



UKSW

UNIwersYTET KARDYNAŁA
STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE



IPiSS

UWARUNKOWANIA ZDROWOTNE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ EMERYTÓW

Dr hab. Zdzisław Czajka, prof. IPiSS

Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+” finansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki na podstawie Decyzji Nr 41/WFSN/2021



Wstęp

Ważnym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia społeczeństwa jest wiek, chociaż choroby występują w każdym wieku, największe ich prawdopodobieństwo występuje u osób starszych, do których zalicza się będące w wieku emerytalnym. Wiele osób w tym wieku zapada na choroby długotrwałe lub nieuleczalne, z którymi trzeba sobie radzić do końca życia. Niektóre z chorób ograniczają a nawet uniemożliwiają aktywność zawodową. Ekspertyza próbuje dać odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu stan zdrowia wpływa na aktywność zawodową osób po przejściu na emeryturę, oraz jak długo pracuje przeciętny emeryt? Ekspertyzę oparto na informacjach statystycznych o stanie zdrowia oraz aktywności fizycznej, zawodowej i społecznej osób powyżej 60 roku życia oraz na samoocenie stanu ich zdrowia. Informacje uwzględniają różne grupy wiekowe, co pozwala ocenić zmiany zachodzące w stanie zdrowia oraz aktywności w miarę starzenia się.

Stan zdrowia osób w wieku emerytalnym

W aktywności zawodowej, szczególnie w niektórych zawodach, ważny jest dobry stan zdrowia. Statystyki stanu zdrowia społeczeństwa wg wieku przygotowywane przez GUS pokazują, że zdrowie pogarsza się w miarę upływu lat, chociaż nie u wszystkich osób w jednakowym stopniu. Świadczą o tym m.in. informacje o korzystaniu ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych. W 2018 r. wśród ogółu leczonych w placówkach służby zdrowia 48% stanowili pacjenci powyżej 60 roku życia (Wojtyniak 2021, s. 50). W 2021 r z publicznej służby zdrowia najczęściej korzystały osoby .powyżej 65 roku życia (45%), w tym emeryci (44%) oraz renciści (39%). Mimo dość powszechnego niezadowolenia z jej usług (67% badanych, w tym 80% w wieku 25-34 lata), wśród zadowolonych z otrzymanych porad i świadczeń było najwięcej emerytów (43%) (CBOS 2021).

Główne choroby osób powyżej 60 roku życia to nowotwory, choroby układu krążenia, w tym nadciśnienie, choroby układu kostno-stawowego oraz cukrzyca. Są one najczęstszymi powodami wizyt w placówkach służby zdrowia, u lekarzy rodzinnych i specjalistów, hospitalizacji a także najczęstszymi powodami śmierci. W 2018 r. choroby układu krążenia były powodem pobytu w szpitalach 25.2% ogółu pacjentów oraz 37.6% wszystkich zgonów (w tym 44.3% osób w wieku 60+) a nowotwory złośliwe powodem 16% pobytów w szpitalach oraz 19.6% zgonów (24.4% osób w wieku 60+) Umieralność z powodu niektórych chorób nowotworowych nie maleje, lecz rośnie, np. w latach 2011-2018 umieralność kobiet na raka piersi wzrosła o 23% (Wojtyniak 2021, s. 42, 49- 51, 55).

Obrazem stanu zdrowia jest także współczynnik zgonów, pokazujący ich liczbę na 1000 osób, który również rośnie w miarę starzenia się. Przy średnim współczynniku w 2021 r. dla całej grupy powyżej 60 roku życia na poziomie 46.4 , dla osób w wieku 60-64 lata wynosił 16.2, 65-69 lat – 25.0, 70-74 lata – 35.7, 75-79 lat – 54.0, 80-84 lata – 84.9 a dla osób powyżej 85 lat 187.6 (GUS 2022, s. 21).



Współczynnik wszystkich zgonów osób powyżej 60 roku życia wyraźnie wzrósł w okresie pandemii, w 2019 r. wynosił 36.4, w 2020 r. 42.6 a w 2021 46.4 (GUS 2022, s. 20). Natomiast z tytułu COVID-19 w grupie 60+ wynosił 8.6, podczas gdy dla całej ludności 2.4 i był bardzo zróżnicowany, od 2.8 w wieku 60-64 lata, 7.5 w wieku 70-74 lata, 16.5 w wieku 80-84 lata do 28.6 ponad 85 lat. (GUS 2022, s. 22).

Wg informacji Ministerstwa Zdrowia zgony covidowe w latach 2020-21 stanowiły 67.9% wszystkich zgonów. Tygodniowa liczba zgonów w okresie listopad-grudzień 2020 r. była ponad dwukrotnie wyższa w porównaniu z analogicznym okresem 2015-2019 a w całym roku 2020 w porównaniu z 2019 o 16.5% wyższa. Wg badań prowadzonych w ramach projektu „SHARE 50+ w Europie”¹ najwyższy wzrost zgonów był wśród osób w wieku 70-74 lata, o 31% wśród mężczyzn i 28% wśród kobiet (SHARE 2022, s. 26-27). W 2020 r. wśród wszystkich zgonów covidowych osoby powyżej 60 roku życia stanowiły 82.5% a pandemia stanowiła trzecią przyczynę zgonów (18.6%), po chorobach układu krążenia i nowotworach.²

Powodem większej umieralności osób starszych w okresie pandemii nie był tylko COVID-19, lecz mniejsze możliwości leczenia innych chorób. Wzrosła liczba pacjentów rezygnujących z wizyt w placówkach służby zdrowia oraz przerywających leczenie, nastąpiło pogorszenie dostępności diagnostyki będącej skutkiem pandemii (zamiana różnych oddziałów w szpitalach na covidowe) a także obawami przed zakażeniem się.

Wśród badanych w projekcie „SHARE 50 + w Europie” 65% zrezygnowało z planowanych wcześniej wizyt u lekarzy specjalistów, 44% z wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, 14% z planowanego przed pandemią leczenia a 11% z zabiegów fizjoterapii i rehabilitacyjnych. Ponadto 10 - 12% wskazało na opóźnione leczenie, około 30% nie mogło zapisać się na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu a 32% nie korzystało w 2020 r. z usług medycznych z powodu własnych obaw o zdrowie (SHARE 2022, s.48, 50, 53). Zdaniem prof. Agnieszki Chłoń-Domińczak oraz prof. Ireny Kotowskiej z SGH wszystkie ograniczenia w korzystaniu z usług służby zdrowia związane z COVID-19 mogły wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia osób starszych (SHARE 2022, s. 98).

Ograniczenia w korzystaniu z usług medycznych potwierdzają także badania CBOS z 2021 r. Odsetek korzystających w porównaniu z 2020 r. co prawda zwiększył się o 8 punktów procentowych (co było efektem okresowo zmienianych ograniczeń covidowych), ale w stosunku do 2018 r. był niższy o 10 pkt. W 2020 r. w stosunku do 2018 r. nastąpił spadek leczących się prywatnie o 18 pkt procentowych. Natomiast liczba osób nie leczących się wzrosła z 12% badanych w 2018 r. do 30% w 2020 r. oraz 22% w 2021 r. Oznacza to, że z powodu wymienionych wyżej ograniczeń część pacjentów musiała przerwać leczenie. Najgorsza sytuacja miała miejsce w pierwszej fazie pandemii, w 2020 r. w

¹ SHARE – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – badania prowadzono wśród osób 50+ od 2006 r. (I runda) rozszerzając je stopniowo na wszystkie kraje UE oraz Izrael i Szwajcarię

² Śmiertelność z powodu COVID-19. www.gov.pl/web/gis/udzial-procentowy-grup-wiekowych-w-ogolnej-liczbie-zgonow-z-powodu-covid-19 (Dostęp: 15.05.2023)

następnych dwóch latach jej obowiązywania wzrastała liczba pacjentów korzystających z placówek służby zdrowia.

Na stan zdrowia osób starszych duży wpływ ma także tzw. wielochorobowość, rozumiana przez służbę zdrowia, jako występowanie u pacjenta więcej niż dwóch chorób jednocześnie, która może bardziej ograniczać aktywność zawodową niż jedna, lub nawet ją wykluczać. Na występowanie kilku chorób jednocześnie wskazało prawie 70% spośród około 6 000 badanych osób powyżej 60 roku życia w ramach projektu „POLSENIOR 2”, realizowanego w 2019 r. przez zespół badaczy powołany przez Gdański Uniwersytet Medyczny Szczegółowo, z uwzględnieniem grup wiekowych oraz płci wielochorobowość prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Zakres wielochorobowości oraz chorób przewlekłych (odsetek badanych)

Wiek badanych	Zakres wielochorobowości			Choroby przewlekłe	
	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	2 – 3	4 i więcej
60 - 64 lata	65	73	69	43	26
65 – 69 lat	74	82	78	37	42
70 – 74 lata	81	87	84	37	48
75- 79 lat	85	88	87	25	61
80 – 84 lata	86	92	90	26	64
85 – 89 lat	89	92	91	23	67

Źródło: Gryglewska, Grodzicki, Mossakowska, Wierucki, Bandosz, Zdrojewski 2021, s. 723, 724,

Wśród wszystkich badanych średnio ponad 20% informowało o jednej chorobie przewlekłej, 35% o 2-3 chorobach a 44% o 4 i więcej chorobach przewlekłych. Opinie badanych seniorów potwierdzają rozwój chorób przewlekłych wraz z wiekiem. Stopniowo zwiększa się odsetek osób z 4 i więcej chorobami – w wieku 60-64 lata stanowili tylko 26% badanych, natomiast w wieku 85-89 lat 67%. Tabela pokazuje też, że znacznie więcej chorób przewlekłych występuje u kobiet niż u mężczyzn, w starszych grupach wiekowych (powyżej 75 lat) różnica jest prawie trzykrotna.

Ponieważ badani wskazali również poszczególne choroby przewlekłe, z którymi muszą żyć i walczyć, w kolejnej tabeli 2 przedstawiono najważniejsze z nich, także w przekroju płci. Badani seniorzy potwierdzają informacje z placówek służby zdrowia, że najwięcej osób starszych ma problemy kardiologiczne (73% badanych), w tym szczególnie z nadciśnieniem (63% badanych) oraz z chorobami metaboliczno-endokrynologicznymi (69%) a także różnymi problemami geriatrycznymi (59%).

Tabela 2. Zakres występowania najważniejszych chorób przewlekłych u badanych (w odsetkach)

Rodzaj choroby	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem badani
Choroby układu krążenia	70	74	73
w tym: nadciśnienie	61	65	63
Choroby metaboliczno-endokrynologiczne	60	75	69
w tym: cukrzyca	23	20	21
Choroby geriatryczne	45	69	59
w tym: pogorszenie pamięci	31	41	37
Choroby narządów zmysłów	27	37	33
w tym: zaćma	16	27	22
Choroby neurologiczno – psychiatryczne	16	21	19
Choroby nerek i układu moczowego	20	18	19
Choroby przewodu pokarmowego	17	15	16
Choroby układu oddechowego	12	13	13
Choroby nowotworowe	8	8	8

Źródło: Gryglewska, Grodzicki, Mossakowska, Wierucki, Bandosz, Zdrojewski 2021, s.725-727,

Samoocena stanu zdrowia przez osoby w wieku emerytalnym

Statystyki dotyczące stanu zdrowia społeczeństwa oparte na informacjach zbieranych przez placówki służby zdrowia, wykorzystane wyżej potwierdzają pogarszanie się stanu zdrowia wraz z wiekiem. Większość osób powyżej 60 roku życia żyje z więcej niż jedną chorobą, które mają przeważnie charakter przewlekły. Jednak nie każda choroba powoduje odczuwalne pogorszenie stanu zdrowia i samopoczucia, dlatego można spotkać różne opinie badanych seniorów o stanie swojego zdrowia, niektórzy oceniają je lepiej inni gorzej.

Bardzo pozytywnie stan swojego zdrowia ocenili m.in. seniorzy powyżej 60 roku życia, badani w projekcie „POLSENIOR 2”, realizowanym w 2019 roku na losowo wybranej próbie reprezentatywnej. Oceny stanu zdrowia dokonali w skali od 0 do 10 pkt, gdzie 0 oznaczało stan najgorszy a 10 najlepszy. Do analizy danych skalę podzielono na trzy kategorie: zły stan zdrowia (0-3), przeciętny stan (4-6) oraz dobry stan (7-10). Badani potwierdzili powszechną opinię o pogarszaniu się stanu zdrowia wraz z wiekiem. Lecz przy średniej ocenie badanych w każdej grupie wiekowej różnice między grupami są niewielkie, co prezentuje poniższa tabela 3. Seniorzy najmłodszy, w wieku 60-64 lata ocenili przeciętnie stan zdrowia na 7.07 pkt, zaś najstarsi, w wieku 85-89 na 5.75. Nawet najstarsza grupa badanych nie oceniła stanu swojego zdrowia jako zły, lecz przeciętny. Wśród wszystkich badanych 57.5% oceniło stan swojego zdrowia jako dobry, 38.8% jako przeciętny oraz tylko 3.7% jako zły. Porównując te oceny z informacjami o wielochorobowości zawartymi w tabeli 1 i 2, łatwo zauważyć, że większość osób z kilkoma chorobami nie ocenia stanu swojego zdrowia źle.

Tabela 3. Ocena stanu zdrowia przez seniorów badanych w projekcie POLSENIOR 2

Wiek badanych	Zły stan zdrowia	Przeciętny stan zdrowia		Dobry stan zdrowia	
	Odsetek badanych	Ocena średnia	Odsetek badanych	Ocena średnia	Odsetek badanych
60 - 64 lata	2.4	-	28.7	7.07	69.0
65 – 69 lat	2.7	-	34.3	6.89	63.0
70 - 74 lata	2.7	-	41.5	6.62	55.8
75 – 79 lat	6.1	-	53.9	6.05	40.0
80 - 84 lata	6.4	-	51.0	6.07	42.6
85 - 89 lat	11.3	5.75	58.3	-	30.4
Badani ogółem	3.7	-	38.8	-	57.5

Źródło: Szybalska, Hajduk, Kujawska-Danecka, Mossakowska 2021, s. 765, 767,

Bardziej wyraźne różnice w ocenie stanu zdrowia pokazuje dopiero odsetek badanych w każdej grupie wiekowej. W miarę wzrostu wieku badanych maleje odsetek oceniających stan swojego zdrowia dobrze (z 69 do 57.5%) a rośnie oceniających źle (z 2.4 do 11.3%). Tylko około 11% osób najstarszych, w wieku powyżej 85 lat ocenia stan swojego zdrowia źle. Ponieważ badania zakończono w styczniu 2020 r. a więc na dwa miesiące przed wprowadzeniem pandemii, nie uwzględniają one jej wpływu na zdrowie. Również dobrze i bardzo dobrze oceniła stan swojego zdrowia prawie połowa (49.2%) badanych w wieku powyżej 50 lat w projekcie „SHARE 50+ w Europie” (4500 osób), w tym wieku 60-64 lata 53.4%, w wieku 65-69 lat 48.2%, w wieku 70-74 lata 37.8%, 75-79 lat 29.6%, 80-84 lata 26.9% oraz powyżej 85 lat 22.4% (SHARE 2019, s.73).

Nieco gorzej odczuwają stan swojego zdrowia osoby w wieku emerytalnym, uczestniczące w 2021 r. w badanych przez GUS warunkach życia w gospodarstwach domowych. W gospodarstwach emerytów tylko 5.4% oceniło je bardzo dobrze 32.3% dobrze, natomiast 42.6% „ani dobrze ani źle” (co może odpowiadać stanowi przeciętnemu w tabeli 3), 16.1% źle a 3.6% bardzo źle (GUS 2021, s. 28). Zastanawiające jest, że przed pandemią, w 2018 r. emeryci stan swojego zdrowia ocenili gorzej niż w okresie pandemii, w 2021 r. tylko 1.9% oceniło bardzo dobrze, 23.8% dobrze, 47.3% „ani dobrze ani źle”, 21.2% źle oraz 5.9% bardzo źle (GUS 2018, s. 53). Może to oznaczać, że wśród badanych w 2021 r. nie było osób, które dotknęły konsekwencje pandemii.

Na stan zdrowia w dużym stopniu wpływa także aktywność fizyczna, jednak przez długi czas lekarze uważali, że w niektórych chorobach, m.in. kardiologicznych oraz nadciśnieniu wysiłek fizyczny nie jest wskazany, gdyż może pogarszać stan zdrowia. Obecnie większość lekarzy zaleca seniorom aktywny tryb życia, w czasie okresowych wizyt pytają nawet o jego realizację. Aktywność fizyczną większości seniorów potwierdzają m.in. badani w projekcie „PolSenior 2”. Najwięcej badanych uprawia krótkie spacerunki blisko od domu (74.4%), wykonuje prace na działkach i w ogrodach (53.2%), wychodzi na kilkugodzinne spacerunki oraz piesze wycieczki (37.9%), w sezonie jesiennym zajmuje się zbieraniem



grzybów w lasach (37.7%) lub jeździ na rowerze (35%). Natomiast wśród osób nie podejmujących aktywności fizycznej, najwięcej (64.8%) wskazało jako przyczynę zły stan zdrowia a nieco mniej (32.1%) brak takiej potrzeby lub czasu (13.7%) (Kostka, Kujawska-Danecka, Hajduk, Kostka, Zdrojewski 2021, s. 791).

Wiele osób w okresie emerytalnym, zwłaszcza kobiety prowadzi także bardzo szeroką aktywność społeczną, do której zalicza się kontakty i pomoc rodzinie, znajomym oraz innym osobom potrzebującym wsparcia.. Aktywność tę prowadzą na ogół osoby o dobrym zdrowiu, gdyż wymaga ona często dobrej kondycji fizycznej. Połowa badanych w projekcie „SHARE 50+ w Europie” pomagała w opiece nad wnukami, w tym około 36% regularnie raz w tygodniu a 5.4% było zaangażowanych w różne prace społeczne na rzecz organizacji społecznych (Chłoń-Domińczak 2021, s. 17-18). W pierwszym okresie pandemii, w 2020 r. ze względu na wprowadzenie ograniczeń w kontaktach i spotkaniach uległy one ograniczeniu, ale jak wynika z badań w projekcie SHARE, już w drugim roku pandemii były częstsze.

Kolejnym problemem charakteryzującym stan zdrowia jest jego pogarszanie się w miarę upływu wieku seniorów. Przejawia się przeważnie w trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Były one przedmiotem badania wśród osób w wieku powyżej 50 roku życia w projekcie „SHARE 50 + w Europie”. Uwzględniono m.in. schyłanie się i klękanie, na które wskazało 50.4% badanych w tym wieku, wejście na kilka pięter bez odpoczynku (54.2% wskazań), podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg (50.8%) oraz ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów (39.9%). Większość z tych trudności narasta wyraźnie wraz z wiekiem, np. schyłanie się i klękanie wymieniło tylko 24.8% badanych w wieku 50-64 lata i 50.4% powyżej 65 lat, podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg odpowiednio 23.9% i 50.8% (SHARE 2019, s.75).

Również w badanych przez GUS w 2018 r. warunkach życia w gospodarstwach domowych uwzględniono ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności, które narastają wraz z wiekiem. Wskazało na nie średnio 45.2% badanych (15.3% - poważne ograniczenia i 29.9% nieco mniejsze), w tym 13% w wieku 65-74 lata, 23% w wieku 75-84 lata oraz 36% w wieku powyżej 85 lat. Brak jakichkolwiek ograniczeń nie miało prawie 55% (GUS 2018, s. 53-54). Natomiast na długotrwały problem zdrowotny oraz chorobę przewlekłą wskazało 67% badanych w wieku 65-74 lata, 81% w wieku 75-84 lata oraz 85% w wieku 85+, jednocześnie 69% chciało szybko skorzystać z badania lub leczenia (GUS 2018, s. 55).

Z wyżej cytowanych badań wynika ważny wniosek, że ograniczenia w wykonywaniu różnych codziennych czynności oraz choroby przewlekłe nie powinny przeszkadzać w aktywności fizycznej oraz zawodowej, gdyż ich nasilenie występuje po 75 roku życia, gdy znacznie maleje aktywność zawodowa. W wieku 65-74 lata ograniczeń fizycznych w wykonywaniu codziennych czynności doświadcza tylko 13% badanych przez GUS.

W kolejnej tabeli 4 przedstawiono opinie badanych w wieku 55-59 lat w projekcie „SHARE 50+ w Europie” o stanie swojego zdrowia z uwzględnieniem aktywności zawodowej. Z tabeli wynika, że osoby pracujące czuły się znacznie zdrowsze od niepracujących, w grupie pracujących mężczyzn tylko 1% wskazał na zły stan zdrowia natomiast w grupie niepracujących prawie co drugi badany. Wśród kobiet różnice między pracującymi i niepracującymi były znacznie mniejsze, jedynie na długotrwałe problemy zdrowotne wskazało znacznie więcej niepracujących niż pracujących.

Tabela 4. Zdrowie a praca zawodowa badanych w wieku 55-59 lat (w % badanych)

Ocena stanu zdrowia	Mężczyźni		Kobiety	
	Pracujący	Niepracujący	Pracujące	Niepracujące
Bardzo dobry stan zdrowia	22	0	24	6
Zły stan zdrowia	1	46	20	20
Długotrwałe problemy zdrowotne	27	66	42	79
Otyłość	44	16	19	20
Ograniczenia w wykonaniu codziennych złożonych czynności	1	34	4	18
Symptomy depresji	15	50	33	55

Źródło: Magda (2016, s. 10).

Podejście osób starszych do emerytury i pracy

W Polsce, mimo ustawowego, powszechnego wieku emerytalnego 60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn, decyzję o przejściu na emeryturę większość pracujących podejmuje samodzielnie. Niektórzy z niecierpliwością czekają na osiągnięcie wieku emerytalnego, inni niechętnie przechodzą na emeryturę, nie wyobrażając sobie życia na emeryturze bez kontynuowania pracy zawodowej. Decyzje o tym, czy pracować, będąc na emeryturze, zależą od wielu czynników, zależnych i niezależnych od pracownika, takich jak: stanowisko pracodawcy (nie wszyscy chcą zatrudniać emerytów), rodzaj wykonywanej pracy, warunki jej wykonywania, poziom wykształcenia, poziom wynagrodzenia, stan zdrowia oraz płeć. Badani w ramach projektu „SHARE 50+ w Europie” w 2015 r. wskazali następujące czynniki nie sprzyjające przedłużaniu aktywności zawodowej w okresie emerytury: praca wymagająca dużego wysiłku fizycznego (56.2%), nadmierne obciążenie obowiązkami pracowniczymi (46.7%), zakres samodzielności w realizacji obowiązków/zadań (76%) oraz bezpieczeństwo zatrudnienia (29.1%) (Chłoń-Domińczak 2016, s. 10, 21)

Wśród pracowników oczekujących z niecierpliwością przejścia na emeryturę są głównie niezadowoleni z pracy oraz pracujący w warunkach uciążliwych i szkodliwych dla zdrowia oraz niepewności dalszego zatrudnienia (związanych z pozycją firmy na rynku i jej wynikami). Takie osoby nie zamierzają w okresie emerytury pracować zawodowo, znaczna ich część chce zająć się sprawami domowymi (w tym działką) i rodzinnymi, które były zaniedbywane w okresie pracy. Warto w tym

miejscu przypomnieć opinie specjalistów o potrzebach emerytów. Wg nich występują wszystkie z hierarchii potrzeb A. Maslowa, ale z innym natężeniem niż w okresie pracy zawodowej. Silniej odczuwane są potrzeby bezpieczeństwa, przynależności i szacunku. Potrzeby z grupy przynależności emeryci realizują w rodzinie oraz wśród znajomych i sąsiadów, zwiększają one poczucie własnej wartości (którą w młodszym okresie dawała praca), sensu życia i akceptacji (Kawińska 2022).

Dlatego ponad połowa badanych w 2017 r. w projekcie „SHARE 50+ w Europie” w wieku 50-59 lat, deklarowała jak najszybsze przejście na emeryturę (55% mężczyzn i 61% kobiet). W grupie tej najwięcej było osób nie posiadających wykształcenia wyższego oraz osoby pracujące w uciążliwych warunkach oraz obawiające się utraty pracy (SHARE 2019, s. 7). Trzeba też wspomnieć, że osoby oczekujące z niecierpliwością przejścia na emeryturę oraz występujący w ich imieniu związkami zawodowe niechętnie godzą się na wydłużenie wieku emerytalnego, nawet o 1-2 lata. Tak było w Polsce, kiedy rząd PO-PSL wydłużył ten wiek, tak jest obecnie we Francji.

Badani w 2015 r. wskazali następujące czynniki wspierające kontynuację zatrudnienia w wieku przedemerytalnym (50+) oraz emerytalnym (60+): możliwość rozwoju nowych kompetencji (48.5%), wsparcie ze strony pracodawcy oraz współpracowników (63%), uznanie efektów pracy przez pracodawcę (69.8%) oraz odpowiednie do złożoności pracy wynagrodzenie (41.1%). O kontynuacji zatrudnienia decyduje też satysfakcja/zadowolenie z wykonywanej pracy, na którą składają się wymienione wyżej czynniki. Np. na nadmierne obciążenie obowiązkami w pracy wskazało 71.5% niezadowolonych z pracy i tylko 29% zadowolonych, na uznanie efektów pracy przez przełożonego 10% niezadowolonych i 90% zadowolonych, na obawę o stan zdrowia 86% niezadowolonych i tylko 16.6% zadowolonych. Poziom zadowolenia z pracy jest najbardziej widoczny w opiniach badanych o jak najszybszym przejściu na emeryturę, chciało tego 48.5% niezadowolonych z pracy i tylko 3.5% zadowolonych (Chłóń-Domińczak 2016, s. 15, 20-23).

Natomiast badani w 2017 r. wskazali inne czynniki decydujące o podejmowaniu pracy w okresie emerytury, wg kolejności ich ważności: wiek (63% badanych), stan zdrowia (45%), postawa pracodawcy (28%), sytuacja na rynku pracy (12%), umiejętności (9%), sytuacja rodzinna (5%) oraz sytuacja finansowa (3.4%) (SHARE 2019, s. 36-37). Ponieważ na sytuację finansową wskazało niewielu badanych, nie potwierdzają oni dość powszechnej opinii, że wielu emerytów podejmuje pracę, aby uzupełnić zbyt niską emeryturę.

Ważnym czynnikiem decydującym o pracy na emeryturze (nie wymienionym przez badanych) jest rodzaj wykonywanej pracy. Ma on odzwierciedlenie w różnym podejściu do pracy w okresie emerytury pracowników na stanowiskach robotniczych i nierobotniczych. Dla części pracowników na stanowiskach nierobotniczych preferowaną strategią po osiągnięciu wieku emerytalnego jest pobieranie emerytury i kontynuowanie pracy (aby otrzymać emeryturę, trzeba rozwiązać umowę o pracę), najlepiej u tego samego pracodawcy. Przejście na emeryturę w tej grupie pracowników jest



przez wielu traktowane jako pogorszenie swojego statusu społecznego. Jednak nie wszystkie osoby w wieku emerytalnym, chcące dalej pracować mogą zostać zatrudnione. Zależy to głównie od sytuacji na rynku pracy, w warunkach dużego bezrobocia możliwości zatrudnienia emerytów są znacznie mniejsze.

Nie wszyscy chętni mają też możliwości kontynuowania pracy u dotychczasowego pracodawcy. W niektórych organizacjach oraz zawodach nie zatrudnia się bowiem emerytów lub zatrudnia ich tylko dorywczo, na umowę zlecenie lub o dzieło. Dotyczy to m.in. administracji publicznej, służb mundurowych oraz publicznego szkolnictwa wyższego. Prawo o szkolnictwie wyższym ogranicza możliwości zatrudnienia w uczelniach publicznych nauczycieli akademickich po ukończeniu 70 lat (Ustawa 2018). Wyjątkowo uczelnia może przedłużać co roku zatrudnienie, gdy brak innego nauczyciela w danej specjalności. Możliwości dalszego zatrudnienia nauczyciele akademicy mają w uczelniach niepublicznych, ale niejednokrotnie wiąże się to z przejazdami do innego miasta powiatowego lub wojewódzkiego. Duże możliwości kontynuowania pracy u dotychczasowego pracodawcy mają natomiast nauczyciele szkół podstawowych i ponadpodstawowych (choć nie wszystkich specjalności i nie w każdej miejscowości), ze względu na występujące braki kadrowe. Także emeryci w służbie zdrowia (głównie lekarze i pielęgniarki, których ciągle brakuje), mają łatwe możliwości kontynuowania pracy. Łatwe możliwości kontynuowania pracy mają także policjanci, jednak rzadko w policji, ze względu na wymagania sprawnościowe, lecz w firmach ochroniarskich.

Generalnie większe możliwości zatrudnienia stałego (na umowę o pracę) mają pracownicy po przejściu na emeryturę w sektorze prywatnym niż publicznym. Dlatego prawie czwarta część pracujących emerytów (23-24%) jest zatrudniona w formie umowy zlecenia lub umowy o dzieło. Praca na umowę zlecenie nie zawsze jest zgodna z zawodem emeryta, jest zwykle ograniczona czasowo i po jej zakończeniu emeryt musi szukać nowej pracy. Jest to trudne i stresujące, dlatego część emerytów rezygnuje z takiej formy pracy. Emeryci najlepiej czują się w swoim zawodzie, ze względu na bogate doświadczenie, dlatego zamierzający kontynuować pracę, chcą ją wykonywać u tego samego pracodawcy.

Pozostaje jeszcze kwestia długości aktywności zawodowej po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zależy to zazwyczaj od kilku czynników/uwarunkowań, takich jak: zgoda pracodawcy na pracownika w coraz starszym wieku, możliwości fizyczne lub kompetencje umysłowe emeryta, rodzaj wykonywanej pracy a także decyzja pracownika o zakończeniu pracy. Wielu pracujących emerytów nie jest w stanie obiektywnie ocenić swojej sprawności fizycznej lub umysłowej, w zależności od wykonywanego zawodu a więc, kiedy zakończyć pracę? Nie potrafi też ocenić obiektywnie efektów swojej pracy, które w miarę starzenia się są przeważnie coraz mniejsze. Dlatego często pracodawca musi podjąć decyzję o rozwiązaniu umowy o pracę lub jej nie przedłużaniu na kolejny okres. Autorowi znane są

przypadki, gdzie pracownicy naukowo - badawczy oraz nauczyciele akademicy w wieku powyżej 85 lat, mimo iż od kilku lat nie mieli żadnych osiągnięć, nie rezygnowali z pracy.

Liczebność pracujących emerytów i długość ich aktywności zawodowej

Większość osób starszych, zwłaszcza w pierwszym okresie rozwoju choroby, nie ogranicza aktywności fizycznej ani zawodowej. Świadczy o tym odczucie większości osób powyżej 60 roku życia o dobrym stanie swojego zdrowia, mimo występowania u bardzo wielu tzw. wielochorobowości. Trzeba w związku z tym przypomnieć, że aktywność fizyczna jest od wielu lat zalecana przez lekarzy jako rodzaj terapii. Ponieważ każda aktywność zawodowa wymaga mniejszej lub większej aktywności fizycznej, oznacza to, że sprzyja ona także zdrowszemu trybowi życia osób będących na emeryturze.

Badania stanu zdrowia i aktywności zawodowej osób starszych nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jakie są zależności między zdrowiem a aktywnością? Czy dobre zdrowie zwiększa aktywność zawodową, czy aktywność poprawia stan zdrowia (Magda 2017, s. 16). Zdaniem badaczy relacje te zależą od różnych uwarunkowań, m.in. rodzaju wykonywanej pracy (fizyczna czy umysłowa) oraz decyzji o przejściu na emeryturę. Jeśli praca była wykonywana w uciążliwych dla zdrowia warunkach, przejście na emeryturę będzie sprzyjało poprawie stanu zdrowia. Natomiast jeśli pracownik nie był jeszcze przygotowany do zakończenia pracy, ale został skierowany na emeryturę przez pracodawcę, może to spowodować przejściowe pogorszenie zdrowia psychicznego (Magda 2017, s. 17- 19). Natomiast lekarze, jak już wyżej wskazano, są bardziej zgodni odnośnie pozytywnego wpływu aktywności fizycznej i zawodowej na zdrowie osób starszych.

Informację o liczebności pracujących emerytów w skali kraju trzeba zacząć od pokazania pozytywnych zmian zachodzących od wielu lat. Poniższa tabela 5 prezentuje zmiany w liczbie pracujących emerytów oraz w ich strukturze wg grup wiekowych, w latach 2018 – 2022.

Tabela 5. Liczebność oraz struktura pracujących emerytów wg wieku w latach 2018-2022

Wyszczególnienie	XII. 2018	XII. 2021		XII. 2022
		pracujący	Wszyscy emeryci	
Liczba emerytów pracujących (w tys.)	747.2	812.9	6 041. 1	826.1
51 – 54 lata	1.2	1.1	0.5	1.0
55 - 59 lat	2.9	1.6	0.6	1.4
60 – 64 lata	35.9	32.0	17.0	30.6
65 – 69 lat	38.4	40.5	31.7	41.1
70 – 74 lata	14.7	17.6	24.7	18.3
75 +	5.8	6.5	25.3	7.1
Średni wiek pracujących emerytów	66.2	66.9	-	67.1
Odsetek pracujących na umowę o pracę	39.2	38.8	-	39.1



Źródło: ZUS. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych. Informacje „Pracujący emeryci” za lata 2018, 2021 i 2022, zamieszczane na stronie www.zus.gov.pl, GUS 2021, s.48

W IV kwartale 2021 r ludności w wieku 55-89 lat było 11 396 tys. w tym aktywnych zawodowo 3 063 tys. (26.9%), pracujących 3004 tys. (26.3%) w tym pracujących na pełnym etacie 2 625 tys. (87.4% wszystkich pracujących w tym wieku), natomiast biernych zawodowo było 8 333 tys. (73.1%) (GUS 2022, s. 241. Oznacza to, że w wieku przedemerytalnym oraz emerytalnym aktywna zawodowo była tylko czwarta część ludności ale prawie wszyscy aktywni zawodowo pracowali. Oznacza to, że zarobkowo pracuje tylko niewielka część osób będących na emeryturze.

Z tabeli wynika, że w ostatnich latach coraz więcej emerytów podejmuje pracę, między grudniem 2018 r. i 2022 r. ich liczba wzrosła prawie o 79 tysięcy, co stanowi wzrost o 10.5%. Drugim pozytywnym zjawiskiem z punktu widzenia wykorzystania kapitału ludzkiego, posiadanego przez emerytów, jest wzrost wieku pracujących. Pracę podejmują coraz starsi emeryci, między rokiem 2018 i 2022 o 5.3 punktów procentowych zmniejszył się odsetek „młodszych” emerytów, w wieku 60 – 64 lata. Natomiast wzrósł odsetek w kolejnych grupach wiekowych, w tym „starszych”, w wieku 70 – 74 lata o 3.6 pkt procentowych oraz powyżej 75 lat o 1.3 pkt. Z tabeli wynika też, że w okresie pandemii liczba pracujących emerytów nie zmalała lecz wzrosła (szerzej na ten temat w dalszej części ekspertyzy).

Największy odsetek wśród pracujących stanowią osoby będące w początkowym okresie emerytury, kobiety w wieku 60-64 lata stanowiły 50.3% (mężczyźni tylko 4%³) a mężczyźni w wieku 65-69 lat 53.4 % (kobiety 32.0%). Znaczny odsetek pracujących emerytów znajduje się jeszcze w wieku 70-74 lata (18.3% w 2022 r.), w tym o połowę mniej wśród kobiet (13.0%) niż mężczyzn (25.3%). Po 75 roku życia liczba pracujących znacznie spada, średnio ta grupa stanowiła w 2022 r. tylko 7.1% (kobiety 4.5%, mężczyźni 10.5%). Z danych w tabeli 5 wynika, że najbardziej aktywni zawodowo są emeryci przez około 10 - 15 lat, w zależności od wieku przejścia na emeryturę. Badania prowadzone w ramach projektu „Polsenior 2” w latach 2018-2019 wskazują, że ponad połowa (56.3%) pracujących wykonywała pracę fizyczną, w tym 64% mężczyzn i 40% kobiet, przeważała praca na pełny etat i w 95% rejestrowana (SHARE 2022).

W tabeli 5 dla roku 2021 oprócz struktury wiekowej pracujących podano także strukturę wiekową wszystkich osób pobierających emerytury. Porównanie to pokazuje jeszcze bardziej precyzyjnie, że najbardziej aktywni zawodowo są emeryci w wieku 60-69 lat, ich odsetek jest znacznie większy (stanowią 72.5%) niż odsetek wszystkich emerytów w tym wieku (48.7%). Natomiast wśród emerytów po 70 roku życia, chociaż w 2021 r. stanowili 50% wszystkich, wśród pracujących stanowili

³ Tak znaczny odsetek mężczyzn będących na emeryturze przed 65 rokiem życia wynika z uprawnień w wielu tzw. zawodach robotniczych oraz służbach mundurowych do wcześniejszej emerytury

tylko 24.1%. Pokazuje to, że potencjał starszych emerytów nie jest w pełni wykorzystany, tym bardziej, że stan swojego zdrowia oceniają dobrze (tabela 3).

Ponieważ prawie $\frac{3}{4}$ osób pobierających emerytury nie pracuje zarobkowo, trzeba w związku z tym zwrócić uwagę na przyczyny bierności tej grupy emerytów. W badaniach BAEL uwzględniono takie czynniki, jak: obowiązki rodzinne i domowe, naukę i uzupełnianie kwalifikacji, emerytury oraz choroby i niepełnosprawność. Mężczyźni w wieku produkcyjnym za najważniejszą przyczynę bierności zawodowej uznali choroby i niepełnosprawność. W II kwartale 2020 r. wskazało na nie 33.7%, w III – 35.9% a w IV – 36.3% mężczyzn. Jest to uzasadnione pracą większości mężczyzn w produkcyjnych sektorach gospodarki (przemysł, transport, budownictwo), gdzie warunki pracy są uciążliwe a niektóre także szkodliwe dla zdrowia. Natomiast kobiety za najważniejszą przyczynę bierności zawodowej w okresie emerytalnym uznały obowiązki rodzinne (w tym związane z pomocą dzieciom i wnukom) i prowadzenie domu, od 51.4% badanych w II kwartale do 47.5% w IV. Na drugim miejscu kobiety wymieniły naukę i uzupełnianie kwalifikacji, od 22.7% (II kwartał 2020) do 26.1% (IV kwartał). Natomiast na choroby i niepełnosprawność wskazało w II kwartale 2020 r. 15.7% , w III kwartale, 16.3% oraz w IV 17.5% kobiet. (GUS 2021a, s. 55).

Natomiast emerytury, jako powód bierności zawodowej zostały przez badanych wymienione na 3-4 miejscu i stanowiły przyczynę dla około piątej części mężczyzn - w II kwartale 2020 r. wskazało je 19.3%, w III - 19.1% a w IV - 18.4%. Natomiast odsetek kobiet wskazujących emeryturę jako przyczynę bierności był znacznie mniejszy - w II i III kwartale 2020 r. tylko dla 2.7% a w IV dla 2.2% (GUS 2021a, s. 55). Wydaje się, że dla osób o takim podejściu najważniejszy jest aspekt dochodowy pracy i emerytury. Pracowały głównie, nie dla realizacji własnych celów i ambicji zawodowych, lecz dla zdobycia dochodów na pokrycie kosztów utrzymania rodziny. Podobnie podchodzą do emerytury, jeśli wystarcza na pokrycie kosztów utrzymania, nie ma potrzeby podejmowania pracy.

Analizując czynniki decydujące o możliwościach pracy zarobkowej emerytów, trzeba zwrócić także uwagę na strukturę gospodarczą województw. Najwięcej pracujących w przeliczeniu na 1000 emerytów jest w woj. mazowieckim (158) i wielkopolskim (152) a najmniej w podkarpackim (86) i świętokrzyskim (100) (GUS 2021, s. 48). Potwierdza to znaną powszechnie zależność, że możliwości pracy wszystkich osób, w tym emerytów zależą w dużym stopniu od struktury gospodarczej województw, jeśli jest bardziej zurbanizowane i posiada więcej miejsc pracy w sektorach pozarolniczych, możliwości zatrudnienia emerytów są większe.

Na możliwości pracy emerytów wpływa także sytuacja na rynku pracy w przekroju zawodowym. Emeryci częściej niż osoby młodsze chcą wykonywać pracę zgodną z wyuczonymi lub posiadanymi kompetencjami a więc w swoim zawodzie. Możliwości dalszej pracy zależą więc w znacznym stopniu od potrzeb kadrowych w danym zawodzie. Najwięcej emerytów pracowało w służbie zdrowia i pomocy społecznej (15.3%), handlu i naprawie pojazdów (13.9%), przetwórstwie przemysłowym

(11.2%), edukacji (9.3%) oraz usługach administracyjnych (8.5). W wymienionych 5 sektorach gospodarki zatrudnionych było 58.2% pracujących emerytów. Struktura płciowa pracujących emerytów była zgodna ze stopniem sfeminizowania sektorów gospodarki. Najwięcej spośród wszystkich zatrudnionych kobiet pracowało w służbie zdrowia i pomocy społecznej (22.9%) a najwięcej mężczyzn w przetwórstwie przemysłowym (15.4%) (GUS 2021, s. 48-49).

Ponieważ na aktywność zawodową emerytów wpływa także status zatrudnienia, trzeba wspomnieć o rodzaju umów o zatrudnienie. Z tabeli 5 wynika, że najwięcej pracowało na umowę o pracę (od 38.8 % w 2021 r. do 39.1% ogółu pracujących w 2022 r.). Pozarolniczą działalność gospodarczą, czyli tzw. small business prowadziło 29%, natomiast na umowę zlecenie pracowało 26%. Do aktywności zawodowej emerytów zalicza się także aktywność społeczną oraz edukacyjną (które szerzej omówiono wyżej). Do aktywności społecznej zalicza się różne rodzaje pomocy udzielane innym osobom, spoza gospodarstwa domowego emeryta, m.in. stała lub dorywcza opieka nad małymi dziećmi w rodzinie lub u znajomych, robienie zakupów, załatwianie różnych spraw (Perek-Białas, Zwierzchowski 2022, s. 91-92).

Wpływ pandemii na aktywność zawodową

Ze względu na to, że projekt w ramach którego wykonano niniejszą ekspertyzę dotyczy aktywności osób starszych w okresie pandemii, trzeba stwierdzić, że mimo występujących ograniczeń w kontaktach z innymi osobami, osoby starsze starały się być aktywnymi w niewiele mniejszym zakresie, jak przed pandemią. Informacje na ten temat przedstawiono wyżej, w częściach ekspertyzy dotyczących stanu zdrowia oraz aktywności zawodowej. Oparte są na badaniach telefonicznych przeprowadzonych latem 2020 roku wśród osób powyżej 50 lat, w projekcie „SHARE 50+ w Europie” (Perek-Białas, Zwierzchowski 2022, s. 93).

Również z badania BAEL wynika, że pandemia w pierwszym roku (2020) miała niewielki wpływ na ograniczenie aktywności zawodowej i możliwości zatrudnienia osób w wieku emerytalnym. Liczba biernych zawodowo w grupie wiekowej 65+ zwiększyła się bowiem w stosunku do roku 2019 w II kwartale o 2.9%, w III o 3.2% oraz w IV o 2.7%. Wśród biernych zawodowo przeważały kobiety. Jednocześnie w 2020 r. w grupie 65+ nastąpił największy ze wszystkich grup wiekowych wzrost liczby pracujących w stosunku do 2019 r.- w II kwartale o 7.8%, w III o 3.3% a w IV nawet o 10.9% (GUS 2021a, s. 44-45).

Liczba mężczyzn wskazujących na choroby i niepełnosprawność jako przyczynę bierności zawodowej także spadła w stosunku do 2019 r. - o 6.3% w III kwartale i o 6.1% w IV a wśród kobiet wzrosła minimalnie, o 1.4% w III i 0.7% w IV kwartale. Badani wskazali jednak, że z powodu ograniczeń w kontaktach między instytucjami w okresie pandemii, w II kwartale 2020 r. (a więc w pierwszym

okresie pandemii, kiedy obawa o zachorowanie była największa) z poszukiwania pracy zrezygnowało 247 tys. osób, w III kwartale 135 tys. a w IV 195 tys. (GUS 2021a, s. 55-56).

Przy omawianiu wpływu pandemii na aktywność zawodową emerytów trzeba też wspomnieć o czasowym ograniczeniu w okresie pandemii zatrudnienia w wielu firmach, zwłaszcza małych, prowadzących działalność w sektorze usług i gastronomii, z nawet okresowym ich zamknięciem. W wielu firmach zmniejszono też liczbę godzin pracy, także wśród pracowników starszych. Co piąta badana osoba w wieku 50 + informowała o takim spadku, jednak nie przekraczał on 10 godzin tygodniowo. Wśród badanych telefonicznie seniorów w projekcie „SHARE 50 + w Europie” przejściowa utrata pracy dotyczyła około 15% (Magda 2022, s. 62). Natomiast około 10% badanych wskazało na wydłużenie czasu pracy, które miało związek ze zmianą organizacji pracy oraz pracą zdalną, która była bardziej elastyczna od tradycyjnej (Perek-Białas, Zwierzchowski 2022, s. 91).

Zmniejszenie zatrudnienia było dopasowane do zmieniających się ograniczeń covidowych, dlatego już w roku 2021 a więc drugim roku pandemii badani w projekcie „SHARE 50+ Corona” sygnalizowali poprawę sytuacji seniorów na rynku pracy, w stosunku do poprzedniego roku⁴. Z przedstawionych w ekspertyzie informacji wynika, że mimo iż najstarsze osoby były najbardziej narażone na zachorowanie oraz na śmierć z powodu koronawirusa, większości nie przeszkadzał on w kontynuowaniu pracy zawodowej oraz w utrzymywaniu stałych kontaktów z rodziną i znajomymi oraz udzielaniu im pomocy .

Podsumowanie

Z informacji i wyników różnych badań wykorzystanych w ekspertyzie wynika kilka wniosków dla przyszłej aktywności zawodowej emerytów:

- potwierdzono brak wyraźnych zależności między stanem zdrowia emerytów, ich pogarszaniem się w miarę starzenia się a ich aktywnością zawodową, wśród czynników decydujących o aktywności stan zdrowia nie jest wymieniany przez badane osoby powyżej 60 roku życia jako bardzo ważny,
- mimo iż statystycznie stan zdrowia pogarsza się w miarę upływu życia emerytów, zdecydowana większość ocenia go jako dobry lub przeciętny,
- w okresie pandemii nastąpiło tylko okresowe zmniejszenie aktywności zawodowej większości emerytów, w niewielkim stopniu wzrosła nawet liczba pracujących, w drugiej fazie pandemii, w 2021 r. sytuacja w niektórych obszarach aktywności wracała do aktywności sprzed pandemii,

⁴ Informacje przekazane w trakcie konferencji „Pokolenie 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie”, zorganizowanej 20.06.2023 w SGH

- zbyt mało emerytów jest aktywnych zawodowo, wskazywanych przez nich powodów braku aktywności jest wiele ale nie wszystkie są przekonujące, można zatem mówić o niewykorzystanym potencjale kapitału ludzkiego.

Bibliografia

- Błądowski, P. (2021). Sytuacja materialna. W: P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.). Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Wyd. Gdański Uniwersytet Medyczny. Gdańsk,
- CBOS, (2021), Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych. Komunikat z badań nr 105/2021. www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K_105_21.PDF (Dostęp: 16.04.2023),
- Chłoń-Domińczak, A. (2021). Portret pokolenia 50+. Warszawa, Instytut Statystyki i Demografii SGH. <https://share50plus/wyniki-badań/publikacje> (Dostęp: 10.06.2023),
- Gryglewska B., Grodzicki T., Mossakowska M., Wierucki Ł, Bandosz P., Zdrojewski T. (2021), Zjawisko wielochorobowości. W; P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.), Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Wyd. Gdański Uniwersytet Medyczny. Gdańsk,
- GUS 2018, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r. www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2018-roku,2,1.html (dostęp: 15.05.2023),
- GUS 2021, Emerytury i renty w 2021 r. Wyd. GUS, Warszawa
- GUS 2021a, Wybrane aspekty rynku pracy w Polsce. Aktywność ekonomiczna ludności przed i w okresie pandemii COVID-19. Warszawa, GUS,
- GUS 2021b, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-roku(dostęp: 15.05.2023),
- GUS 2022. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.. GUS, Warszawa, www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne//osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2021-roku (Dostęp: 5.06.2023),
- Kawińska M. (2022), Aktywność społeczna seniorów, oczekiwania, możliwości, wyzwania. https://rob.uksw.edu.pl/wp-content/uploads/2022/05/Kawinska_M_1.pdf (Dostęp: 15.05. 2023),
- Kotowska I. Chłoń-Domińczak A. Holzer-Żelazowska (2019), Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki 7 rundy badania „SHARE 50+ w Europie”,
- Kostka T. Kujawska-Danecka H. Hajduk A. Kostka J. Zdrojewski T. (2021), Aktywność fizyczna. W: P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.). Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. . Wyd. Gdański Uniwersytet Medyczny. Gdańsk,



Magda I. (2016). Analityczny Raport Uzupelniający 4. Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+. <https://share/wyniki-badan/publikacje> (dostęp 5.06.2023),

Magda I. (2022), Praca w pierwszym roku pandemii. W: Sytuacja osób w wieku 50 plus w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19. Raport z badania SHARE. <https://share50plus/wyniki-badan/publikacje> (Dostęp: 5.06.2023),

Perek-Białas J. Zwierzchowski J. (2022), Aktywne starzenie się w pierwszym roku pandemii COVID-19. W: Sytuacja osób w wieku 50 plus w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19. Raport z telefonicznego badania SHARE Corona. <https://share50plus/wyniki-badan/publikacje> (Dostęp: 5.06.2023),

SHARE, (2019). Pokolenie 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7 rundy badania „SHARE 50+ w Europie”. <https://share50plus/wyniki-badan/publikacje> (Dostęp 5.06. 2023),

SHARE (2022), W: Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19. Raport z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona. <https://share50plus/wyniki-badan/publikacje> (Dostęp: 5.06.2023),

Szybalska A., Hajduk A., Kujawska-Danecka H., Mossakowska M. (2021), Samoocena stanu zdrowia. W: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.). Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Wyd. Gdański Uniwersytet Medyczny. Gdańsk,

Ustawa, (2018), z 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. D.U z 2018, poz.1668,

Wojtyniak, B. (2021), Stan zdrowia ludności Polski w starszym wieku na podstawie danych statystyki publicznej. W: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.). Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Wyd. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk,

ZUS, (2019), Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2015-2017, wyd. ZUS, Warszawa,

Słowa kluczowe : emeryci, stan zdrowia ,aktywność fizyczna, aktywność zawodowa, praca zawodowa

ABSTRAKT

Celem ekspertyzy jest ocena wpływu stanu zdrowia emerytów na ich aktywność zawodową oraz długość tej aktywności. Występują bliskie związki między aktywnością zawodową i fizyczną oraz wzajemne zależności między stanem zdrowia i aktywnością. Dobry stan zdrowia wpływa korzystnie na aktywność zawodową, natomiast aktywność zawodowa poprawia stan zdrowia. Jednak na aktywność zawodową oprócz zdrowia wpływa wiele innych czynników, zależnych i niezależnych od emerytów. Wg badanych emerytów stan zdrowia nie jest czynnikiem najważniejszym. Różne dane statystyczne i badania prowadzone wśród emerytów potwierdzają powszechnie znaną prawidłowość, że w miarę wzrostu wieku emerytów pogarsza się stan ich zdrowia oraz maleje aktywność fizyczna i



zawodowa. Jednak większość badanych emerytów stan swojego zdrowia ocenia jako dobry, nawet wśród najstarszych (85-89 lat) tak ocenia co trzeci.

Od kilku lat stan ich zdrowia stopniowo poprawia się i rośnie aktywność zawodowa. Wśród osób przechodzących na emeryturę można wyodrębnić dwie grupy mające różne opinie dotyczące życia na emeryturze. Większość z niecierpliwością oczekuje dnia zakończenia pracy zawodowej i zajęcia się sprawami osobistymi, rodzinnymi, które w okresie pracy zawodowej były zaniedbywane. Natomiast mniejszość nie wyobraża sobie normalnego życia bez pracy zawodowej i stara się dalej ją wykonywać, u dotychczasowego lub innego pracodawcy. Wśród pierwszej grupy przeważają pracownicy na stanowiskach robotniczych, wśród drugiej pracownicy na stanowiskach nierobotniczych. Biorąc pod uwagę dobry stan zdrowia i wysoką aktywność fizyczną a z drugiej strony niewielki odsetek (13.4%) pracujących zawodowo emerytów, można mówić o niewykorzystaniu ich kapitału ludzkiego.