

Uwarunkowania zmiany ustawowego wieku emerytalnego w Polsce w 2012 roku.

Zamiar wydłużenia ustawowego wieku emerytalnego od 2013 roku do 67 lat to jest o 7 lat dla kobiet i o 2 lata dla mężczyzn nie ma uzasadnienia w obecnej sytuacji demograficznej, ekonomicznej, społecznej i prawnej.

I. Uwarunkowania demograficzne zmiany podniesienia wieku emerytalnego.

1. Przeciętne trwanie życia w Polsce noworodka płci męskiej w 2009 roku było krótsze o 7- 3 lat niż w krajach Europy Zachodniej; i tak krótsze o **6,1** lat niż w Austrii, o 6,2 niż w RFN, o 7 lat krótsze niż we Francji, o 7,7 lat krótsze niż w Norwegii. Przeciętne trwanie życia noworodka płci żeńskiej w 2009 roku było krótsze o **3** lata niż w Austrii i w Niemczech, o **3,1** niż w Norwegii, w Hiszpanii, Grecji.

Przeciętne trwanie życia mężczyzn w Polsce jest o około 6-7 lat krótsze niż w krajach Europy Zachodniej. Przeciętne trwanie życia kobiet w Polsce jest o około 3-4 lat krótsze niż w krajach Europy Zachodniej. Istotny wzrost przeciętnego dalszego życia nastąpił w Polsce dopiero od 1990 roku i odnosi się do populacji urodzonych po 1989 roku (od podjęcia procesu transformacji systemowej). **Wzrost przeciętnej trwania życia w większości nie dotyczy tych populacji, które zamierza się obejmować od 2013 roku podwyższonym wiekiem emerytalnym.** Przeciętne trwanie życia populacji, które zamierza się objąć od 2013 roku przedłużonym wiekiem emerytalnym to osoby urodzone w latach 1953-1989. Urodzeni w latach 1953 – 1989 żyją o kilka lat krócej, niż generacje urodzonych po 1989 roku. Przeciętne dalsze trwanie życia osób urodzonych w latach:

- 1952-53 (obecnie, tj. w roku 2012) w wieku 59/60 lat) wynosi: **58,6 lat, dla mężczyzn i 64,2 lat** dla kobiet.
- **1960/61** (obecnie w wieku 51/52 lat) dla mężczyzn wynosi: **64,8 lat**, dla kobiet: **70,5 lat**,
- **1970/72** (obecnie w wieku 42/40 lat) – wynosi dla mężczyzn: **66,83 lat**, dla kobiet **73,76 lat**,
- 1980/81 – (obecnie w wieku 32/31 lat) trwanie życia wynosi: **66,88 lat** dla mężczyzn i **75,4** dla kobiet,

Przeciętne dalsze trwanie życia dla urodzonych w roku **1990 mężczyzn** (obecnie w wieku 21 lat) wynosi **66, 51 lat** dla mężczyzn oraz dla kobiet – **75,49 lat**).

Mężczyzna (obecnie 2012 rok) 30 letni urodzony w 1982 r. ma przed sobą przeciętnie 40,08 lat życia.

Obserwacja wieloletnich trendów dotyczących kształtowania się przeciętnego dalszego trwania życia wykazuje, że wzrost nie ma postaci krzywej prostej - stale rosnącej. Obserwuje się różne okresy załamania trendu wzrostu trwania życia (np. dotyczy to kobiet w wieku 15 lat i więcej na początku lat 90., czy mężczyzn na początku XXI wieku (rok 2002).

Wniosek: Podstawą kształtowania decyzji o ustanawianiu obowiązującego wieku emerytalnego powinna być rzetelna analiza sytuacji demograficznej tych generacji i okresów, które będą obejmowane podwyższonym wiekiem emerytalnym. Porównania z innymi krajami muszą uwzględniać istotne różnice w sytuacji demograficznej Polski i krajów, które osiągnęły znacznie wyższy poziom rozwoju społecznego (mierzony – HDI – Indeksem Rozwoju Społecznego UNDP, gdzie jedną z miar rozwoju społecznego jest przeciętne trwanie życia, obok poziomu solaryzacji – liczba lat nauki szkolnej i wielkości PKB *per capita*). Cechy rozwoju demograficznego Polski obserwowane współcześnie są inne niż w krajach wysoko rozwiniętych.

2. Różnica w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn.

W Polsce utrzymuje się różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn - w **2009** roku w krajach Europy Zachodniej (np. Niemcy, Włochy, Szwecja, Niderlandy, Wielka Brytania, Dania) różnica ta wynosiła **około 4,1 – 5.1 lat**, natomiast w krajach postsowieckich różnica ta kształtuje się na poziomie: od 8,3 (Węgry), 8,7 (Polska), 9,8 (Gruzja) do 11,3 (Litwa), 11,7 (Ukraina), 12,1 (Białoruś, 12,4 (Rosja). Wysokie różnice w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn są charakterystyczne dla krajów o niskim poziomie rozwoju, gdzie przeciętne trwanie życia jest istotnie krótsze, niż w krajach o wysokim poziomie rozwoju.

Wniosek: w Polsce osiągnięcie mniejszej różnicy (porównywalnej z krajami Europy Zachodniej) w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn wymaga szerokiego, wielonurtowego i wieloletniego działania w zakresie: polityki ludnościowej, w tym istotnej poprawy warunków życia, poprawy warunków i bezpieczeństwa pracy, bezpieczeństwa w ruchu komunikacyjnym, a także poważnej rozbudowy i szerokiego dostępu do usług ochrony zdrowia, w tym do tych funkcji ochrony zdrowia, które mają największy wpływ na ograniczenie niepełnosprawności i zaawansowanych stanów chorobowych (takich, jak promocja zdrowia i profilaktyka, rehabilitacja).

3. Stan zdrowia ludności Polski.

Stan zdrowia ludności kształtuje się pod wpływem warunków i poziomu życia, dostępu do usług ochrony zdrowia, w tym do profilaktyki, leczenia i rehabilitacji, a także warunków pracy i bezpieczeństwa w różnych dziedzinach życia społecznego i gospodarczego. Dla oceny zdolności poszczególnych generacji do pracy zarobkowej

istotne znaczenia ma nie tylko długość życia w ogóle, ale długość życia w zdrowiu i bez zdrowia. Według oszacowań Eurostatu (Europejski Urząd Statystyczny 2008 r.) w Polsce:

- **mężczyźni przeżywają w zdrowiu** (bez granicznej sprawności) **86%** długości życia, **kobiety 84 %**. Występują istotne różnice w długości życia, w tym w długości życia w zdrowiu między: poziomem wykształcenia i płcią regionami.

Osoby urodzone w 1977 roku w wieku 25 lat (rok badania 2002 r., obecnie ich wiek = 35 lat) mają szanse na dalsze życie w zdrowiu oraz na dalsze życie bez zdrowia w zależności od wykształcenia:

- z wykształceniem podstawowym	mężczyźni	$25+31 = 56,2^1 + 8,1$ (bez zdrowia) = 64,3 lat
„ „ „	kobiety	$25 + 41,9=66,9 + 10,8$ (bez zdrowia) = 77,8
z wykształceniem ZSZ	mężczyźni	$25+ 37,1= 62,1 +6,6$ (bez zdrowia)= 68,7
„ „ „	kobiety	$25+43,0=68+ 9,0$ (bez zdrowia)= 77 lat
z wykształceniem średnim	mężczyźni	$25+42,6= 67,6 +7,9$ (bez zdrowia)= 75,6 l
„ „ „	kobiety	$25+47,3= 72,3+9,2$ (bez zdrowia)= 81,5
z wykształceniem wyższym	mężczyźni	$25+48,7=73,7+6,6$ (bez zdrowia)= 80,3
„ „ „	kobiety	$25+52,6=77,6+9$ (bez zdrowia)= 86,6

Osoby z wyższymi poziomami wykształcenia żyją o kilka lat dłużej, w tym także żyją dłużej w zdrowiu, niż osoby z niskim poziomem wykształcenia. Wskazuje to, że znaczne obciążenie pracą fizyczną, w trudnych i uciążliwych warunkach pracy ma istotny wpływ na przeciętne dalsze trwanie życia w ogóle i dalsze trwanie życia w zdrowiu. W Polsce przeciętne dalsze trwanie życia dla generacji 1977 r. wynosi: 69,1 lat w zdrowiu i 9,7 lat bez zdrowia, ale jest ono silnie zróżnicowane ze względu m.in. na poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania. Występuje duże zróżnicowanie przeciętnego dalszego trwania życia ze względu na poszczególne regiony (np. mężczyźni ur. w 1977 roku w woj. lubelskim będzie żył w zdrowiu 66,6 lat, bez zdrowia 12,7 lat., a w woj. łódzkim: odpowiednio 69,1 lat życia w zdrowiu, 9,7 bez zdrowia. Przeciętny czas życia oraz czas życia w zdrowiu jest silnie zróżnicowany nie tylko ze względu na poziom wykształcenia (co najczęściej wiąże się z charakterem i warunkami pracy), ale także w zależności od regionu zamieszkania oraz wielkości miejscowości.

¹ Pierwsza pozycja wytłuszczonym drukiem oznacza dalsze trwanie życia w zdrowiu, druga pozycja wytłuszczonym drukiem oznacza dalsze trwanie życia ogółem - w zdrowiu i bez zdrowia. Np. pozycja pierwsza dotyczy mężczyzn z podstawowym wykształcenie, urodzonych w 1977 roku (dane dotyczą roku 2002, gdy analizowana generacja miała 25 lat. 25- letni mężczyzna - z wykształceniem podstawowym 25 ma do przeżycia w zdrowiu **+31 lat**, co daje razem wiek = **56,2 lat**, oraz **+ 8,1** (bez zdrowia) = **64,3 lat** – ogółem trwanie życia. Przeciętnie mężczyzna z 1977 roku z podstawowym wykształceniem zachowa zdrowie do 56 roku życia, dalsze 8 lat będzie żył bez zdrowia. Z punktu widzenia rynku pracy będzie nieużyteczny, bo bez zdrowia.

Z badań GUS z grudnia 2009 roku² wynika, że:

- **34%** ogółu badanych „swoje zdrowie oceniło poniżej poziomu dobrego”, w tym:

- w wieku **40- 49 lat – 35%**, w wieku **50-59 lat – 55%** badanych, w wieku **60-69 lat 72%**, Osoby starsze oceniają swój stan zdrowia zdecydowanie gorzej, niż osoby młodsze, podobnie, jak osoby z wyższym wykształceniem oceniają swój stan zdrowia zdecydowanie lepiej, niż osoby z niskim poziomem wykształcenia. Z tych samych badań GUS wynika, że

- **43% badanych zgłaszało istnienie chorób długotrwałych i przewlekłych** (trwających dłużej, niż pół roku). Choroby długotrwałe i przewlekłe częściej występują w mieście (45,2%), niż na wsi (39,4%), częściej dotyczą kobiet (47%), niż mężczyzn (39%).

Częstotliwość **występowania chorób długotrwałych i przewlekłych nasila się wraz z wiekiem**: dotyczy to **ponad 60% pięćdziesięciolatków, 79% sześćdziesięciolatków**. Wraz z wiekiem nasilają się też ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych z powodów zdrowotnych. Według badań GUS z 2009 roku dotyczy to - 5,2 mln osób w wieku 15 i więcej lat, tzn. blisko co 5 dorosły Polak ma ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych.. W przypadku 1,4 mln osób ograniczenia sprawności są tak daleko zaawansowane, że ich egzystencja zależy od pomocy innej osoby. **Co trzeci sześćdziesięciolatek odczuwa trudności w wykonywaniu zwykłych prac domowych**. Według definicji UE co piąty Polak został zaliczony do kategorii niepełnosprawnych, z tej grupy 1/3 (tj. 2,7 mln osób) ma poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności. Częstość **ograniczeń w wykonywaniu czynności gwałtownie rośnie wraz z wiekiem, szczególnie po osiągnięciu wieku 50 lat**. Według kryteriów UE wśród **pięćdziesięciolatków, co trzecia osoba została zaliczona do niepełnosprawnych**, wśród osiemdziesięciolatków 2/3 populacji. Polska należy do krajów, gdzie poziom niepełnosprawności jest zdecydowanie wyższy, niż w większości krajów Europy Zachodniej (tylko nieco wyższy niż w Polsce jest na Łotwie, Słowacji, Estonii, Węgrzech).

Z badań GUS wynika, że pod koniec 2009 roku liczba niepełnosprawnych (prawnie i subiektywnie)³ wynosiła 5,3 mln osób. **Niepełnosprawność „rośnie” wraz z wiekiem; w ogólnej liczbie badanych niepełnosprawni stanowili ogółem 13,9%,: w grupie wieku 50-69 lat 25%**, w wieku 70 lat i więcej lat **45,2%**. Występują istotne różnice udziału niepełnosprawnych w poszczególnych województwach. Blisko **78%** niepełnosprawnych posiada orzeczenie o niepełnosprawności, pozostałe 22 % nie ma takiego orzeczenia. **84%** osób niepełnosprawnych jest bierna zawodowo, **tylko co szósta osoba niepełnosprawna pracuje lub poszukuje pracy**. **Ponad 60% orzeczeń o znacznym stopniu niepełnosprawności posiadają osoby w wieku poprodukcyjnym**. Osoby niepełnosprawne

² Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku, GUS, Warszawa czerwiec 2011, badaniami objęto 24 tys. gospodarstw domowych.

³ Niepełnosprawny „prawnie” – odnosi się do osoby, która ma orzeczenie lekarza o niepełnosprawności. Niepełnosprawny „subiektywnie” t to osoba, która sama siebie określa jako osobę niepełnosprawną.

gorzej oceniają swój stan zdrowia, częściej występują u nich choroby długotrwałe i przewlekłe i długotrwałe, także częściej niż pozostałe osoby korzystają z pomocy medycznej.

Rośnie liczba osób, które pozostają w stałej **ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej**; w 2010 roku w Polsce było **to około 1,5 mln. osób**.

O złym stanie zdrowia świadczy też częste korzystanie z **leczenia szpitalnego**. Leczenie w szpitalach obejmuje głównie dwie grupy wieku: małe dzieci (0-4) oraz osoby w wieku 50 lat i więcej. Odsetek osób, które leczyły się w ostatnich 12 miesiącach w szpitalach wzrasta wraz z ich wiekiem. Odsetek osób w wieku 50-59 lat leczony w szpitalu wynosił w 2009 roku 12,8%, w wieku 60-69 lat – 18,3%. Osoby niepełnosprawne ponad 3-krotnie częściej leczone są w szpitalach, a osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi prawie 4-krotnie częściej. Najczęściej były to osoby w wieku powyżej 60 lat, niepełnosprawne i przewlekłe chore. Co ósma badana przez GUS osoba rezygnowała z wizyty u lekarza, chociaż jej potrzebowała. Główne powody rezygnacji z wizyt u lekarza to: długa lista oczekujących, brak czasu na wizytę, brak decyzji, brak pieniędzy, chęć „przeczekania” choroby. Z wizyt u lekarza znacznie częściej rezygnują osoby niepełnosprawne i mocno schorowane; główne powody rezygnacji to zbyt długa kolejka do lekarza i brak pieniędzy na opłacenie leczenia.

Wniosek.

Stan zdrowia ludności Polski powinien być ważnym argumentem w debacie o ustanowieniu górnej granicy wieku emerytalnego. Wysoki udział osób niepełnosprawnych, trwale i przewlekłe chorych, oceniających swój stan zdrowia, jako zły nie rokuje możliwości utrzymania ich w zatrudnieniu na rynku pracy także w obecnie obowiązującym wieku emerytalnym. Będzie to tym bardziej niemożliwe po wydłużeniu wieku emerytalnego do 67 lat. Ze względu na stan zdrowia osoby te będą pobierać renty z tytułu niezdolności do pracy lub/i zasiłki z pomocy społecznej.

Wszystkie badania i dostępne dane statystyczne wskazują, że wraz z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia, z postępującym procesem starzeniem się ludności powiększa się niepełnosprawność i niesamodzielność, rosną potrzeby w zakresie usług ochrony zdrowia, opieki i pielęgnacji. Nie maleje w Polsce liczba osób niepełnosprawnych. Niska jest jakość usług medycyny pracy. Trudno dostępna jest wciąż profilaktyka i rehabilitacja: w Polsce tylko w okresie zatrudnienia (w latach 1990-2010) około 2 mln osób stało się niepełnosprawnymi w takim stopniu, że utraciło zdolność do pracy (osoby te musiały „przejsć” na rentę inwalidzką). Wskazuje to na poważne błędy systemowe w zatrudnieniu, ochronie pracy, w organizacji systemu ochrony zdrowia, w tym w medycynie pracy, profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji. Celem tych systemów nie jest (nie powinno być) przecież „produkowanie” osób niezdolnych do pracy, niepełnosprawnych i niesamodzielnych, lecz utrzymanie najdłużej, jak jest to tylko możliwe, każdej osoby w

zdrowiu, oraz w miarę w pełnej sprawności oraz zdolności do pracy. Systemy orzekania o niepełnosprawności, o niezdolności do pracy są obciążone poważnymi błędami. W ochronie zdrowia i ubezpieczeniu społecznym nie ma skoordynowanych działań ograniczających niezdolność do pracy i niepełnosprawność.

4. Porównywanie Polski z krajami, w których projektuje się wydłużenie lub ustawowo dokonano wydłużenia obowiązku pracy przed uzyskaniem uprawnień do emerytury, nie znajduje uzasadnienia w faktach. Polska w porównaniu z krajami Europy Zachodniej jest krajem, który charakteryzuje się niskim poziomem dochodu społecznego. PKB na 1 mieszkańca (w PPS w EU-27 krajach) według Eurostatu wyniósł w 2010 roku 24 500 euro, zaś w 2009 roku – 23 600 euro. Średnia wartość PKB w PPS dla Polski w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2009 r. wyniosła 14 255 euro, co stanowiło 60.4% średniej dla 27 państw Unii Europejskiej. W 2010 roku wyniosła ona 14 673 euro, co stanowiło 59.9% średniej unijnej (EU 27). W 2007 roku PKB dla Polski w PPS stanowiło 54.4% średniej unijnej⁴.

5. Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są kilka razy niższe, niż w krajach, które wydłużają wiek emerytalny, co powoduje, że dostęp do usług ochrony zdrowia w Polsce, szczególnie do profilaktyki, leczenia i rehabilitacji oraz poziom usług jest istotnie bardziej ograniczony i gorszy niż w krajach, z którymi porównujemy się. To zaś powoduje, że przeciętne - dalsze prognozowane trwanie życia noworodków - jest w Polsce o 6-7 lat krótsze dla mężczyzn i o około 3-4 lata krótsze dla kobiet. Przeciętne trwanie życia jest skutkiem oddziaływania wielu czynników: warunków życia, dochodów per capita, powszechnej dostępności i poziomu usług ochrony zdrowia, warunków pracy, stanu ochrony pracy, organizacji i charakteru pracy, stanu bezpieczeństwa obywateli, w tym bezpiecznych warunków pracy i bezpieczeństwa socjalnego, stanu środowiska naturalnego, w tym środowiska w miejscu zamieszkania.

Udziały wydatków na ochronę zdrowia w PKB (%) w latach 2000–2005, w poszczególnych krajach kształtowały się różnie. Najwyższymi wskaźnikami charakteryzowały się: USA – ok. 15% (w latach 2002 – 2005), Szwajcaria – ponad 11% w latach 2002 – 2005 i Francja – ok. 11% - w latach 2004 – 2005, a także Belgia i Niemcy – ponad 10%. W latach 2004 – 2005 Polska – ze wskaźnikiem oscylującym w latach 2000 – 2005 wokół 6% - plasowała się na odległym miejscu zarówno wśród krajów OECD, jak i Unii Europejskiej, a nawet krajów Europy Środkowo-Wschodniej. W pomiarze wydatków na ochronę zdrowia istotne znaczenie ma udział wydatków publicznych. Udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia kształtował się w Polsce w wymienionym okresie od 70%

⁴ Najszybciej pod względem PKB *per capita* w PPS rozwija się woj. mazowieckie, które w 2010 r. osiągnęło 96% średniej dla EU-27. Porównując województwa najszybciej rozwijające się i najszybciej doganiające średnią dla krajów UE-27 (mazowieckie, łódzkie, dolnośląskie, wielkopolskie i śląskie) z tradycyjnie najsłabiej rozwiniętymi województwami, głównie z terenów wschodniej Polski (podkarpackim, lubelskim, podlaskim, śląskim i warmińsko-mazurskim), wyraźnie widać, że różnica pomiędzy najszybciej rozwijającymi się województwami, a tymi o zdecydowanie niższym tempie rozwoju w ostatnim dziesięcioleciu pogłębiła się

- 60%. (o dostępności usług ochrony zdrowia decyduje w zasadzie udział wydatków publicznych; im wyższy udział wydatków prywatnych tym większe nierówności w dostępie do usług ochrony zdrowia).

5. Współcześnie miarą zdolności do pracy jest nie tylko prognozowane dalsze trwanie życia noworodków, ale dalsze trwanie życia w zdrowiu. Polacy nie tylko żyją krócej o kilka lat, niż mieszkańcy Europy Zachodniej. Polacy żyją także krócej w zdrowiu. Pod tym względem Polska ma bardzo duże zaniechania. W polskim systemie ochrony zdrowia, nierzadko ratuje się życie, ale często pozostawia się człowieka na wiele dalszych lat życia niezdolnym do pracy, a nierzadko i do samodzielnej egzystencji. Winę za taki stan „ponoszą”; niskie nakłady publiczne na ochronę zdrowia, zła organizacja ochrony zdrowia nastawiona w pierwszej kolejności na leczenie (i na osiągnięcie zysku). W polskim systemie brak systemu oceny i kontroli jakości usług ochrony zdrowia. Celem nowoczesnej polityki ludnościowej (społecznej) jest nie tylko wydłużanie życia, lecz wydłużenie życia w zdrowiu, ochrona zdolności do pracy, sprawności oraz samodzielności życiowej. Według badań Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Polsce kobieta urodzona w roku 1977 (obecnie w wieku 35 lat) miała przeciętne prognozowane trwanie życia wynoszące **75,02** lat, z tego przeżywa **w zdrowiu 84% swojego życia w zdrowiu.** Dla **mężczyzn urodzonych w 1977 roku przeciętne trwanie życia wynosi, 67,27 z tego przeżywają w zdrowiu 86% życia.**

Problemem współczesnej Polski jest narastający problem niesamodzielności życiowej i niepełnosprawności, która czyni człowieka nie tylko niezdolnym do pracy, lecz w wielu wypadkach także niesamodzielnym tj. niezdolnym do samodzielnej egzystencji (tj. do wykonywania zwykłych czynności życiowych).

II. Uwarunkowania ekonomiczne przedłużenia wieku emerytalnego.

1. Stan zdrowia a warunki pracy. Praca źle zorganizowana, odbywająca się w złych warunkach, praca niedostosowana do możliwości psychicznych i fizycznych człowieka staje się ważnym czynnikiem obniżającym potencjalną zdolność do pracy. W Polsce warunki pracy są złe; liczba wypadków przy pracy w 2010 roku wynosiła 93,577 (w tym 444 śmiertelne). Wypadki przy pracy: w 2010 r. – liczba wypadków = 93 577, w tym kobiety 31,5% poszkodowanych, mężczyźni to 68,5% poszkodowanych. Wypadki w 2010 roku miały miejsce głównie w: górnictwie (17,82 na 1000 pracujących), przemyśle (13,07/1000), rolnictwie (13,04), rekultywacji (14,04), budownictwie (10,41), transporcie (9,39). Najwięcej poszkodowanych w wypadkach to mężczyźni w wieku 25-35 lat = 28,9%, oraz w wieku 45-54 lat = 25,1%. Poszkodowanych, w wieku 25-34 lat (31,7%) to górnicy, robotnicy budowlani, przemysłowi, operatorzy maszyn, kierowcy. Wśród kobiet

dominująca grupa poszkodowanych to osoby w wieku 45-54 lat (32,3%) – specjaliści nauk przyrodniczych, ochrony zdrowia oraz pracownicy handlu i usług. Największą grupę poszkodowanych w wypadkach śmiertelnych (31,4%) oraz z ciężkim uszkodzeniem ciała (28,7%) stanowili pracownicy w wieku 45-54 lat. Najmniej bezpieczną okazała się praca robotników: obróbki metali, mechaników, kowali, ślusarzy, spawaczy, monterów konstrukcji, górników i robotników budowlanych, kierowców, operatorów. Najwięcej ofiar śmiertelnych było w górnictwie i budownictwie (19,7%). 60,% wypadków to pracownicy o stażu do 3 lat. Wypadki w pracy spowodowały 3,9 mln dni niezdolności do pracy. W Polsce ponad pół miliona osób pracuje w warunkach zagrażających utratą zdrowia. Tylko w 2010 roku ZUS wydał ponad 5 mld zł na renty i odszkodowania z tytułu złych warunków pracy (wielkość wydatków nie obejmuje kosztów ponoszonych przez ochronę zdrowia i pracownika).

Wniosek. Stan ochrony i bezpieczeństwa pracy nie ulega w Polsce od 2000 roku. poprawie. Ograniczenie niepełnosprawności „nabywanej w pracy zawodowej” w Polsce wymaga innego podejścia do: 1/ zadań ochrony pracy, 2/ ponoszenia kosztów za skutki wypadku przy pracy i choroby zawodowe. Koszty zadośćuczynienia ofiarom wypadku oraz koszty skutków powinien ponosić ten podmiot, który przyczynił się do powstania wypadku lub choroby zawodowej. Pracodawca dopuszczający do wypadków i chorób zawodowych powinien opłacać bardzo wysokie składki, które spowodują, że działalność gospodarcza stanie się nierentowna. Systemowe oddzielenie ochrony zdrowia od systemu ubezpieczeń społecznych tworzy trudną sytuację dla pacjenta i ochrony zdrowia, powodując istotny wzrost kosztów funkcjonowania obu systemów. W RFN ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych kosztami wszystkich skutków wypadku i choroby zawodowej (leczenie, rehabilitacja, odszkodowanie, renta inwalidzka, rodzinna) obciążają kasę ubezpieczania wypadkowego, która czerpie dochody wyłącznie ze składek pracodawców. W Polsce w zasadzie nie istnieje skuteczny system prewencji i rehabilitacji zawodowej pozwalający osobom poszkodowanym na powrót do pracy. Problem ten nie istnieje w Polsce nawet w świadomości społecznej.

2. Zdolność osób w zaawansowanym wieku do wydajnej pracy.

Przedłużając ustawowy wiek emerytalny należy zadać pytanie: jak kształtuje się płaca i wydajność pracy w funkcji wieku pracownika? Zgodnie z zasadami ekonomii i gospodarki rynkowej wynagrodzenie pracownika równe jest krańcowej produktywności pracy. Zasadnym jest zatem twierdzenie, że po osiągnięciu pewnego maksimum płacy w przedziale wieku 40-55 lat w zależności od wykonywanego zawodu – wydajność

zatrudnionych spada, ale ich płace, obwarowane w normalnymi w cywilizowanym świecie regułami, cechuje pewna sztywność. W efekcie przedłużenia okresu zatrudnienia może dochodzić do takiej sytuacji, gdy wydajność krańcowa pracy zacznie być niższa od płacy, a więc "z danego nakładu kapitału" (włożonego na stworzenie miejsca pracy). Osiągany zatem jest efekt produkcyjny niższy niż poniesione nakłady na stworzenie miejsca pracy (zwraca na to uwagę Gary Becker w swoich studiach nad kapitałem ludzkim). W konsekwencji w skali makro otrzymuje się efekt po stronie PKB niższy, od możliwego, poza tym kreuje się lukę inflacyjną z tytułu produktu krańcowego pracy niższego od płacy. Natomiast otworzenie możliwości zatrudnienia młodszym, których wyższa i do pewnego wieku rosnąca wydajność – pozwoli otrzymać produkt stanowiący pokrycie zarówno dla płacy, jak i dla emerytury wypłacanej osobie, która miejsce pracy zwolniła. Spadek wraz z wiekiem wydajności pracy nie dotyczy bynajmniej tylko robotników pracujących przy maszynie, ale wszystkich możliwych prac (z pracą np. w urzędach włącznie). Zatem wydłużenie wieku emerytalnego może okazać się ekonomicznie nieuzasadnione⁵.

Wniosek. Wydłużenie wieku emerytalnego do 67 lat może przynieść z tytułu zwykłych zależności biologiczno-techniczno-ekonomicznych, więcej szkody po stronie PKB, któremu to wzrostowi w założeniu ma służyć, niż pożytku. Powstaje pytanie: czy autorzy projektu policzyli funkcje regresji wydajności pracy w zależności od wieku pracowników, w podziale na wykonywane rodzaje prac i zawody? To trudny rachunek, ale, jeśli poważnie traktować projektowaną reformę wieku emerytalnego, wręcz konieczny!

2. Sytuacja na rynku pracy a przedłużenie wieku emerytalnego. Trzeba zadać pytanie: czy na polskim rynku pracy jest miejsce dla osób w wieku powyżej 60/65 roku życia? Kreowana od ponad 20 lat w Polsce agresywna polityka monetarna utrwaliła stan bardzo wysokiego bezrobocia (przypomnijmy maj roku 2002, gdy poziom bezrobocia wynosił 21,2% (według wyników NSP 2002). Obniżający się stan bezrobocia w kilku ostatnich latach to bardziej skutek otwartego europejskiego rynku pracy, niż polityka zatrudnienia skoncentrowana na pełnym i racjonalnym wykorzystaniu zasobów pracy. Skutkiem tej polityki jest wysokie, utrwalone, w wielu rejonach kraju strukturalne bezrobocie (np. Szydłowiec na Mazowszu powyżej 37% bezrobotnych) oraz masowa emigracja zarobkowa, głównie młodzieży, ze wszystkimi jej negatywnymi skutkami, które będziemy odczuwać przez następne pokolenia. Gdyby reforma wieku emerytalnego powiązana była z fundamentalnymi zmianami w polityce monetarnej, walce z inflacją, sprzyjaniu wzrostowi podaży, konkurencji na rynku, tworzeniu nowych miejsc pracy, to niewątpliwie taką reformę można byłoby poważnie rozważyć. Tymczasem reforma wieku emerytalnego ma

⁵ Za: prof. S. Ryszard Domański, Wiek emerytalny. Maszynopis udostępniony w styczniu 2012 przez Autora.

utrwać wszystkie negatywne procesy wywołane restrykcyjną polityką monetarną, której dramatyczne skutki obserwujemy we wszystkich niemal dziedzinach (szczególnie na rynku pracy i w sytuacji demograficznej Polski).

Wniosek. Podniesienie wieku emerytalnego musi być powiązane z fundamentalnymi zmianami w polityce monetarnej, z walką z inflacją, sprzyjaniem wzrostowi podaży i konkurencji na rynku, **z tworzeniem nowych miejsc pracy**. Po zmianach w polityce gospodarczej można byłoby poważnie rozważać ewentualnie podniesienie wieku emerytalnego.

3. Umowy „śmieciowe”, „czarny” rynek pracy. Istotną przeszkodą w powszechnym zatrudnieniu osób w wieku niemobilnym jest rozpowszechnione w Polsce zatrudnienie, głównie osób młodych wstępujących na rynek pracy na tzw. umowach „śmieciowych”; pracodawca chętniej zatrudnia osoby młode, korzystając z możliwości pozyskania ich pracy za bardzo niskie wynagrodzenie. W sferze zatrudnienia polski rynek pracy działa w całym okresie transformacji w warunkach nadmiaru wysoko wykwalifikowanych, młodych, bardzo tanich pracowników. Z przyczyn demograficznych okres obfitości taniej pracy młodych pracowników na polskim rynku dobiega końca. W nadchodzących latach rynek pracy będzie zmuszony korzystać z zatrudnienia pracowników w starszych (niemobilnych) grupach wieku. Problem ten nie tylko nie jest rozwiązany, lecz wciąż pozostaje poza świadomością projektujących rozwiązania w polityce społecznej oraz pracowników i pracodawców. Zmiany w sytuacji demograficznej „wymuszają” być może na pracodawcach zatrudnianie pracowników w starszych grupach wieku, o innych niż młodzi kwalifikacjach, innych możliwościach adaptacji do zmieniającego się charakteru i warunków pracy. Trzeba jednak pamiętać, że przy otwartym rynku pracy starsi wiekiem pracownicy mogą być zastępowani imigrantami, co nie będzie sprzyjać ich zatrudnieniu. Problem ten wymaga bliższego zbadania oraz wskazania kierunków działań istotnie zmieniających sytuację osób zaliczanych do tzw. *niemobilnych* grup wieku (45+) na rynku pracy. Powszechnym problemem zatrudnienia stanie się dostosowanie miejsc pracy dla osób w wieku niemobilnym o zmniejszonych możliwościach pracy z powodu wieku i złego stanu zdrowia. **Przeszkodą w powszechnym zatrudnieniu osób w wieku niemobilnym, w przedłużeniu wieku aktywności zawodowej może okazać się zły stan zdrowia populacji.**

Wniosek. Upowszechnienie zatrudnienia młodych pracowników w tzw. formach „elastycznych” (śmieciowych) utrudnia pracownikom w wieku 50+ utrzymanie miejsc pracy. Podejmowane programy zmiany sytuacji okazały się całkowicie nieskuteczne (*silver economy*, 50+, itp.). Pracodawcy ze względów ekonomicznych zatrudniają na umowy

tymczasowe, młodych, tańszych i wydajniejszych pracowników; niż zatrudniać na umowy stale osoby starsze i doświadczone. Zmiana tej sytuacji wymaga wielu zmian w prawie, organizacji, instytucjach oraz wieloletniego konsekwentnego działania.

4. Sytuacja w kapitałowym systemie emerytalnym a przedłużenie wieku emerytalnego.

Należy zapytać: **czy po raz kolejny deklarujący wysokie emerytury i wysokie dochody w systemie emerytalnym – gwarantują wszystkim w wieku 50+ i 60+ pewne zatrudnienie, aż do ukończenia 67 lat?** _Czy być może chodzi o to, aby do emerytury kapitałowej „dożywało” jak najmniej ubezpieczonych, co byłoby doskonałym źródłem pewnych dochodów dla Powszechnych Towarzystw Emerytalnych. Czy być może w przedłużaniu wieku emerytalnego chodzi o utrzymanie wydajnego źródła dochodów dla osób i instytucji związanych z OFE, gdy wybitnie pomniejszy się liczba pobierających świadczenia? Czy w reformie przedłużenia wieku emerytalnego chodzi o dalszą ochronę zysków w OFE? Czy tylko o oszczędności w budżecie państwa?

Wydluzenie wieku musi być powiązane z całkowitą dobrowolnością przynależności do OFE, które musi stać się systemem dobrowolnym. Trzeba uchylić obligatoryjne uczestnictwo ubezpieczonych w funduszach emerytalnych. Wielu pracujących nie będzie zdolnych do pozostawania w pracy do 67 roku życia, będzie zatem musiało utrzymywać się z zasiłków dla bezrobotnych, lub zasiłków z pomocy społecznej; lub rent inwalidzkich, nie będzie zatem wpłat do OFE, pozostaną natomiast koszty „zarządzania zgromadzonym kapitałem”. Jaką więc część kapitału pochłoną „koszty zarządzania”?

Wniosek. Zmiana wieku emerytalnego musi być powiązana z likwidacją przymusowego uczestnictwa w OFE. To Powszechnie Towarzystwa Emerytalne, a nie budżet państwa muszą ponosić odpowiedzialność za skutki swojego działania

III. Uwarunkowania społeczne przedłużenia wieku emerytalnego.

1. Reforma odbywa się pod hasłami „równości” i „sprawiedliwości”. A więc równego wieku dla wszystkich pracujących i dla większości pełniących służbę. Prof. D. Koradecka (Dyrektor Centralnego Instytutu Ochrony Pracy, 3.01. 2012, GW) twierdzi, że: „wiek emerytalny powinien być równy dla wszystkich”. W tym przypadku mamy do czynienia z pomyleniem „przywileju” - z charakterem i warunkami pracy lub/i służby. W społecznym podziale pracy ważny jest każdy rodzaj pracy. Postulaty „zrównania” w prawie do emerytury wygłasza się podczas kampanii przeciwko: rolnikom, górnikom, nauczycielom, służbom mundurowym, „przywilejom „branżowym”. W rzeczywistości nie ma po prostu prac jednakowych; prace mają różny charakter, odbywają się w różnych warunkach, wymagają

określonych zdolności i sprawności umysłowych, manualnych, fizycznych lub szczególnych cech. Dlatego dążenie do „równości” i „sprawiedliwości” w zakresie ustanawiania jednakowych warunków emerytalnych do różnych, co do zasady prac zawodowych, należy niewątpliwie do kategorii społecznych utopii. Dlatego potrzebne są pogłębione analizy dotyczące warunków i charakteru pracy oraz ich wpływu na zdolność do pracy, w tym do pracy przedłużonej.

Wniosek. Społeczeństwo potrzebuje różnego charakteru prac i służb i musi za nie odpowiednio wynagradzać, a także musi pogodzić się z koniecznymi specjalnymi warunkami ich wykonywania oraz **różnymi uprawnieniami do wynagrodzenia w stanie spoczynku (emerytury).**

2. Wiek emerytalny a rynek pracy i bezrobocie

Młody człowiek nie może zaczynać dorosłego życia od roli bezrobotnego. Wysokie bezrobocie powinno skłaniać przede wszystkim do zatrudnienia osób wchodzących na rynek pracy. Ze względu na konieczność wprowadzenia ich w nowe role społeczne. Także e względów politycznych: niebezpieczeństwo różnych konfliktów i społecznych niepokojów z powodu wysokiego poziomu bezrobocia młodych.

3. Potencjał opiekuńczy rodziny. Wydłużanie wieku upoważniającego do uzyskania emerytury ogranicza potencjał opiekuńczy rodziny. W stosunku do najmłodszego (wnuków), jak i najstarszego pokolenia (rodziców, dziadków). Wszystkie informacje statystyczne wskazują, że w Polsce brakuje placówek opieki zarówno nad dziećmi, jak i nad osobami w wieku podeszłym oraz dla osób niesamodzielnych. Przymus dłuższego zatrudnienia wymaga zatem znacznej rozbudowy placówek oraz istotnie wyższego poziomu finansowania usług w placówkach opieki z funduszy publicznych. Zamiana rodzinnej opieki na opiekę instytucji nie tylko znacznie podwyższa koszty gospodarstwa domowego, ale także koszty ponoszone ze środków publicznych. Czy koszty te zostały policzone? Obniża także, w wielu przypadkach, jakość świadczonej opieki oraz bezpieczeństwo osób powierzonych opiece. Powoduje też istotne osłabienie spójności i więzi rodzinnych między starym i młodym pokoleniem (dziadków i wnuków). Ogranicza możliwości przekazywania wartości tradycji, kultury, wiary.

Zadania opieki na osobami niesamodzielnymi – w zastępstwie rodziny - muszą być finansowane głównie ze źródeł publicznych; są to środki samorządu gminy, miasta, powiatu, NFZ. Pozostawać będzie bardzo trudny problem koordynacji oraz kontroli świadczonych usług, bez tego instytucjonalizacja opieki prowadzić będzie do istotnego obniżenia jakości opieki oraz nieefektywnego wykorzystania środków (niechlubne przykłady urynkowania usług opieki dla osób starszych i niesamodzielnych).

Wydłużanie wieku emerytalnego musi wpływać na istotne zmiany w polityce rodzinnej państwa w zakresie opieki nad najstarszym i najmłodszym pokoleniem. Późniejszy wiek emerytalny ograniczy potencjał opiekuńczy rodziny. Osoby wydłużające czas aktywności zawodowej są pozbawione możliwości zapewnianie osobistej opieki swoim niesamodzielnym członkom rodziny. Osobista praca opiekuńcza członka rodziny może być oczywiście zastępowana usługami instytucji lub osób spoza rodziny, ale wpłynie to nie tylko na jakość opieki, ale także na istotny wzrost kosztów opieki realizowanej przez instytucje lub osoby spoza rodziny i kształtowanie więzi rodzinnych.

Wniosek. Wydłużanie wieku upoważniającego do uzyskania emerytury ogranicza potencjał opiekuńczy rodziny. W stosunku do najmłodszego (wnuków), jak i najstarszego pokolenia (rodziców, dziadków). Wszystkie informacje statystyczne wskazują, że w Polsce brakuje placówek opieki zarówno nad dziećmi, jak i nad osobami w wieku podeszłym. Przymus dłuższego zatrudnienia wymaga znacznej rozbudowy placówek oraz istotnie wyższego finansowania usług w tych placówkach z funduszy publicznych. Zamiana rodzinnej opieki na opiekę instytucji nie tylko znacznie podwyższa koszty prywatne (rodzin), także koszty ponoszone ze środków publicznych. Obniża także, w wielu przypadkach, jakość świadczonej opieki i bezpieczeństwo osób powierzonych opiece. Powoduje też istotne osłabienie spójności i więzi rodzinnych między starym i młodym pokolenie (dziadków i wnuków). Zadania opieki – w zastępstwie rodziny - muszą być finansowane głównie ze źródeł publicznych; środki samorządu gminy, miasta, powiatu, NFZ. Brak koordynacji oraz kontroli świadczonych usług prowadzi do istotnego obniżenia jakości opieki oraz nieefektywnego wykorzystania środków.

IV. Uwarunkowania prawne przedłużenia wieku emerytalnego.

Wprowadzenie wieku emerytalnego dla osób urodzonych w latach 50. i następnych, w tym pracujących w rolnictwie i sektorze pozarolniczym tworzy sytuację nierówności w traktowaniu obywateli – służby mundurowe, według g zapowiedzi rządowych, będą korzystać z ochrony praw w trakcie nabywania (konwencja MOP nr 157, 1982 r.). Dla służb mundurowych zapowiadana zmiana ma dotyczyć tylko tych, którzy wstąpią do służby po uchwaleniu nowego prawa emerytalnego. Tymczasem w stosunku do osób pracujących w rolnictwie i poza rolnictwem nie tylko nie chroni się praw w trakcie nabywania, ale dla wielu z nich nie ma nawet ochrony praw nabytych. Ochrona praw nabytych, to fundament zaufania do państwa i jego instytucji oraz podstawa bezpieczeństwa socjalnego obywateli, które stanowi podstawowy warunek ochrony przed ubóstwem.

Wnioski końcowe.

Prawo i Sprawiedliwość **nie może udzielić poparcia zapowiedzianej przez rząd zmianie ustawowego wieku emerytalnego polegającej na podwyższeniu o 2 lata dla mężczyzn i o 7 lat (sic!!!) dla kobiet** z następujących względów:

- demograficznych- niższy wiek przeżycia, niskie czas życia w zdrowiu, zły stan zdrowia, wysoki udział niepełnosprawnych, .

- społecznych i ekonomicznych: nie ma pracy dla młodych, a prowadzona polityka monetarna i zła gospodarcza wskazuje, że takiej pracy nie będzie (nawet Fundusz Pracy zawłaszczany jest przez Ministra Finansów). Rozpowszechnione są umowy tzw. „śmieciowe” sztuczne „samozatrudnienie”. Bezrobocie dotyka w Polsce przede wszystkim ludzi młodych i osób w wieku 50+. Młodzi emigrują do pracy zarobkowej za granicą (poprzedni NSP wykazał, że wyemigrowało 780 tys., ostatni NSP 2011 wykazał, że 1140 tys. wyjechało na stałe) można szacować, że zbliżona liczebnością grupa to emigranci, którzy jeszcze nie osiedlili się na stałe w krajach, w których nierzadko od wielu miesięcy/lat mieszkają i zarobkują. Starsi pracownicy, gdy tracą pracę to na ogół jej nie odzyskują (bez względu na status zawodowy przed utratą pracy). Wysokie bezrobocie: powyżej 13,3%, Szeroki „czarny rynek” pracy, istotnie niższy niż w 15/UE jest współczynnik zatrudnienia: około 65%. Dlatego najpierw potrzebne są reformy zmieniające sytuację na rynku pracy. Dające gwarancję zatrudnienia tak starszym, jak i młodym pracownikom. Przedłużanie zatrudnienia to istotne utrudnienia w modernizacji kraju i gospodarki.

- **Wydolność finansowa systemu emerytalnego zależy od sytuacji na rynku pracy oraz od rozwoju gospodarki.** Nie prowadzi się w Polsce debaty nt. OFE oraz zasad wymiaru emerytur kapitałowych, które obniżą od 2014 roku wymiar emerytury przyznawanej do 2009 roku o około połowę.

- PiS opowiada się za szeroką merytoryczną debatą społeczną na temat wieku emerytalnego oraz możliwości i warunków tej zmiany. Nie można poprzeć tej zmiany:

- bo nie uwzględnia sytuacji i zmian w sytuacji demograficznej – istotnie odmiennych niż w krajach Europy Zachodniej (krótszy przeciętny czas trwania życia, istotnie gorszy stan zdrowia, niski poziom urodzeń, wysoki poziom zgonów),

- W Polsce nie ma skutecznych rozwiązań społecznych, systemowych zastępujących rodziny w funkcji opieki nad najmłodszym i najstarszym pokoleniem; powstaje też ważny w społeczeństwie demokratycznym problem uzyskania społecznej zgody na zastąpienia opieki rodzinnej opieką instytucji, a także wielokrotnie wyższych kosztów opieki instytucjonalnej,

- nie ma jeszcze wydanych zaleceń UE w sprawie wydłużenia wieku emerytalnego (mają być w marcu!). Trzeba pamiętać, że w sprawach systemu zabezpieczenia społecznego w UE

obowiązuje zasada otwartej koordynacji, co oznacza, że każde państwo samodzielnie określa swoje warunki i możliwości w zakresie systemu zabezpieczenia społecznego, w tym systemu emerytalnego. W Unii Europejskiej obowiązuje zasada otwartej koordynacji w systemie zabezpieczenia społecznego – KE nie może wchodzić w kompetencje poszczególnych krajów członkowskich w zakresie zabezpieczenia społecznego.

Co PiS może popierać:]

- każdy powinien mieć możliwość odchodzenia na emeryturę wówczas, gdy jego sytuacja zdrowotna, zawodowa oraz rodzinna pozwala mu na zakończenie pracy zawodowej (wiele osób z tego korzystało, gdy były takie możliwości),

- jesteśmy przeciwni tworzeniu przymusu, którego powody są całkowicie niejasne dla społeczeństwa, nieuzasadnione ekonomicznie, społecznie, demograficznie, sprzeczne z obowiązującymi w UE normami. Są one także nieracjonalne w świetle badań dotyczących złego stanu zdrowia wielu osób w wieku przed emerytalnym;

- opowiadamy się za tworzeniem zachęt, a przede wszystkim warunków do przedłużania pracy zawodowej,

- opowiadamy się za merytoryczną debatą, która wyjaśni wszystkie uwarunkowania i konsekwencje przedłużenia wieku emerytalnego.

J. Hrynkiewicz

Luty 2012

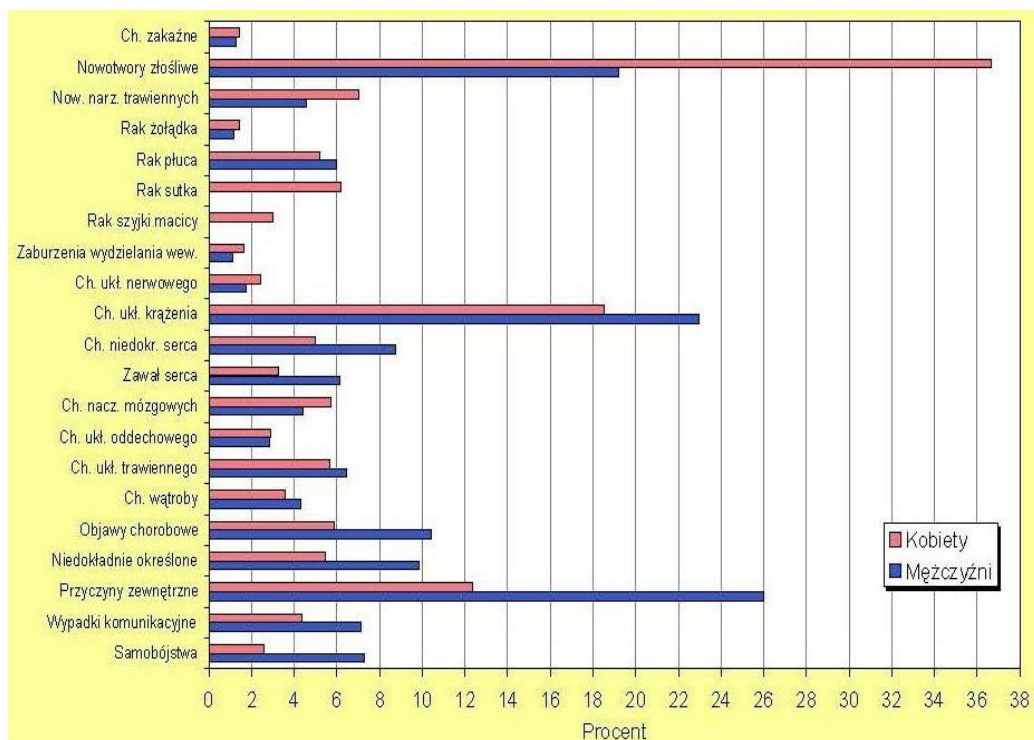
Uwaga:

Dla ciekawych:

Na kolejnych stronach znajduje się fragment opracowania oraz tabele: Z artykułu prof. Anny Wilkowskiej (przekazany do druku w książce pod moja redakcją, a więc nie do nie do publikacji)

J.Hrynkiewicz

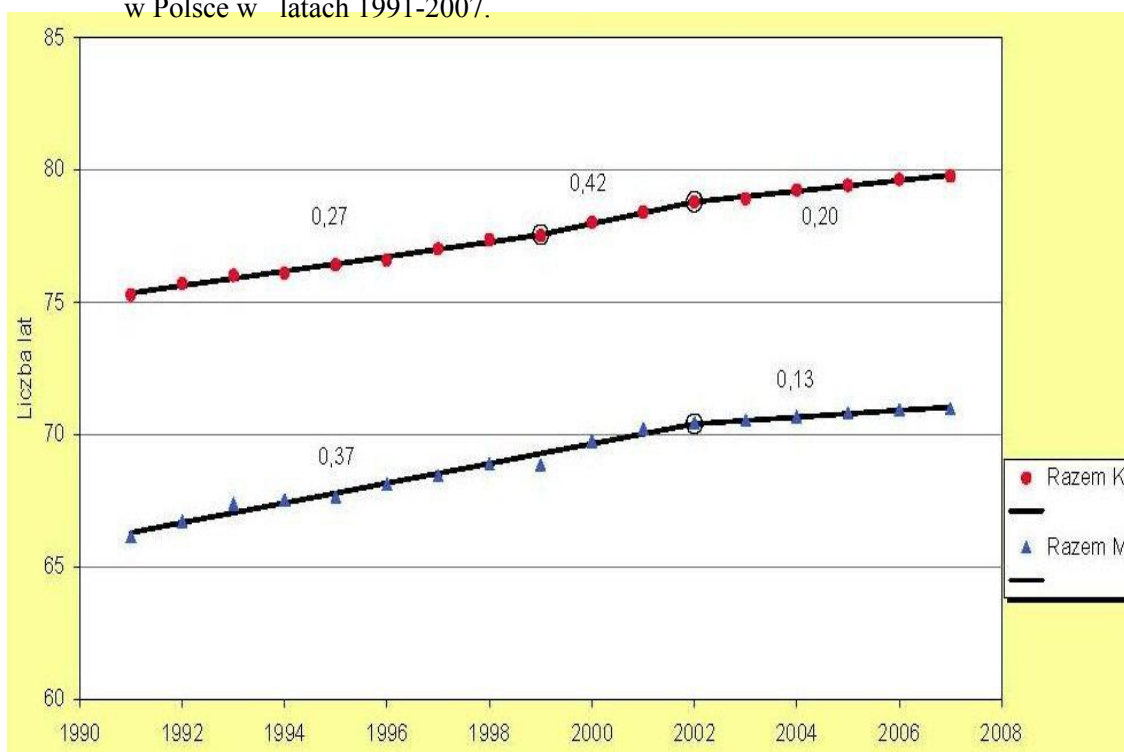
Ryc. 3. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2006 r.



Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

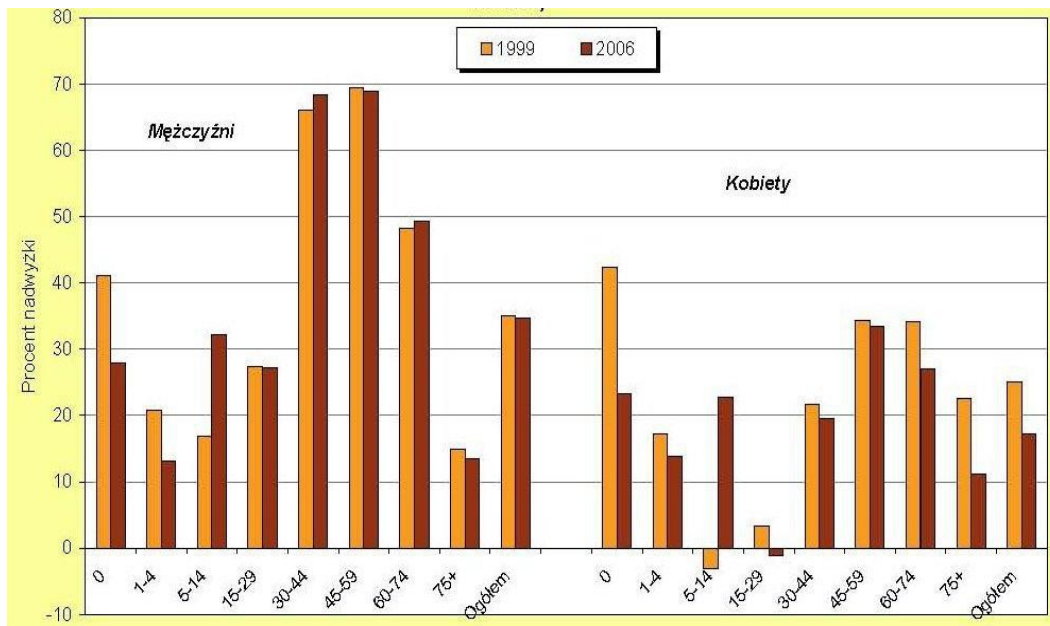
Przeciętne dalsze trwanie życia wzrasta od roku 1991; wzrost ten uległ spowolnieniu po 2002 r. W 2007 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 71 lat, a kobiet 79,7 lat.

Ryc. 4. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej i żeńskiej w Polsce w latach 1991-2007.



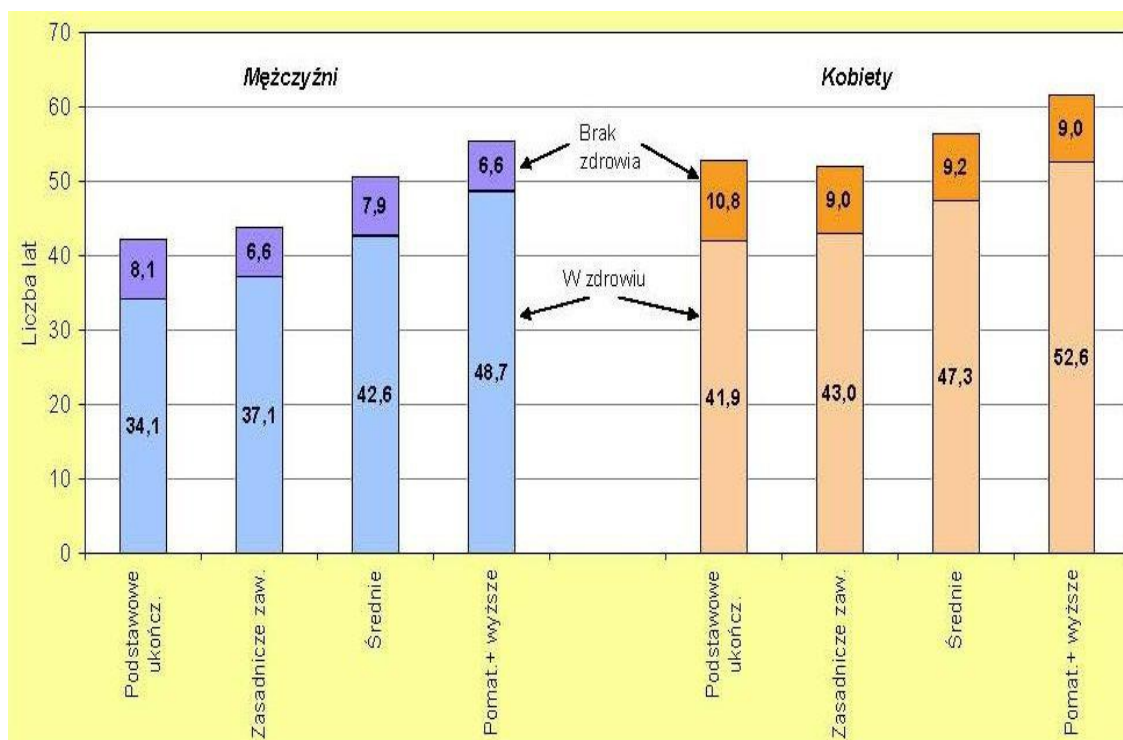
Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008.

Ryc. 5 „Nadwyżka” (%) umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w 27 krajach UE w grupach wieku w 1999 i 2006 r.



Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008 (na podstawie danych WHO HFA DB)

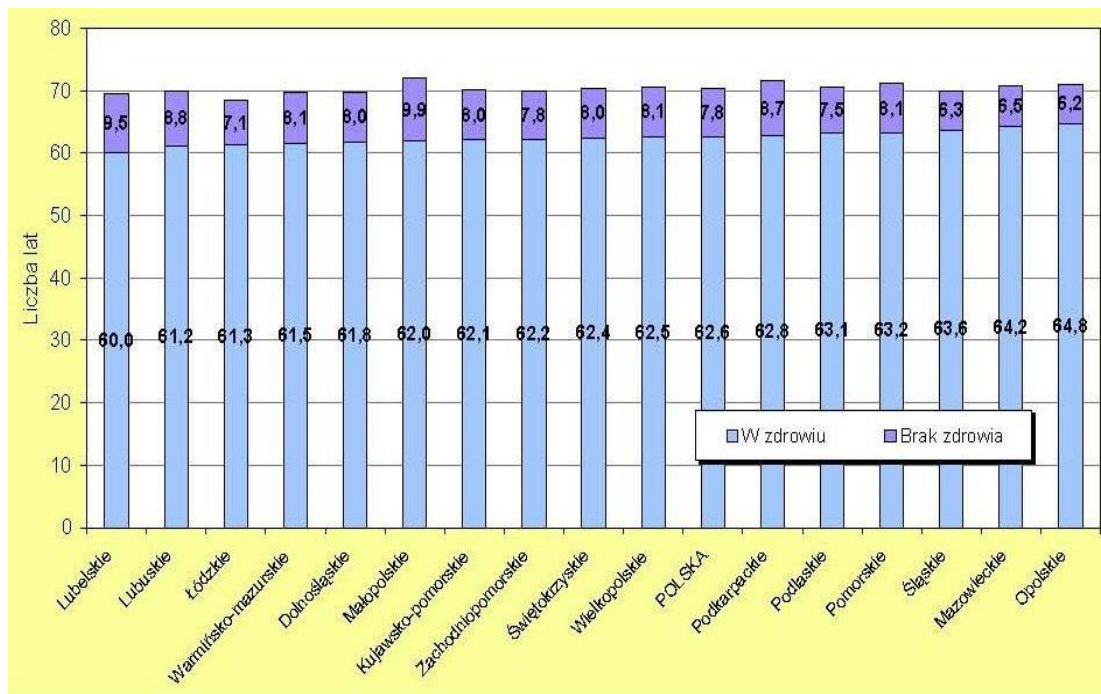
Ryc. 6. Przedstawia dane dotyczące przeciętnego dalszego trwania życia w zdrowiu i przy jego braku osób w wieku 25 lat wg płci i poziomu wykształcenia, 2002 r.



Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008.
Obliczenia własne z uwzględnieniem wyników NSP (2002).

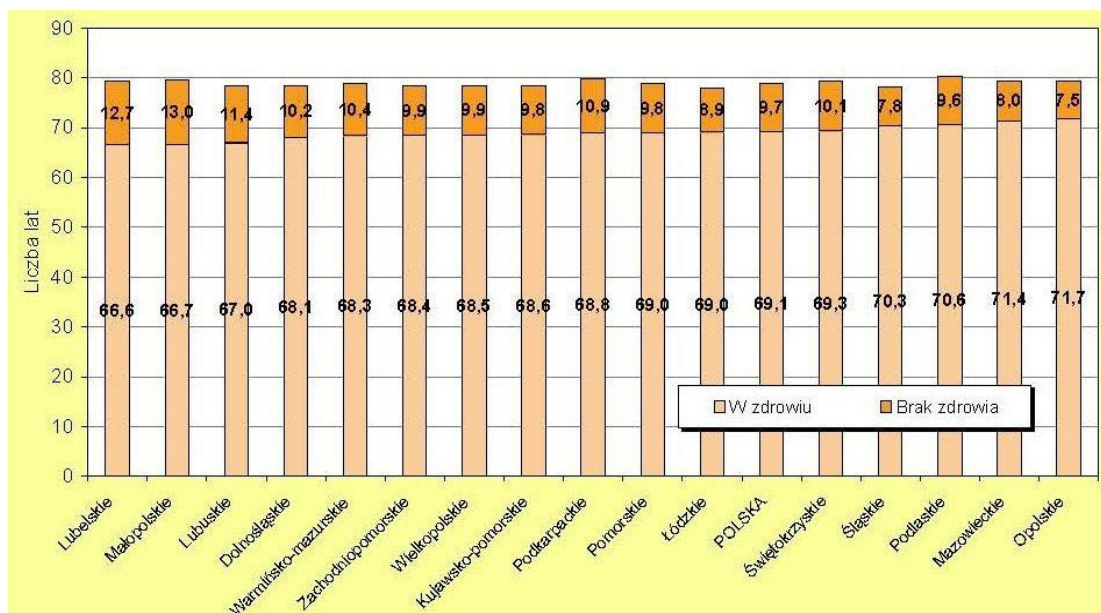
Według oszacowań Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez granicznej sprawności) 86 % długości życia, a kobiety 84 % (ryc. 7). Ryc. 7 przedstawia dane dotyczące przeciętnego dalszego trwania życia w zdrowiu mężczyzn i przy jego braku wg województw w 2002 r. Obliczenia własne z uwzględnieniem wyników NSP 2002.

Ryc. 7. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w zdrowiu i przy jego braku według województw w 2002 r.



Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008.

Ryc. 8. Przeciętne trwanie życia mężczyzn w zdrowiu i przy jego braku według województw 2002 r.



Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008.

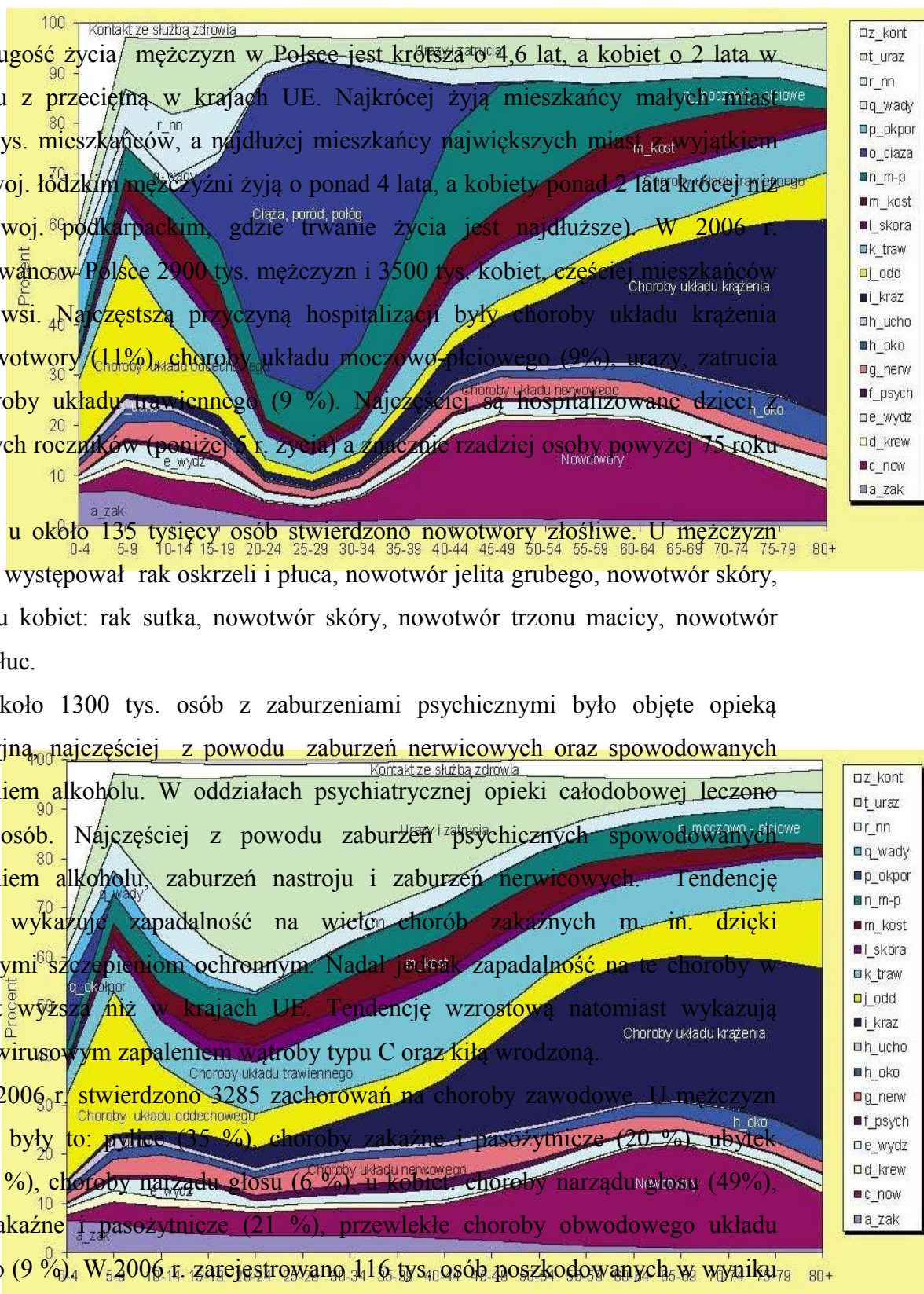
Długość życia mężczyzn w Polsce jest krótsza o 4,6 lat, a kobiet o 2 lata w porównaniu z przeciętną w krajach UE. Najkrócej żyją mieszkańcy małych miast poniżej 5 tys. mieszkańców, a najdłużej mieszkańcy największych miast z wyjątkiem Łodzi (w woj. łódzkim mężczyźni żyją o ponad 4 lata, a kobiety ponad 2 lata krócej niż osoby w woj. podkarpackim, gdzie trwanie życia jest najdłuższe). W 2006 r. hospitalizowano w Polsce 2900 tys. mężczyzn i 3500 tys. kobiet, częściej mieszkańców miast niż wsi. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były choroby układu krążenia (16%), nowotwory (11%), choroby układu moczowo-płciowego (9%), urazy, zatrucia (9%), choroby układu trawiennego (9%). Najczęściej są hospitalizowane dzieci z najmłodszych roczników (poniżej 5 r. życia) a znacznie rzadziej osoby powyżej 75 roku życia.

W 2005 r. u około 135 tysięcy osób stwierdzono nowotwory złośliwe. U mężczyzn najczęściej występował rak oskrzeli i płuca, nowotwór jelita grubego, nowotwór skóry, natomiast u kobiet: rak sutka, nowotwór skóry, nowotwór trzonu macicy, nowotwór oskrzeli i płuc.

Około 1300 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi było objęte opieką ambulatoryjną, najczęściej z powodu zaburzeń nerwicowych oraz spowodowanych nadużywaniem alkoholu. W oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej leczono 209 tys. osób. Najczęściej z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych nadużywaniem alkoholu, zaburzeń nastroju i zaburzeń nerwicowych. Tendencję spadkową wykazuje zapadalność na wiele chorób zakaźnych m. in. dzięki prowadzonym szczepieniom ochronnym. Nadal jednak zapadalność na te choroby w Polsce jest wyższa niż w krajach UE. Tendencję wzrostową natomiast wykazują zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C oraz kiłą wrodzoną.

W 2006 r. stwierdzono 3285 zachorowań na choroby zawodowe. U mężczyzn najczęściej były to: pylice (35%), choroby zakaźne i pasożytnicze (20%), ubytek słuchu (13%), choroby narządu głosu (6%), u kobiet: choroby narządu głosu (49%), choroby zakaźne i pasożytnicze (21%), przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (9%).

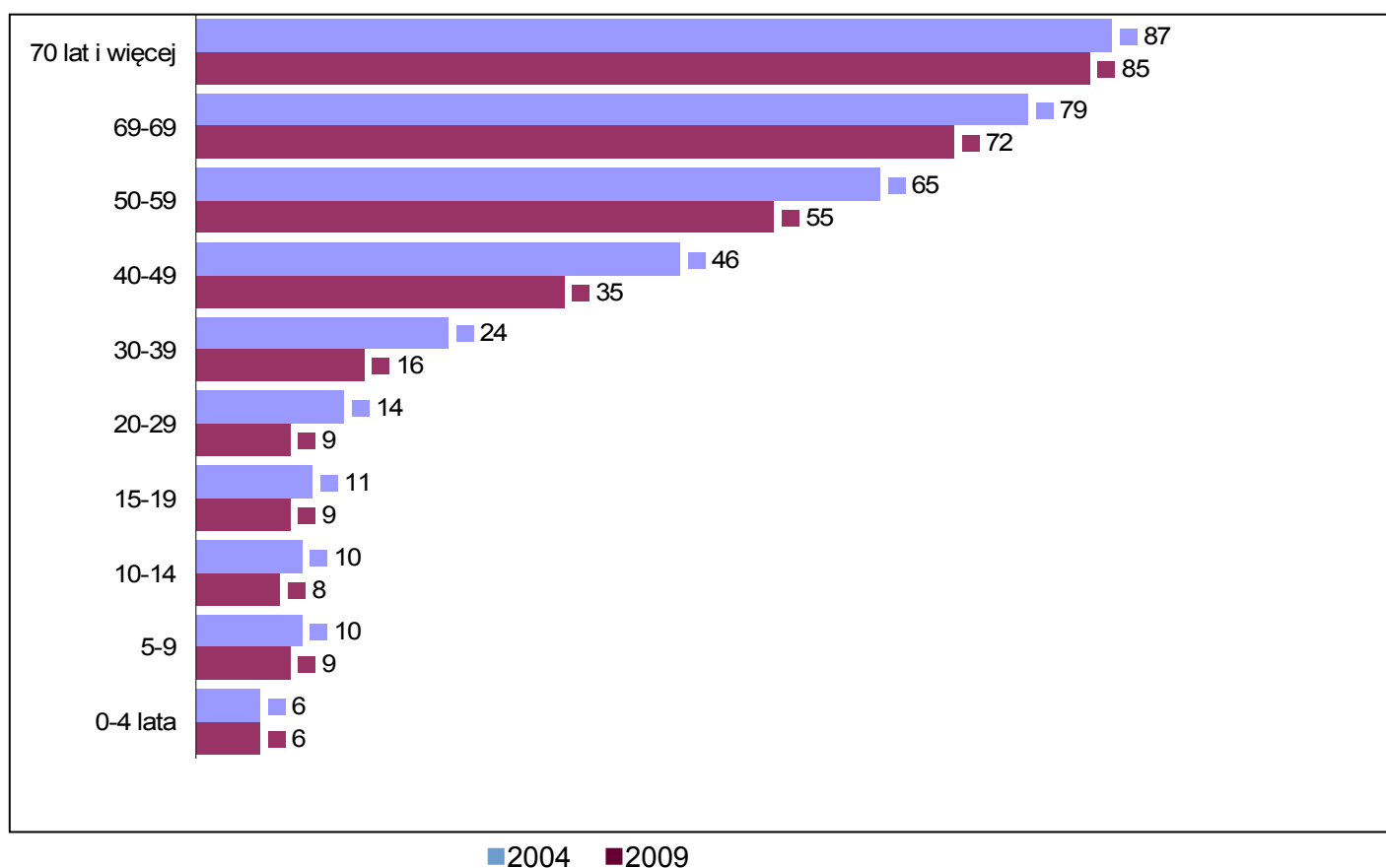
W 2006 r. zarejestrowano 116 tys. osób poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, w tym 616 śmiertelnych. W roku 2007 zginęło w Polsce w wypadkach drogowych 5583 osób, z przewagą pieszych wśród ofiar śmiertelnych. Także wysoki odsetek ofiar śmiertelnych wypadków stwierdzono w obszarach zabudowanych (43,8%). Na 100 wypadków w 2007 r. zginęło przeciętnie 11,3 osób.



Z raportu GUS (2011) „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.” wynika, że w ostatnich latach subiektywnie oceniany stan zdrowia Polaków istotnie się poprawił. W 1996 r. poniżej poziomu dobrego swoje zdrowie oceniło 45 %, w 2004 r. 39 %, w grudniu 2009 roku tylko 34% Polaków. Kobiety znacznie częściej oceniały stan swojego zdrowia poniżej dobrego (37 %) w porównaniu z mężczyznami (31 %). Stwierdzono zmniejszenie się dysproporcji w subiektywnej ocenie stanu zdrowia wśród mieszkańców miast i wsi. W 2009 roku 34% mieszkańców miast i wsi stwierdziło, że ich zdrowie nie jest dobre. Najlepsze opinie o stanie swojego zdrowia w 2009 roku wypowiadali mieszkańcy województw: pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i podkarpackiego.

Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według wieku w 2004 r. i 2009 r. w % przedstawia ryc.9 stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.

Ryc. 9.



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. (Dane GUS)

Stwierdzono również, iż osoby o wysokim poziomie wykształcenia lepiej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby o niższym wykształceniu. Pomimo wyraźnej poprawy oceny stanu zdrowia przez dorosłych Polaków w przeprowadzonych przez GUS badaniach stwierdzono, że tylko 2/3 dorosłych Polaków oceniło stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry w porównaniu z Holandią, Wielką Brytanią, Szwecją, Grecją gdzie taki stan zdrowia deklarowało ponad 75% osób dorosłych, a w Irlandii, Szwajcarii i Islandii ponad 80% dorosłych mieszkańców. Natomiast gorszy stan zdrowia niż Polacy deklarują mieszkańcy Litwy, Łotwy, Estonii, Węgier i Portugalii.

2. Występowanie chorób przewlekłych.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych częściej stwierdzono u kobiet niż u mężczyzn. Dotyczyły częściej mieszkańców miast niż wsi. Występowanie chorób przewlekłych stwierdzono w 2004 r u 53 % ludności Polski, a w 2009 u 55 % częściej u kobiet niż u mężczyzn bez względu na miejsce zamieszkania. Częstość ich występowania wzrastała wraz z wiekiem, a gwałtownie po 50 roku życia.

Najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi u osób dorosłych były w 2004 roku : - nadciśnienie tętnicze – 17 %, choroby kręgosłupa lub dyskopatie – 15,5 %, choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe – 13,8 %, choroba wieńcowa – 8,6 %, migrena lub częste bóle głowy – 8,0 %, nerwica lub depresja – 7,4 % badanej zbiorowości. Kobiety częściej niż mężczyźni chorowały na nadciśnienie i chorobę wieńcową (bez zawału), choroby kręgosłupa lub dyskopatie, migrenę i częste bóle głowy, choroby stawów oraz nerwicę i choroby tarczycy. Wśród mężczyzn natomiast częściej występuje choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, choroba wieńcowa z przebyłym zawałem a także nieznacznie częściej udar lub wylew krwi do mózgu oraz padaczka.

Najczęściej stwierdzonymi w badaniu w 2004 roku chorobami w poszczególnych grupach wieku były:

- 15 – 19 lat alergia, migrena lub częste bóle głowy, schorzenia kręgosłupa, a także dolegliwości nerwicowe lub depresja,

- w wieku 20-29 lat poza wyżej wymienionymi wyraźnie wzrastała częstość występowania przewlekłych chorób skóry oraz tarczycy,

- w wieku 30-39 lat częściej stwierdzało się chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, jak również przewlekłe zapalenie stawów,

- w wieku 40 – 49 lat częściej niż u młodszych stwierdzono nadciśnienie tętnicze, dwukrotnie częstszą zachorowalność na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, coraz częściej także stwierdzono chorobę wieńcową,

- w wieku 50 – 59 lat wyraźnie zwiększyła się liczba osób z nadciśnieniem tętniczym oraz częstymi bólami głowy lub migrenami, stanami nerwicowymi lub depresją,

- powyżej 60-ego roku życia coraz liczniejsza była grupa osób chorujących na choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa itp.), narządu ruchu (kręgosłup lub stawy), cukrzycę oraz choroby oczu, głównie zaćmę.

Natomiast w 2009 roku:

- w wieku 15-29 lat- astma , alergia, bóle głowy i bóle pleców, 30-39 poza poprzednio wymienionymi chorobami nadciśnienie tętnicze,

- po 40 roku życia –nadciśnienie tętnicze, choroby kości i stawów, bole pleców, choroba wrzodowa,

- po 60 r. życia –choroby układu krążenia, stawów, cukrzyca, choroby tarczycy, układu moczowego, zaburzenia psychiczne.

W badaniach prowadzonych w 2000 r. pod kierunkiem B. Synaka, B. Bień wskazuje na charakterystyczną dla wieku podeszłego wielochorobowość. Aż 63% badanej grupy ludzi starych uskarżało się na trzy lub więcej dolegliwości. Byli to głównie mieszkańcy wsi, kobiety i osoby po 75 r. życia. W wieku starszym głównymi schorzeniami były choroby układu kostno-stawowego i układu krążenia oraz typowe zespoły geriatryczne takie jak zaburzenia równowagi z upadkiem, nietrzymanie moczu czy zaburzenia pamięci. Istotne również zaburzenia funkcji poznawczych. Osoby z zespołem otępiennym stanowią około 10 % wszystkich osób po 65 roku życia. Stan zdrowia i sprawność osób z otępieniem są znacznie gorsze niż osób sprawnych intelektualnie.

W badaniach prowadzonych przez Instytut Spraw Publicznych w 2008 r. wyniki badań samooceny stanu zdrowia Polaków nie odbiegają znacząco od innych badań w tym zakresie. Z przeprowadzonych w 2004 r. badań wynika, że w miarę upływu lat pogarsza się sprawność narządów wzroku, słuchu i narządu ruchu. Upośledzenie funkcji narządu wzroku zgłaszało 40 % dorosłych Polaków, z czego u 36 % ostrość wzroku uległa poprawie po zastosowaniu szkieł korekcyjnych. Upośledzenie funkcji narządu słuchu zgłaszało 4 % ogółu osób dorosłych, ale aż co piąta osoba powyżej 70 roku życia. 1,7 % osób stosuje korekcję aparatem słuchowym. Upośledzenie funkcji narządu ruchu zgłaszało 4 % osób. Najczęściej problemy upośledzenia funkcji narządu ruchu występowały u osób starszych. Kłopoty z samodzielnym wyjściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro) zgłaszała co 20-ta osoba dorosła, w tym co 12-ta osoba 60-letnia i co czwarta 70-letnia. Badano również zdolność do samoobsługi, czyli do wykonywania czynności dnia codziennego. Zgodnie z uogólnionymi na populację osób dorosłych wynikami tego badania „ponad 2 mln osób dorosłych nie może przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Ponad 700 tys. osób nie jest w stanie samodzielnie się umyć, a ponad 350 tys. osób nie ubierze i nie rozbierze się samodzielnie. Prawie ćwierć miliona osób musi mieć pomoc, aby wstać czy położyć się do łóżka, a ponad 100 tys. osób nie zje samodzielnie posiłku i musi być karmiona. Ponadto 200 tys. osób nie może samodzielnie korzystać z ubikacji, a ponad

300 tys. nie odkręci kurka od gazu czy kranu. Są to osoby, które całkowicie lub przynajmniej ponad 475 tys. z samodzielnym spożywaniem posiłków.

Rodzice badanych dzieci sygnalizowali występowanie co najmniej jednej choroby przewlekłej u ok. 23 % dzieci w wieku 0-14 lat w 2004 roku i u 28% w 2009 roku. Na choroby przewlekłe częściej chorowały dzieci mieszkające w mieście niż na wsi. Najczęstszym schorzeniem były schorzenia alergiczne 9% w 2004 roku i 17 % w 2009 r. schorzenia narządu wzroku (3,7%) to 2004 i 4% w 2009 r oraz astma oskrzelowa 3,1% w obydwu badaniach.

Prawie u 27 % dzieci stwierdzało się zaburzenia wzroku oraz mowy. U 6 % badanej w 2004 roku populacji dzieci w wieku 0-14 lat występowały wrodzone wady rozwojowe w tym wady układu krążenia u 27,2 % dzieci z wrodzoną wadą rozwojową, a wady układu mięśniowo-kostnego u 15 % dzieci. Oszacowano na podstawie badań GUS, że co piąty uczeń wymaga opieki lekarskiej z powodu chorób przewlekłych.

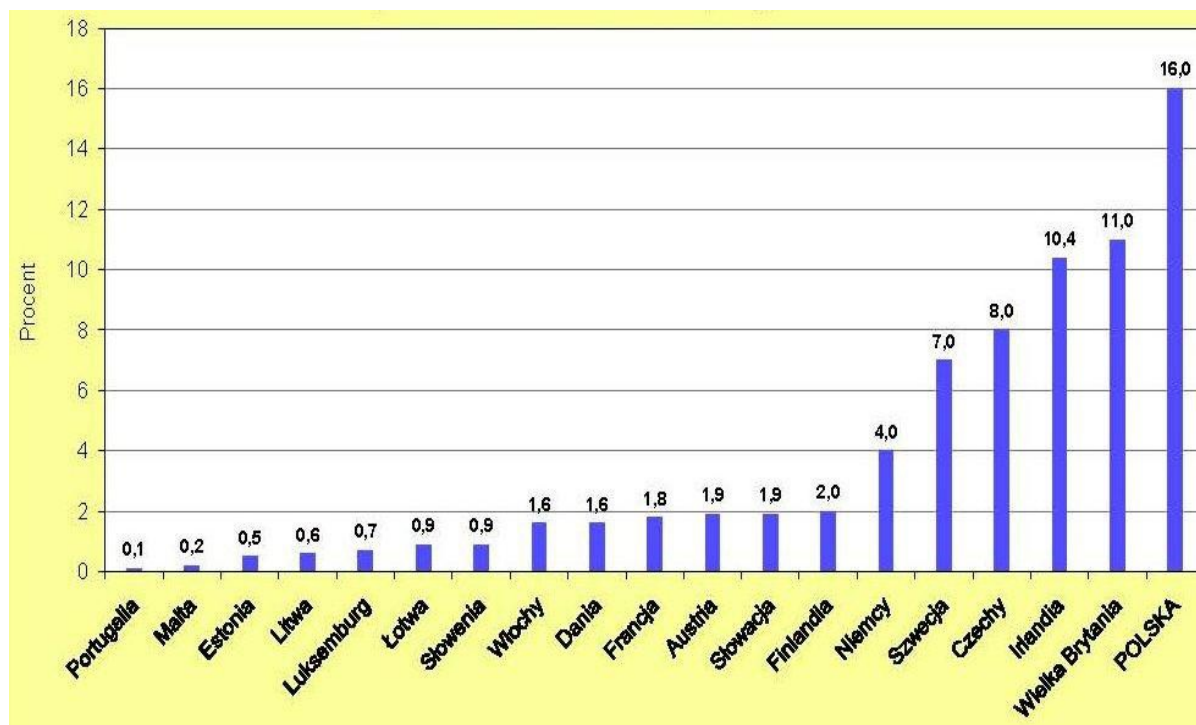
3. Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji

Każdy stan chorobowy niezależnie od jego przyczyny i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej.

Niepełnosprawność wg Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.

Niesamodzielnność o wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób innych w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego.

Ryc. 10. Udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu ludności w wieku produkcyjnym w krajach UE w 2006 r.

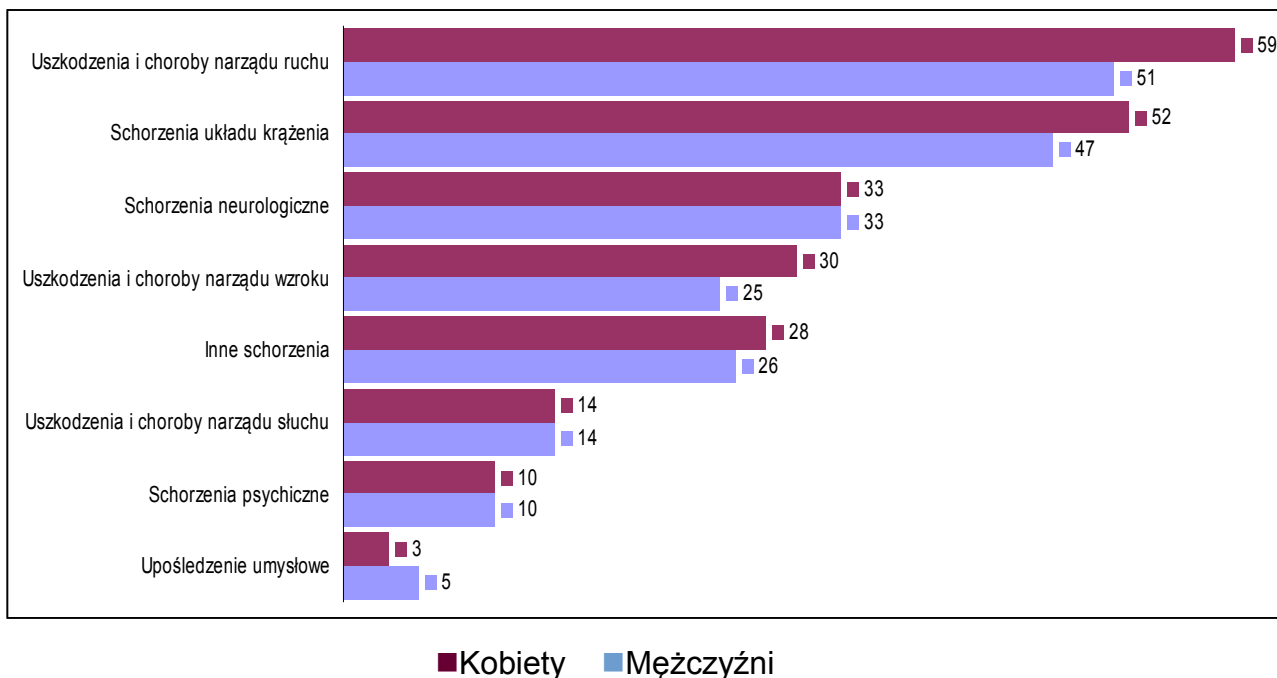


Dane: STUDY FINANCED BY DG EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND EQUAL OPPORTUNITIES (CONTRACT .NO VC/2006/0229 – EUR 363,268.42). Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa przejawia się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne i schorzenia psychiczne. Towarzyszy temu zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych, oraz, które ze względu, na stopień zaawansowania schorzeń i upośledzenia funkcji organizmu wymagają stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego. Postęp w dziedzinie nauk medycznych powoduje wydłużenie trwania życia i zwiększanie się odsetka osób w wieku starszym. Rosnące oczekiwania lepszej jakości życia i zmieniająca się sytuacja rodziny powodują, że niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji stały się w Polsce problemem społecznym. Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich (ryc. 10). W Polsce w roku 2004 - 4 600 000 osób legitymowało się orzeczeniem o niepełnosprawności, a w 2009 roku 4 155 000 osób, w tym w stopniu lekkim – 1,8 miliona (2004), 1,2 miliona (2009) osób, umiarkowanym

– 1,6 mln osób (2004) i 1,5 mln (2009) oraz znacznym 1,3 mln (2004 i 2009). Najczęściej występujące schorzenia w grupie dorosłych osób niepełnosprawnych przedstawia ryc. 10 (w kolejności: mężczyźni, kobiety).

Ryc. 11. Występowanie grup schorzeń u osób niepełnosprawnych (w %). W 2009 roku



Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski w 2009 r. GUS, Warszawa 2011.

Liczba dzieci niepełnosprawnych w wieku 0 – 14 lat posiadających orzeczenie o niepełnosprawności wynosi około 180 000. Większość to mieszkańcy miast. W roku 2009 najwięcej dzieci niepełnosprawnych stwierdzono w grupie w wieku 5-9 lat - 4,0% (w roku 2004- 3,2%), w grupie w wieku 10-14 lat -3,2% (w roku 2004 - 4,2%), w grupie najmłodszych dzieci w obydwu badaniach było około 2% dzieci. Wśród dzieci niepełnosprawnych z poważnymi kłopotami zdrowotnymi 25 % miało upośledzenie funkcji narządu wzroku, a także upośledzenie funkcji mowy, 20 % miało upośledzenie funkcji narządu ruchu. 2,2 % dzieci posiadało orzeczenie o specjalnych potrzebach edukacyjnych, a 1,6 % dzieci wymaga kształcenia specjalistycznego.

Z przeprowadzonych przez GUS badań dotyczących wykonywania czynności dnia codziennego przez osoby niepełnosprawne wynika, że: w roku 2004 zgłaszało 30%, że ma trudności z przeniesieniem ciężaru 5 kg na odległość 10 m (np. torby z zakupami), a w roku 2009 -60% badanych osób, niemożność samodzielnie przeczytanie gazety, zgłaszało 10% osób w 2004 roku a w roku 2009- 30%. Co 10 osoba nie rozpoznawała twarzy z odległości 4 m, w 2004 r., w 2009 roku co 3 osoba. W 2004 roku, co 15 osoba nie mogła przejść samodzielnie 500 metrów, (w 2009 ponad 40% badanych osób). Co 24 osoba w 2004 wymagała

pomocy przy kładzeniu i wstawianiu z łóżka (w 2009 roku co 3 osoba).Upośledzenia funkcji występują z niejednakową częstością. Nasilają się one wraz z upływem lat życia. Jednak część populacji osób w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych czynności życiowych bezwzględnie wymaga pomocy osób drugich. Z badania przeprowadzonego przez GUS w 2006 r. „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” wynika, iż samoocena stanu zdrowia zależy od wieku badanej osoby. Stan zdrowia jako bardzo dobry oceniło 21,6 % badanych osób, jako dobry 42,7 %, a 25,1% jako ani dobry ani zły. Natomiast, co piąta osoba w wieku 60-69 lat i niemal 50 % osób w wieku ponad 70 lat oceniła swój stan zdrowia, jako zły i bardzo zły. Mężczyźni oceniali lepiej stan swojego zdrowia niż kobiety. Osoby z wyższym i średnim wykształceniem lepiej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia. Stwierdzono, iż w badanej grupie 25,5 % osób choruje przewlekłe, a 23,7 % korzysta ze stałej opieki medycznej. Częściej występowanie chorób przewlekłych zgłaszały kobiety. Badane osoby pytano także o ograniczenie zdolności do samoobsługi lub pracy w przypadku osób uczących się – nauki). Wyniki badania wskazują, że 10,1 % osób zgłaszało potrzebę pomocy osób drugich, przy czym 1,2 % badanych osób podawało konieczność pomocy przez 24 godziny, natomiast dla 6,8 % pomoc taka potrzebna była tylko okresowo. Potrzebę pomocy osoby drugiej przez 24 godziny na dobę zgłaszano najczęściej w grupie wieku 70 i więcej lat. Niewiele ponad połowa populacji w tej grupie wieku nie zgłaszała potrzeby pomocy osób drugich. Wg badań GUS potrzebę opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego zgłaszało 0,6 % populacji, a przez 24 godziny na dobę 1,2 % populacji