Prior to and After Unification*, „Demographic Research” 3(1).
- Haan P., Myck M., 2009, *Dynamics of health and labour market risks*, „Journal of Health Economics” vol. 28, s. 1116–1125.

- Jdanov D., Scholz R., Shkolnikov V., 2005, *Official Population Statistics and the Human Mortality Database Estimates of Populations Aged 80+ in Germany and Nine other European Countries*, „Demographic research” 13(14), s. 335–362.
- Jürges H., 2005, *Cross-country differences in general health*, w: A. Börsch-Supan i in., *Health, Ageing and Retirement in Europe — First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, s. 95–101, Mannheim: MEA.
- Kalwij A., Vermeulen F., 2007, *Health and labour force participation of older people in Europe: What do objective health indicators add to the analysis?*, „Health Economics” 17(5), s. 619–638. DOI: 10.1002/hec.1285.
- Littman A.J., Voigt L.F., Beresford S.A.A., Weiss N.S., 2001, *Recreational Physical Activity and Endometrial Cancer Risk*, „AmJEpid” 154, s. 924–933.
- Mackenbach J., Avendano M., Andersen-Ranberg K., Aro A.R., 2005, *Physical health*, w: A. Börsch-Supan i in., *Health, Ageing and Retirement in Europe — First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, s. 82–88, Mannheim: MEA.
- Myck M., Czapiński J., Dorabialski W., Gilis-Januszczyńska A., Kalbarczyk M., Kula G., Nicińska A., Topór-Mądry R., Wiśniewski M., 2009, *Health, work and life-style of the 50+ population in Poland in comparison with other European countries*, „CenEA Research Note” 02/09.
- Santos-Eggimann B., Junod J., Cornaz S., 2005, *Quality of health care delivered to older Europeans*, w: A. Börsch-Supan i in., *Health, Ageing and Retirement in Europe — First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, s. 141–149, Mannheim: MEA.
- Schnalzenberger M., Schneeweis N., Winter-Ebmer R., Zweimüller M., 2008, *Job quality and retirement decisions*, w: A. Börsch-Supan i in., *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007) — Starting the Longitudinal Dimension*, s. 213–219, Mannheim: MEA.
- Sesso H.D., Paffenbarger R.S., Ha T., Lee I.M., 1999, *Physical Activity and Cardiovascular Disease Risk in Middle-aged and Older Women*, „AmJEpid” 150, s. 408–416.
- Wessel T.R., Arant C.B., Olson M.B., Johnson B.D., Reis S.E., Sharaf B.L., Shaw L.J., Handberg E., Sopko G., Kelsey S.F., Pepine C.J., Merz C.N.B., 2004, *Relationship of Physical Fitness vs Body Mass Index With Coronary Artery Disease and Cardiovascular Events in Women*, „JAMA” 292, s. 1179–1187.

**A b s t r a c t** Policy challenges in Germany and Poland: what can we learn from the SHARE data



The paper compares a set of health and labour market outcomes for three populations from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). We analyse differences between the Polish aged 50+ and the respective German population divided into those who prior to the unification in 1989 lived in the East and West Germany. In terms of most analysed outcomes we find a „West-East gradient” with the most favourable statistics found for the west German population and the worst for Poland. The unfavourable situation on the labour market in Poland goes along poor health and lifestyle outcomes on most measures, and it seems that employment and health-related policies should be designed in combination to address the problems. The East–West divide in Germany still seems to present a policy challenge. We find important differences in such outcomes as labour market arrangements and such health outcomes as incidence of high blood pressure and diabetes. The East–West gradient is also found in the so-called underused capacity, i.e. the proportion of healthy individuals aged 50–65 who are not employed. The main factor behind this in Poland is retirement, while the difference in Germany is largely caused by higher levels of unemployment in the east.