

**Sprawowanie opieki
oraz inne uwarunkowania
podnoszenia aktywności zawodowej
osób w starszym wieku produkcyjnym**

Raport z badań

**Redakcja naukowa:
Irena E. Kotowska,
Irena Wóycicka**

Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

Warszawa, 2008



Raport opracowano w ramach projektu *Analiza wybranych aspektów obecnej i przyszłej sytuacji na rynku pracy* – „Bariera aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszych grupach wieku produkcyjnego” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach działania 1.1, schemat a) Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006.

Autorzy:

Wstęp – Irena E. Kotowska, Irena Wóycicka

Rozdziały: 2.1, 2.2, 2.4 – Anita Abramowska-Kmon, Irena E. Kotowska

Rozdział 2.3 – Marta Styrc

Rozdział 3.1.1 – Radosław Rurarz

Rozdziały: 3.1.2-3.1.5 – Marta Styrc

Rozdział 3.2.1 – Radosław Rurarz, Irena Wóycicka

Rozdziały: 3.2.2-3.2.4 – Irena Wóycicka

Rozdziały: 4.1, 4.2 – Anna Matysiak

Rozdziały: 4.3, 4.4 – Izabela Grabowska

Podsumowanie – Irena E. Kotowska, Irena Wóycicka

Opracowanie raportu:



INSTYTUT BADAŃ NAD GOSPODARKĄ RYNKOWĄ

Zespół pracowników Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową oraz pracowników i doktorantów Zakładu Demografii w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej

Kierownicy raportu: prof. dr hab. Irena E. Kotowska, Irena Wóycicka

Badania ankietowe zrealizowane zostały przez SMG/KRC Poland Media S.A.

Redakcja: Alicja Dąbrowska

ISBN-978-83-60302-63-7

Koordinacja projektu:

Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa

Projekt okładki, łamanie i druk: ZWP MPiPS. Zam 623/08.

Zawarte w tej publikacji poglądy i konkluzje wyrażają opinię autorów i nie muszą odzwierciedlać oficjalnego stanowiska Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

SPIS TREŚCI

1. WSTĘP	5
2. SYTUACJA RODZINNA, MATERIALNA ORAZ ZDROWOTNA OSÓB W WIEKU OKOŁOEMERYTALNYM	14
2.1. Charakterystyka respondentów	15
2.2. Sytuacja rodzinna i gospodarstwo domowe	20
2.3. Sytuacja materialna i transfery materialne między gospodarstwami domowymi	32
2.4. Subiektywna ocena stanu zdrowia oraz niepełnosprawność	47
3. ORGANIZACJA OPIEKI W GOSPODARSTWIE DOMOWYM ORAZ SPRAWOWANIE OPIEKI PRZEZ RESPONDENTÓW	70
3.1. Gospodarstwo domowe jako biorca i dawca usług.....	70
3.1.1. Zapotrzebowanie na opiekę w gospodarstwach domowych	70
3.1.2. Organizacja opieki nad członkami gospodarstwa domowego wymagającymi opieki	78
3.1.3. Sprawowanie opieki zewnętrznej przez członków gospodarstwa domowego	86
3.1.4. Usługi nieopiekunkcze dla i od gospodarstwa domowego	87
3.1.5. Podsumowanie	90
3.2. Zaangażowanie osób w wieku okołoemerytalnym w świadczenie opieki	91
3.2.1. Charakterystyka osób sprawujących opiekę	91
3.2.2. Uwarunkowania rodzinne osób sprawujących opiekę	101
3.2.3. Opieka sprawowana przez respondenta według form i adresatów opieki	107
3.2.4. Podsumowanie	114
4. OPIEKA JAKO BARIERA W AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ	117
4.1. Łączenie pracy i opieki	117
4.2. Uwarunkowania powrotu do pracy	120
4.3. Obciążenie opieką	130
4.4. Normy i postawy	147
4.4.1. Uprawnienia emerytalne	148
4.4.2. Odpowiedzialność za opiekę	152
4.4.3. Postawy wobec opieki instytucjonalnej	162
4.4.4. Podsumowanie	165
5. PODSUMOWANIE	167
LITERATURA	178

1. Wstęp

Niniejszy raport przedstawia wyniki specjalnego ankietowego badania zrealizowanego latem 2006 r. na losowej próbie osób w starszych grupach wieku produkcyjnego w celu rozpoznania barier aktywności zawodowej tych osób, w tym w szczególności kobiet. Ustalono, że starsze grupy wieku produkcyjnego to dwie ostatnie grupy przed ustawowym wiekiem emerytalnym. Wobec nieuniknionej konieczności podwyższania wieku emerytalnego do analizy włączono również pierwszą 5-letnią grupę osób w wieku emerytalnym, by zorientować się, czy osoby w tym wieku różnią się istotnie od pozostałych w kontekście barier aktywności zawodowej i dodatkowo jeden rocznik z następnej grupy wieku. Badanie dotyczyło zatem kobiet w wieku 50–65 lat i mężczyzn w wieku 55–70 lat, przy czym interesowały nas osoby, które pracują lub pracowały zarobkowo przynajmniej jedną godzinę tygodniowo przez jakiś okres w ciągu ostatnich 5 lat oraz były ubezpieczone w ZUS lub KRUS, bądź pobierały z nich świadczenia społeczne. Wywiad przeprowadzono wśród 4512 kobiet oraz 2516 mężczyzn, przy czym 78% kobiet oraz 72% mężczyzn było ubezpieczonych, bądź pobierało świadczenia w ZUS.

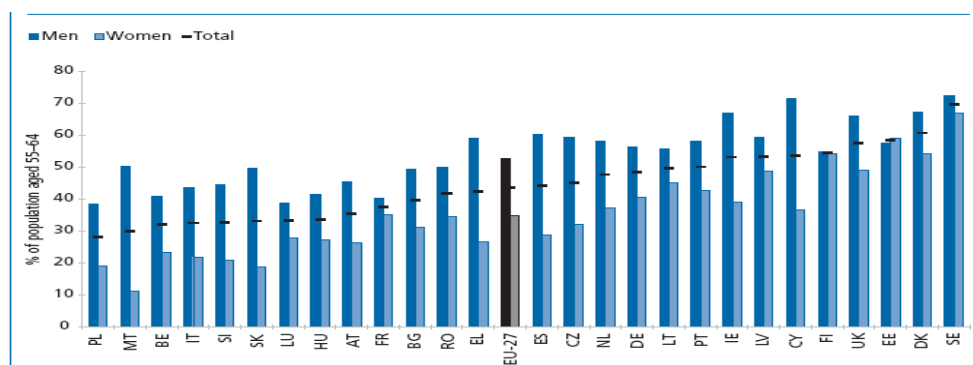
Zagadnienia podjęte w niniejszym opracowaniu są szczególnie istotne ze względu na przyszłe zmiany struktury wieku ludności oraz generalnie niskie stopy aktywności osób w starszych grupach wieku produkcyjnego nie tylko w Polsce, ale także w całej Unii Europejskiej. Zgodnie bowiem z przewidywaniami demograficznymi zmniejszaniu się ogólnej liczby ludności będzie towarzyszyć spadek liczby osób w wieku produkcyjnym (potencjalne zasoby pracy) w wymiarze absolutnym i względnym. W większości krajów europejskich zmiana ta wystąpi już w latach 2005–2012, a jej nasilenie przypadnie na okres 2025–2035. Jednocześnie będzie szybko wzrastać liczba osób w wieku poprodukcyjnym, co doprowadzi do rosnącego obciążenia ludności w wieku produkcyjnym osobami w wieku nieprodukcyjnym (Lanzieri 2006). Zatem zwiększanie zatrudnienia i wzrost jego produktywności są konieczne, by przeciwdziałać skutkom zmian struktury wieku ludności, negatywnym dla rynku pracy i gospodarki. Zadanie podniesienia stóp zatrudnienia osób w starszych grupach wieku produkcyjnego jest również istotnym elementem Strategii Lizbońskiej, która zakłada zwiększenie do 2010 roku przeciętnego wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata do 50%.

Zmiany struktury wieku ludności w Polsce będą stosunkowo silne ze względu na nasilenie wyżów i niżów demograficznych w okresie powojennym. Wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej będzie więc szczególnie silny do 2020 r. ze względu na osiąganie odpowiedniego wieku przez roczniki powojennego wyżu urodzeń, natomiast zmniejszanie się liczby ludności w wieku produk-

cyjnym będzie pozostawać pod silnym wpływem głębokiego spadku urodzeń po 1989 roku.

W 2006 r. populacja kobiet w wieku 50–59 lat oraz mężczyzn w wieku 50–64 lata liczyła w Polsce 6,3 mln osób, co stanowiło 26% ogółu ludności w wieku produkcyjnym¹. Przewidywany dla najbliższych 10 lat wzrost liczebności tej grupy osób w Polsce, w powiązaniu ze wskaźnikami zatrudnienia najniższymi w Unii Europejskiej, czyni podniesienie aktywności zawodowej tych osób zagadnieniem szczególnie ważnym i pilnym. Jeśli ograniczymy się do grupy wieku 55–64 lata ujmowanej w porównaniach międzynarodowych, to obejmuje ona 4,2 mln osób. W 2006 r. wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata wyniósł 19% dla kobiet oraz 38,4% dla mężczyzn (por. rys. 1-1). Ponadto Polska była jedynym krajem UE, dla którego w latach 2000–2005 nieco spadły wartości wskaźnika zatrudnienia tych osób, sytuując Polskę daleko od poziomu 50%, określonego w Strategii Lizbońskiej dla tej grupy osób (rys. 1-2)².

Rysunek 1-1. Wskaźniki zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata według płci w krajach Unii Europejskiej w 2006 r.

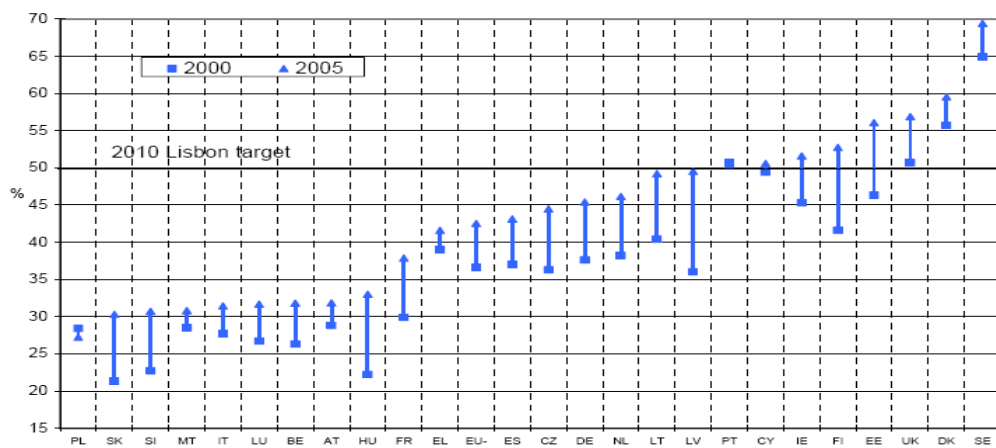


Źródło: Employment in Europe 2007, Eurostat 2007, s. 61.

¹ Jeśli włączymy także kobiety w wieku 60–64 lata, to liczba osób w wieku 50–64 lata wynosiła 7,2 mln, czyli 28% populacji w wieku 18–64 lata.

² Według danych Eurostatu w 2006 r. wskaźnik zatrudnienia dla mężczyzn w wieku 50–64 lata wzrósł z 35,9% do 38,4%, zaś wskaźnik zatrudnienia dla kobiet nadal spadał z 19,7% do 19% (Employment in Europe 2007, Annex 2, 24).

Rysunek 1-2. Zmiany wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata w krajach Unii Europejskiej w latach 2000–2005



Źródło: Ch. Aliaga, F. Romans, *The employment of seniors in the European Union*, Statistics in Focus, 15/2006, s. 1.

Także zmiany struktury wieku ludności Polski przewidywane w dłuższym horyzoncie czasowym ilustrują znaczenie tej kwestii. Według wariantu podstawowego ostatniej długoterminowej projekcji Eurostatu z 2004 r. Polska wraz z Litwą i Słowacją należą do krajów, dla których oczekiwany jest najsilniejszy spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym w okresie 2005–2050 (o ponad 20%), zaś udział osób w wieku 55–64 wzrośnie najsilniej (o ponad 10%) (Employment in Europe 2007, s. 57).

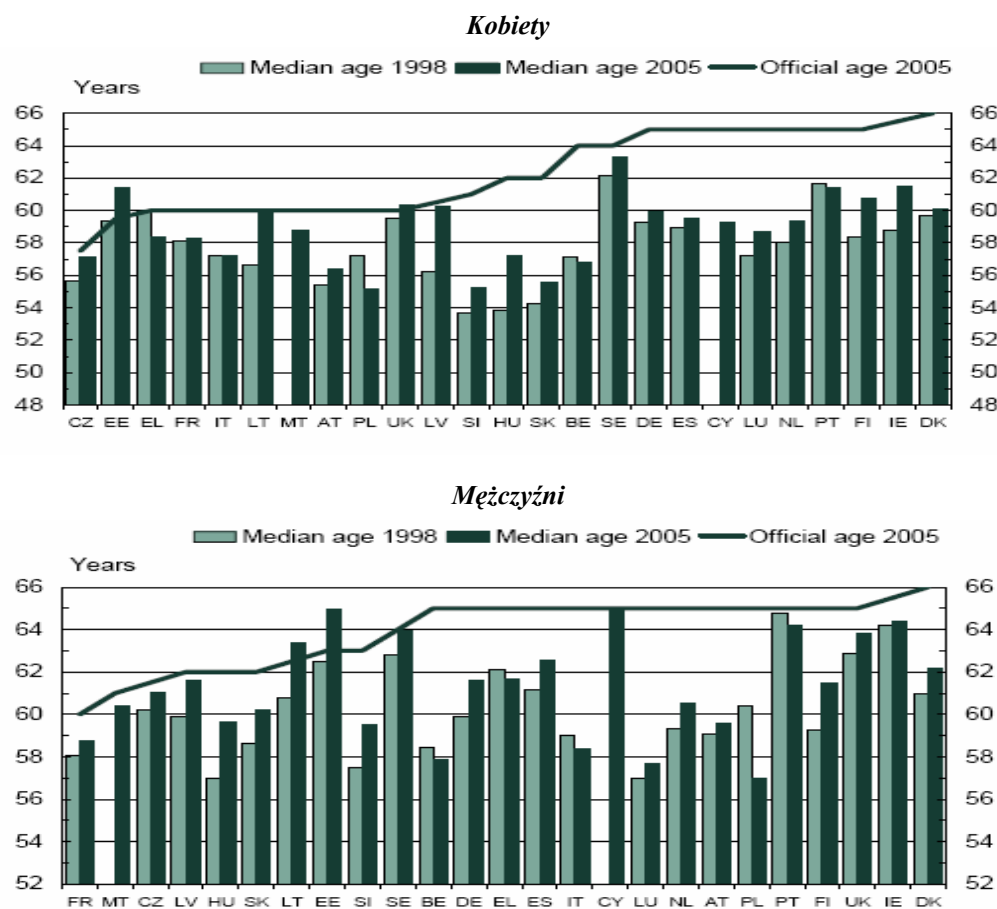
Aktywność zawodowa osób w starszych grupach wieku produkcyjnego zależy silnie od ustawowego wieku przejścia na emeryturę oraz możliwości wcześniejszego wycofania się z rynku pracy. Ponownie statystyki Eurostatu nie wypadają korzystnie dla Polski (rys. 1-3).

Mediana wieku wycofywania się z aktywności zawodowej dla kobiet spadła do 55,2 lat w 2005 r., stanowiąc wraz z taką samą wartością tej charakterystyki dla Słowenii najniższy poziom w Unii Europejskiej i znacznie odbiegając od poziomu dla całej Unii – 59,4 lat (Statistics in Focus, 97/2007). Także średni efektywny wiek przejścia kobiet na emeryturę, który wyniósł w tym roku 57,4 lat, był w Polsce najniższy. Zauważmy, iż jedynie w czterech krajach wystąpił spadek mediany między rokiem 1998 a 2005 – w Polsce, Grecji, Belgii i Portugalii, zaś w większości pozostałych krajów obserwowany był wzrost.

Podobnie mediana efektywnego wieku przejścia mężczyzn na emeryturę była w 2005 r. najniższa wśród krajów Unii (57,4 lat wobec 60,7 lat dla całej Unii Europejskiej), a jej spadek między rokiem 1998 i 2005 był bardzo wyraźny. Wartości tej charakterystyki zmniejszyły się nieznacznie jedynie dla Belgii, Grecji i Włoch. W 2005 r. średni wiek efektywnego przejścia mężczyzn na emeryturę

wyniósł 62 lata i ta wartość sytuowała Polskę w środku przedziału – najniższy średni wiek ma Francja (58,5 lat wobec wieku ustawowego 60 lat), zaś najwyższy Szwecja (64,3 lat wobec wieku ustawowego 64 lata) (Romans 2007).

Rysunek 1-3. Ustawowy wiek emerytalny oraz mediana wieku opuszczania rynku pracy, 1998 oraz 2005



Źródło: F. Romans, *The transition of women and men from work to retirement*, Statistics in Focus, 97/2007, s. 3.

Oczywiście, także ujęcie wyjątkowo niskiego zaangażowania osób w starszych grupach wieku produkcyjnego na rynku pracy od strony wskaźników bierności potwierdza bardzo niekorzystną sytuację w Polsce. W skali Unii Europejskiej 43,6% mężczyzn oraz 62,7% kobiet w wieku 55–64 lata było biernych zawodowo. Wskaźniki bierności dla mężczyzn przekraczają 55% w sześciu krajach: Belgii, Francji, Włoszech, Luksemburgu, na Węgrzech i w Polsce, podczas gdy wartości poniżej 30% miały: Cypr, Szwecja, Islandia, Norwegia i Szwajcaria (Hardarson

2007). Z kolei jedynie na Malcie, w Polsce, Słowacji i Turcji więcej niż 79% kobiet w tym wieku było biernych zawodowo, podczas gdy wartości wskaźnika bierności mniejsze od 45% dotyczyły Danii, Estonii, Finlandii, Szwecji, Islandii, Norwegii i Szwajcarii. Głównym powodem bierności było dla mężczyzn: przejście na emeryturę (26,8%), a następnie choroba i niesprawność (7,7%), zaś dla kobiet: przejście na emeryturę (27,7%), obowiązki rodzinne (9,7%) oraz choroba i niesprawność (7,5%).

Podniesienie zatrudnienia osób starszych na rynku pracy, a zwłaszcza kobiet o wyjątkowo niskim wskaźniku zatrudnienia, wymaga po stronie podażowej osłabienia istniejących barier ich aktywności zawodowej, a po stronie popytowej – rozwoju miejsc pracy dostosowanych do ich możliwości (głównie ograniczona mobilność i poziom ich kapitału ludzkiego). W naszych rozważaniach koncentrujemy się na stronie podażowej, choć dotykamy także kwestii związanych z pożądanymi cechami form i typu zatrudnienia, w pytaniu o warunki podejmowania czy kontynuowania pracy zawodowej.

Wzrost aktywności osób w starszych grupach wieku produkcyjnego może być osiągnięty poprzez zatrzymanie na rynku pracy osób, które są na tym rynku, oraz aktywizację osób pozostających poza rynkiem. W naszej analizie ograniczyliśmy się do tych osób, które mają doświadczenie pracy w ciągu ostatnich 5 lat, niezależnie od ich bieżącego statusu na rynku. Uważamy bowiem, że powrót na rynek pracy osób w tym wieku, które wycofały się z rynku pracy przed 2001 r. jest mało prawdopodobny. Z tego samego względu w badaniach nie uwzględniono osób, które nigdy nie pracowały. Jednym z istotnych, szeroko dyskutowanych problemów jest ograniczenie dostępu do wcześniejszych emerytur oraz podniesienie wieku emerytalnego jako rozwiązań sprzyjających pozostawaniu na rynku pracy osób w wieku okołoemerytalnym, w badaniu skupiamy się zatem na osobach, które są ubezpieczone w dwóch podstawowych systemach ubezpieczeń emerytalno-rentowych: systemie pracowniczym i pochodnych, zwanym skrótowo systemem ZUS oraz w systemie dla rolników, zwanym skrótowo systemem KRUS. Bierzemy przy tym pod uwagę zarówno osoby w nich ubezpieczone, jak również osoby pobierające z nich świadczenia społeczne.

Pozostawanie na rynku pracy, czyli odraczanie momentu przejścia na emeryturę, oraz powrót na rynek zależą od indywidualnej sytuacji rodzinnej, sytuacji materialnej gospodarstwa domowego, zasobu kapitału ludzkiego jednostki, przebiegu jej kariery zawodowej, a także od rodzaju i wysokości dostępnych świadczeń społecznych. W badaniu skupiono się przede wszystkim na zobowiązaniach opiekuńczych osób w wieku okołoemerytalnym. Zobowiązania opiekuńcze osób w tym wieku, dotyczące zarówno generacji młodszych (wnuki) jak i generacji starszych (rodzice i inni starsi krewni), są ważną charakterystyką sytuacji, w której podejmowane są decyzje o wycofaniu się z rynku pracy. Badania wskazują, że gospodarstwa domowe bardzo rzadko korzystają z zewnętrznych form opieki nad członkami gospodarstwa wymagającymi opieki, a zatem

model opieki w Polsce opiera się głównie na opiece nieformalnej świadczonej przez członków rodziny i krewnych, a więc korzysta głównie z zasobów sieci krewniaczych. Świadczą ją głównie kobiety oraz osoby w wieku 50 lat i więcej, należące do szeroko pojętych zasobów rodzinnych (por. np. Wóycicka, Rurarz 2007; Styrc 2007; Matysiak 2007). Sytuacja taka wynika – z jednej strony – z głębokich zaniedbań rozwoju opieki instytucjonalnej i niskiej podaży odpowiednich usług rynkowych, z drugiej zaś – z postaw wobec korzystania z usług opiekuńczych (zarówno instytucjonalnych jak i rynkowych) oraz innych usług domowych. „Uwolnienie” kobiet i osób starszych ze zobowiązań opiekuńczych poprzez substytucję opieki nieformalnej opieką formalną jest – naszym zdaniem – ważnym czynnikiem podnoszenia aktywności zawodowej tych grup ludności. Uważamy zatem, iż obecny model opieki jest barierą wzrostu zatrudnienia kobiet oraz osób w wieku 50–70 lat.

Konieczność zmiany takiego modelu opieki jest wymuszona także innymi czynnikami. Przyspieszenie wzrostu liczby osób w wieku 65 lat i więcej, a zwłaszcza osób sędziwych, po 2010 r. wraz ze zmianami struktury rodzin i gospodarstw domowych sprawia, że wzrośnie zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze świadczone zarówno w miejscu zamieszkania osób starszych, jak i na opiekę długoterminową, wymagającą niejednokrotnie opieki instytucjonalnej. Jednak spadek dzietności i wzrost mobilności ludności prowadzi do kurczenia się zasobów opieki nieformalnej opartej na sieci krewniaczej, dostępnych w miejscu zamieszkania osób wymagających opieki (Abramowska 2005, 2006). Przygotowanie się do tej zmiany oznacza konieczność rozwoju modelu opieki w Polsce ze znacznie większym udziałem opieki formalnej. Jednak obok uwarunkowań strukturalnych, określonych niedorozwojem sektora usług opiekuńczych, trudności zmiany modelu opieki mogą być związane z postawami wobec korzystania z opieki instytucjonalnej, a więc z czynnikiem kulturowym. Uznano zatem za niezbędne zbadanie, jakie są przyczyny, oprócz niedorozwoju sektora usług opiekuńczych, niskiego stopnia korzystania z opieki zewnętrznej, a także określenie potencjalnych możliwości rozwoju zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i inne usługi dla gospodarstw domowych, które mogłyby sprzyjać wzrostowi podaży pracy.

Zasadniczą część analiz prezentowanych w niniejszym opracowaniu dotyczy więc modelu opieki w Polsce. Ich celem jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Jak jest zapotrzebowanie na opiekę w gospodarstwach domowych osób w wieku przed- oraz wczesnym emerytalnym? Jak jest ona organizowana (formy opieki i zaangażowanie respondentów według typów gospodarstw domowych)?
- Czy występują zależności pomiędzy osobistym sprawowaniem opieki i pobieraniem świadczeń socjalnych przez członków gospodarstwa domowego a ich cechami indywidualnymi oraz demograficznymi i społeczno-ekonomicznymi charakterystykami ich gospodarstw domowych?

- Jak jest obciążenie opieką osób w wieku okołoemerytalnym, oraz jakie są inne warunki jej sprawowania (możliwość dostosowania czasu opieki do osobistych potrzeb, możliwość zastępstwa w sprawowaniu opieki)?
- Jakie są postawy respondentów wobec zobowiązań opiekuńczych?
- Jakie są postawy respondentów wobec korzystania z formalnej opieki?
- Czy obowiązki opiekuńcze są postrzegane jako bariera aktywności zawodowej? Jakie są warunki łączenia opieki z pracą zawodową?

Identyfikacja szczegółowych przyczyn funkcjonowania obecnego modelu opieki w Polsce pozwoli na określenie działań sprzyjających jego zmianie poprzez rozwój opieki formalnej. Uważamy bowiem, że rozwój usług opiekuńczych może zmniejszyć presję na wcześniejsze wychodzenie z rynku pracy oraz pobieranie świadczeń społecznych. Jednak jego wpływ na aktywność zawodową jest silnie związany z przemianami kulturowymi oraz wzrostem świadomości społecznej o dokonujących się zmianach demograficznych i konieczności dostosowania się do nich – także poprzez odpowiednie decyzje indywidualne, w tym decyzje o pozostaniu na rynku pracy.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na decyzję pozostawania w zatrudnieniu jest dostęp do świadczeń społecznych. Wpływają one na sytuację materialną gospodarstwa, która jest podstawową determinantą kontynuacji zatrudnienia. W badaniu rozpatrywano osoby ubezpieczone w ZUS i KRUS, a analizie poddano ich sytuację materialną ocenianą na podstawie mierników obiektywnych i subiektywnych oraz transferów materialnych między gospodarstwami. Kwestia dostępu do świadczeń społecznych zastępujących dochody z pracy była też analizowana z punktu widzenia związków pomiędzy pobieraniem świadczeń a sprawowaniem opieki.

Inną determinantą pozostania na rynku pracy jest stan zdrowia respondentów. Do jego oceny posłużono się miernikami subiektywnymi i obiektywnymi. Interesowano się relacją między biologiczną niesprawnością a posiadaniem prawnego orzeczenia o niesprawności, a także wpływem stanu zdrowia na rezygnację z pracy zawodowej bądź jej ograniczenie.

W celu uzyskania danych empirycznych pozwalających odpowiedzieć na te pytania opracowano ankietę badawczą składającą się z sześciu modułów. Moduł pierwszy poświęcony był zebraniu informacji na temat norm i postaw respondentów, dotyczących indywidualnych wyborów wynikających z wyzwań związanych z procesem starzenia się ludności oraz odpowiedzialności za opiekę nad dziećmi i osobami dorosłymi. Pytania w tym module dotyczyły wszystkich respondentów.

Drugi moduł ankiety zawierał pytania pozwalające na identyfikację członków gospodarstwa domowego respondentów wymagających opieki oraz dotyczące organizacji opieki w gospodarstwie, włączając opiekę zewnętrzną oraz świadczenie opieki przez członków gospodarstwa dla osób spoza niego. Ponadto były w nim pytania dotyczące przyczyn nieskorzystania przez gospodarstwa z placówek opieki oraz

opiekunek/opiekunów. Osoby wymagające opieki w gospodarstwie domowym obejmowały przebywające w gospodarstwie dzieci do lat 14 oraz osoby w wieku 15 lat i więcej, które zostały przez respondentów wskazane jako osoby potrzebujące opieki bądź osoby radzące sobie na ogół samodzielnie, ale w pewnych sprawach potrzebujące pomocy. Pytania w tym module zadawane były wszystkim respondentom.

Trzeci moduł obejmował pytania skierowane do tych respondentów, którzy w ciągu ostatniego roku przed badaniem sprawowali opiekę rozumianą jako "wszystkie czynności związane z udzieleniem pomocy osobom, które nie są w stanie samodzielnie wykonywać codziennych czynności, ale potrzebują w tym pomocy lub wyręczenia." Zawierał on szczegółowe pytania dotyczące adresatów i form opieki, sytuacji rodzinnej osób spoza gospodarstwa domowego, nad którymi sprawowana była opieka, oraz korzystania z opieki profesjonalnej w formie instytucjonalnej lub opiekunki domowej. W module znajdowały się również pytania dotyczące czynności wykonywanych przez respondentów podczas sprawowania opieki. Osobną częścią tego modułu były pytania odnoszące się do przyczyn i preferencji związanych ze sprawowaniem opieki w kontekście aktywności zawodowej.

Czwarty moduł poświęcony był kwestii trudności w łączeniu obowiązków zawodowych i opieki oraz uwarunkowań podjęcia pracy – ze szczególnym uwzględnieniem zaangażowania w opiekę. Obejmował on preferencje dotyczące organizacji pracy i opieki, chęci i warunków podjęcia pracy oraz czynników utrudniających pracę zawodową. Część pytań była kierowana do respondentów łączących pracę zawodową ze sprawowaniem opieki, część – do respondentów biernych zawodowo.

Kolejny moduł zawierał pytania dotyczące rodzajów, wielkości oraz adresatów i źródeł transferów materialnych z i do gospodarstw domowych respondentów oraz ich znaczenia w gospodarstwie domowym. Na jego pytania odpowiadali wszyscy respondenci. W ostatnim module, dotyczącym stanu zdrowia respondentów, pytano o ich subiektywną ocenę stanu zdrowia, odczuwania całkowitego lub poważnego ograniczenia zdolności do wykonywania podstawowych czynności życiowych oraz o dysponowanie orzeczeniem o niesprawności. Ponadto ankieta zawierała charakterystyki indywidualne i społeczno-zawodowe respondentów, a także podstawowe charakterystyki ich gospodarstw domowych.

W pierwszym rozdziale raportu opisujemy szczegółowo zarówno populację respondentów, jak i zbiorowość gospodarstw domowych, których są członkami. Analizy są zatem prowadzone na dwóch poziomach – jednostkowym oraz gospodarstwa domowego. Respondenci są charakteryzowani ze względu na wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, stan cywilny, sytuację rodzinną, status na rynku pracy, ocenę stanu zdrowia. Analiza sytuacji materialnej i transferów materialnych jest prowadzona w zbiorowości gospodarstw domowych, charakteryzowanych ze względu na ich wielkość i skład demograficzny oraz charakterystyki głowy gospodarstwa.

Zbiorowość respondentów oraz zbiorowość gospodarstw domowych są także przedmiotem rozważań w rozdziale drugim. Najpierw rozpatrywane jest

gospodarstwo domowe jako dawca i odbiorca usług opiekuńczych. Następnie przedmiotem analizy jest zaangażowanie respondentów w świadczenie opieki. Głównym przedmiotem analizy jest zapotrzebowanie na opiekę w gospodarstwach domowych respondentów, organizacja opieki w gospodarstwie, charakterystyka osób zaangażowanych w opiekę i ich gospodarstw domowych – w zależności od form i adresatów opieki oraz czynników wpływających na sprawowanie opieki.

Rozdział trzeci koncentruje się na rozpatrywaniu zobowiązań opiekuńczych jako bariery aktywności zawodowej. Podstawę analiz stanowi zbiorowość respondentów, a głównym przedmiotem rozważań są ich opinie o warunkach łączenia pracy zawodowej i opieki, substytucji własnej opieki przez inne usługi opiekuńcze, a także możliwości i chęci ograniczenia opieki na rzecz podjęcia pracy. Kolejny wątek analiz dotyczy obciążenia opieką oraz norm i postaw wobec korzystania ze świadczeń emerytalnych i opieki instytucjonalnej.

Wszystkie analizy prowadzone są odrębnie dla zbiorowości osób ubezpieczonych w ZUS oraz KRUS, co odzwierciedla zarówno wpływ sektora zatrudnienia, jak i miejsca zamieszkania na zróżnicowanie charakterystyk indywidualnych respondentów oraz cech ich gospodarstw domowych, znaczące dla możliwości podnoszenia ich aktywności zawodowej.

Raport kończy podsumowanie, w którym dokonano syntezy wyników z punktu widzenia możliwości podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszych grupach wieku produkcyjnego. Przedstawiono tam też wnioski dla polityki podnoszenia aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym.

2. Sytuacja rodzinna, materialna oraz zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym

Badanie ankietowe objęło kobiety w wieku 50–65 lat i mężczyzn w wieku 55–70 lat, którzy pracowali zarobkowo przez jakiś czas w ciągu ostatnich 5 lat przynajmniej jedną godzinę tygodniowo oraz byli ubezpieczeni w ZUS lub KRUS. Ten przedział wieku wynika z ogólnego celu projektu, jakim jest identyfikacja barier aktywności zawodowej kobiet w starszych grupach wieku produkcyjnego, przy czym analiza obejmuje zarówno kobiety jak i mężczyzn w tym wieku. Ustalono, że starsze grupy wieku produkcyjnego to dwie ostatnie grupy przed ustawowym wiekiem emerytalnym. Wobec nieuniknionej konieczności podwyższania wieku emerytalnego do analizy włączono pierwszą 5-letnią grupę wieku emerytalnego, by zorientować się, czy osoby w tym wieku różnią się istotnie od pozostałych w kontekście barier aktywności zawodowej.

Dokonując opisu próby respondentów, skoncentrujemy się na następujących kwestiach: najpierw zajmiemy się charakterystyką osób według ich cech demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny), społecznych (wykształcenie, umiejętności cywilizacyjne) i ekonomicznych (status na rynku pracy). Następnie przedmiotem analizy są gospodarstwa domowe respondentów ze względu na dwa aspekty – demograficzne oraz ekonomiczne charakterystyki gospodarstw. Wymiar demograficzny analiz obejmuje wielkość i skład gospodarstwa, cechy głowy gospodarstwa, obecność dzieci, osób starszych i sędziwych, w tym osób wymagających opieki, cechy podstawowych opiekunów w gospodarstwie), zaś wymiar ekonomiczny dotyczy sytuacji materialnej gospodarstw oraz transferów materialnych między gospodarstwami. W ostatniej części ponownie przedmiotem rozważań jest zbiorowość respondentów rozpatrywanych ze względu na stan zdrowia oceniany subiektywnie oraz na podstawie orzeczenia o niesprawności.

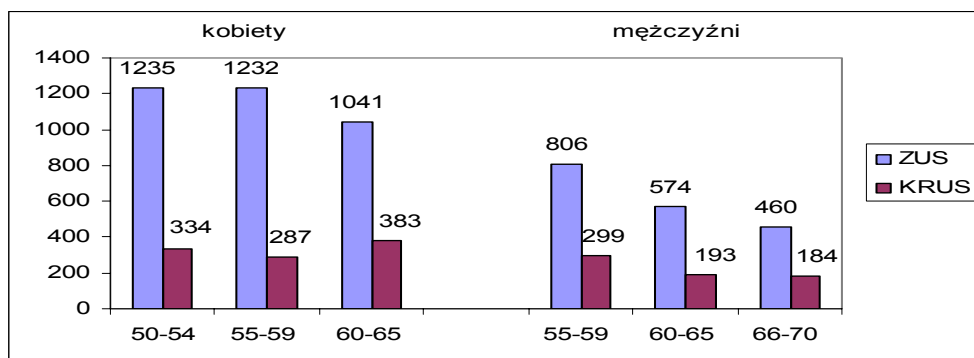
Wszystkie analizy przeprowadzane są dla czterech podstawowych zbiorowości respondentów wyodrębnionych według płci oraz instytucji, w której są oni ubezpieczeni (ZUS, KRUS). Jeśli zajmujemy się gospodarstwami domowymi, to są to gospodarstwa respondentów należących do poszczególnych subpopulacji.

2.1. Charakterystyka respondentów

W badaniu wzięło udział nieco ponad 4,5 tysiąca kobiet (4512) w wieku 50–65 lat oraz ponad 2,5 tysiąca mężczyzn (2516) w wieku 55–70 lat. Wśród kobiet 3,5 tysiąca (3508, czyli 78%) było ubezpieczonych w ZUS, zaś pozostałe (1004) były ubezpieczone w KRUS. W grupie mężczyzn 1,8 tysiąca (1840, czyli 72%) było ubezpieczonych w ZUS, zaś pozostali (676) w KRUS. Rysunki 2.1-1 oraz 2.1-2 przedstawiają rozkład kobiet i mężczyzn według wieku i typu instytucji, w której są ubezpieczeni respondenci.

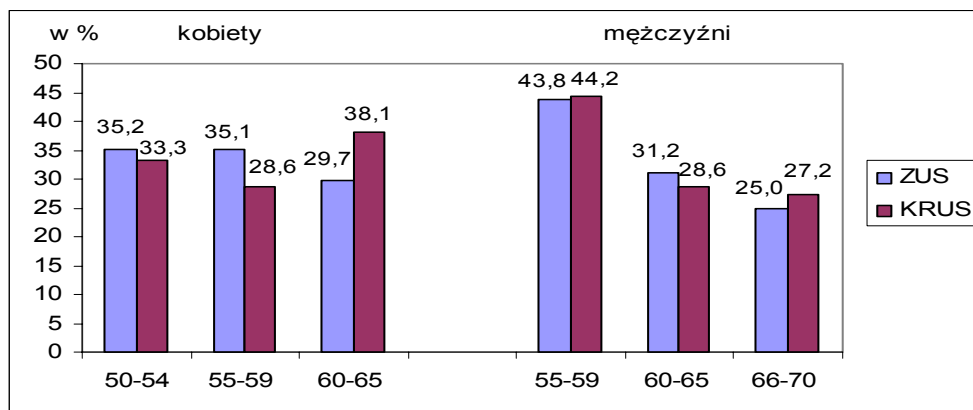
Komentarza wymaga jednak przyjęta klasyfikacja grup wieku. Ze względu na ustalenie górnej granicy wieku osób wylosowanych do próby na poziomie 65 lat dla kobiet oraz 70 lat dla mężczyzn, konieczne było włączenie kobiet w wieku 65 lat do ostatniej grupy wieku w stosowanej zwykle klasyfikacji wieku w grupach pięcioletnich. Ostatnia grupa obejmuje więc sześć roczników kobiet. To pociągnęło z kolei konieczność zastosowania analogicznej grupy wieku dla mężczyzn i sprawiło, że ostatnia grupa wieku jest nietypowa (66–70 lat), ale obejmuje pięć roczników. Jak widać z przedstawionych poniżej analiz, taka klasyfikacja wieku nie zakłóciła struktury respondentów według wieku i instytucji ubezpieczeniowej. Jednak przy porównywaniu rozkładów respondentów według płci należy pamiętać, że kobiety są znacznie młodsze od mężczyzn, co może wpływać na zaobserwowane różnice. Średni wiek kobiet ubezpieczonych w ZUS wyniósł bowiem 56,7 lat wobec 61,2 lat dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS. Natomiast średni wiek kobiet ubezpieczonych w KRUS był na poziomie 57,4 lat wobec 61,4 lat dla mężczyzn ubezpieczonych w KRUS.

Rysunek 2.1-1. Respondenci według płci, wieku i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.1.-1. Struktura respondentów ubezpieczonych w ZUS i KRUS według płci i wieku



Uwaga: Odsetki sumują się do 100 w ramach instytucji zabezpieczającej ubezpieczenie emerytalne.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

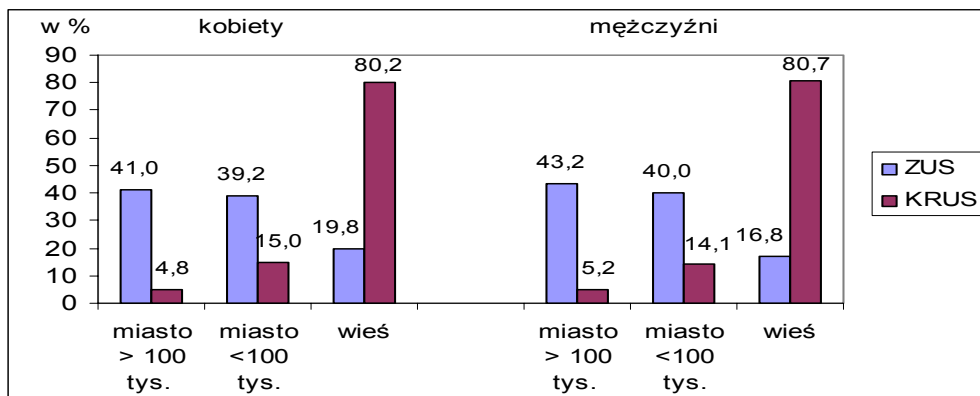
Wraz z wiekiem maleje regularnie liczba ubezpieczonych w ZUS – zarówno dla kobiet jak i mężczyzn, natomiast ta prawidłowość nie występuje dla ubezpieczonych w KRUS. Rozkład kobiet ubezpieczonych w ZUS według wieku był zbliżony do równomiernego, najmniejszy udział miała grupa wieku 60–65 lat. Wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS dominują osoby najstarsze. Rozkład wieku mężczyzn ubezpieczonych w ZUS był asymetryczny – największy udział miała grupa 55–59 lat (44%), najmniejszy – grupa najstarsza, podobnie jak dla mężczyzn ubezpieczonych w KRUS.

Rysunek 2.1-3 przedstawia rozkład ankietowanych według płci, miejsca zamieszkania i typu instytucji zabezpieczającej ubezpieczenie emerytalne. Zdecydowana większość respondentów ubezpieczonych w ZUS mieszkała w miastach, jedynie 20% kobiet i 17% mężczyzn to mieszkańcy wsi. Ubezpieczeni w KRUS w przeważającej większości (około 80%) byli mieszkańcami wsi.

Zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły osoby pozostające w związkach (małżeńskich i kohabitacji)³ (por. rys. 2.1-4). Drugą grupę stanowiły osoby owdowiałe, zwłaszcza wśród kobiet. Kobiety ubezpieczone w ZUS wyraźnie rzadziej pozostawały w związkach niż ubezpieczone w KRUS.

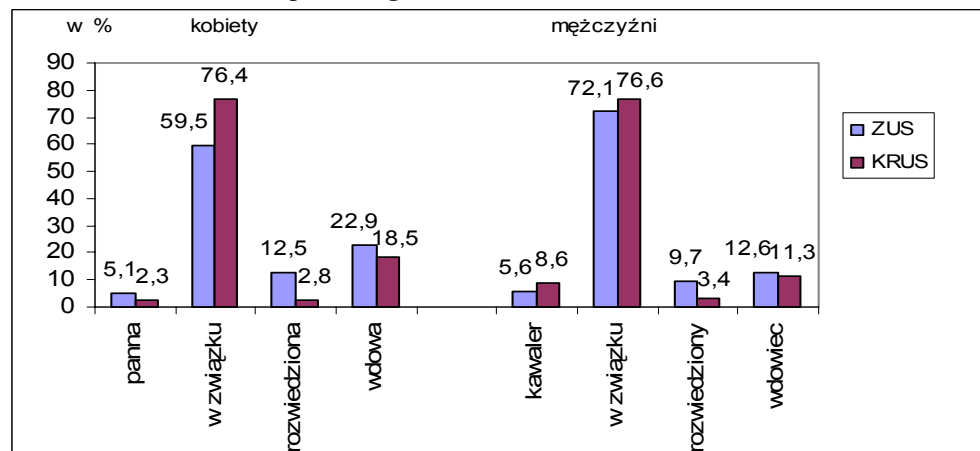
³ Udział osób kohabitujących wynosił około 1% dla ubezpieczonych w ZUS oraz poniżej 1% dla ubezpieczonych w KRUS.

Rysunek 2.1.-2. Respondenci według miejsca zamieszkania, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.1.-3. Respondenci według stanu cywilnego, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego

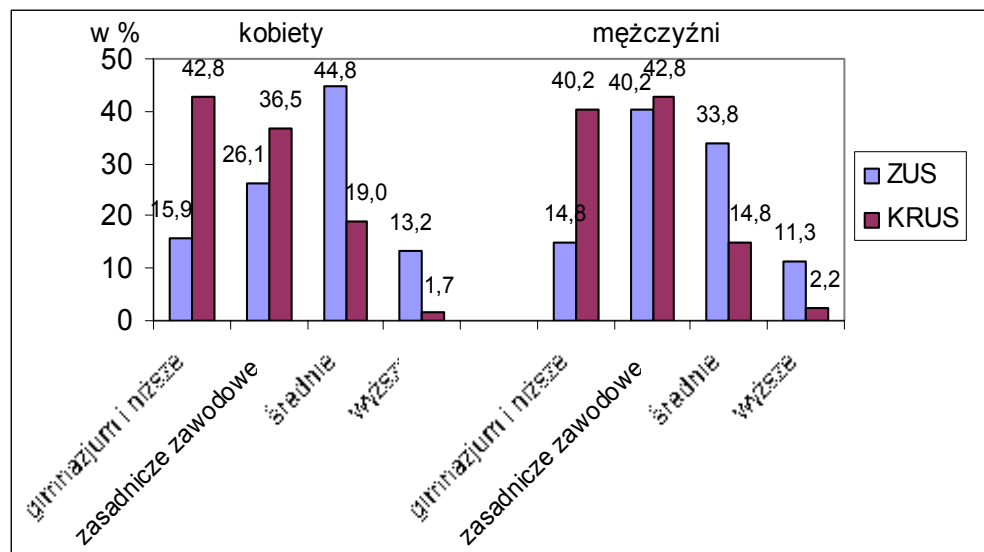


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.1-5 ilustruje znaczące różnice w poziomie wykształcenia pomiędzy osobami ubezpieczonymi w KRUS i ZUS. Generalnie osoby ubezpieczone w KRUS charakteryzują się przeciętnie niższym poziomem wykształcenia niż ubezpieczeni w ZUS. W grupie osób ubezpieczonych w KRUS dominują osoby posiadające wykształcenie co najwyżej zasadnicze zawodowe (79% kobiety oraz 83% mężczyźni), natomiast wśród ubezpieczonych w ZUS odsetek osób legitymu-

jących się wykształceniem co najmniej średnim wyniósł dla mężczyzn 45% i 58% dla kobiet. Struktury te odzwierciedlają niekorzystne dla ludności wiejskiej różnice poziomu wykształcenia między mieszkańcami miast i wsi.

Rysunek 2.1.-4. Respondenci według poziomu wykształcenia, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego

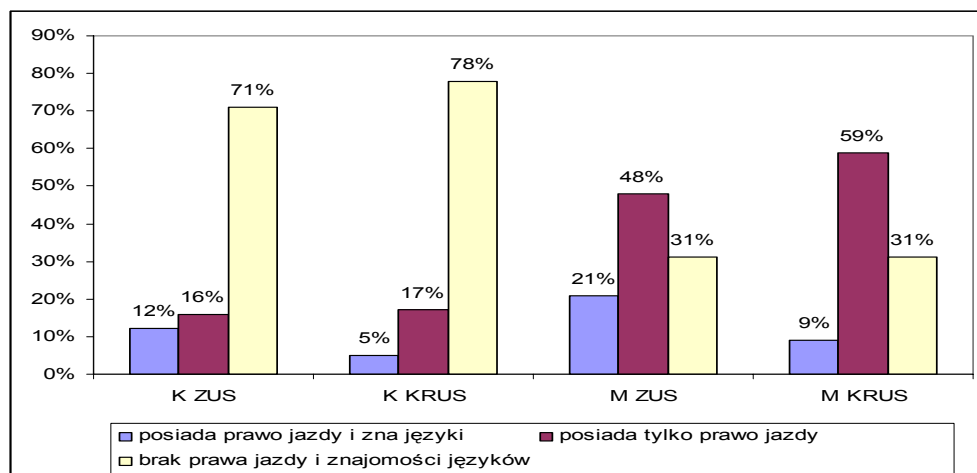


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Oprócz poziomu wykształcenia, kapitał ludzki respondentów charakteryzowany był za pomocą znajomości języków obcych, posiadania prawa jazdy oraz umiejętności pracy na komputerze, a więc zmiennych charakteryzujących tzw. umiejętności cywilizacyjne. Zakres tych umiejętności jest różny dla obu płci, a także dla osób ubezpieczonych w ZUS i KRUS (rys. 2.1-6 i 2.1-7), przy czym płeć jest silniejszą determinantą różnic.

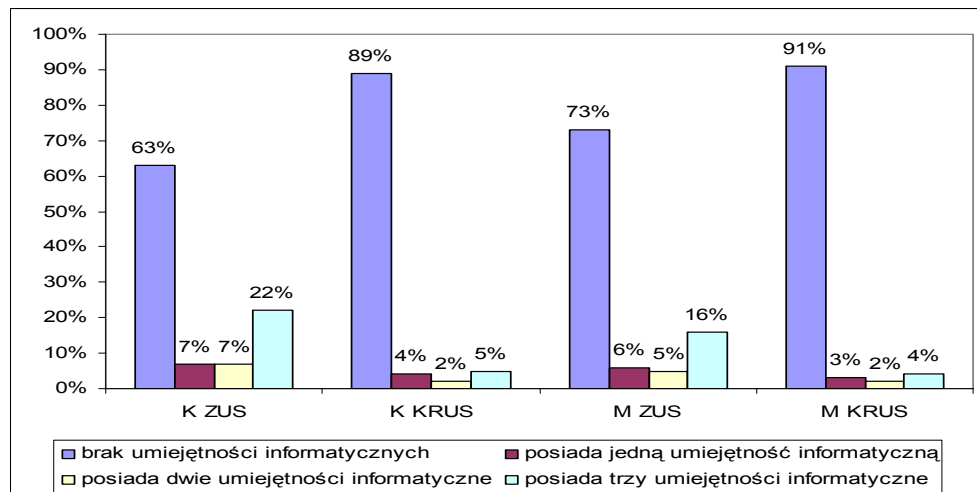
Większość kobiet (71% ubezpieczonych w ZUS i 78% ubezpieczonych w KRUS) nie posiadała prawa jazdy i nie władała żadnym językiem obcym. Odsetek posiadających prawo jazdy był zbliżony, zaś 12% kobiet ubezpieczonych w ZUS wobec zaledwie 5% ubezpieczonych w KRUS posiadała obie umiejętności. W zbiorowości mężczyzn dominują osoby z prawem jazdy, wyraźniej wśród ubezpieczonych w KRUS niż w ZUS (59% wobec 48%), blisko jedna trzecia nie ma obu umiejętności, a znajomość języka obcego oraz prawo jazdy ma co piąty ubezpieczony z ZUS oraz prawie co dziesiąty ubezpieczony w KRUS. Zatem kobiety są znacznie gorzej wyposażone w rozważane umiejętności niż mężczyźni, zaś ubezpieczeni w ZUS wypadają lepiej od ubezpieczonych w KRUS dla obu płci.

Rysunek 2.1.-5. Respondenci według znajomości języków obcych i posiadania prawa jazdy, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.1.-6. Respondenci według płci, typu instytucji ubezpieczenia społecznego i umiejętności informatycznych



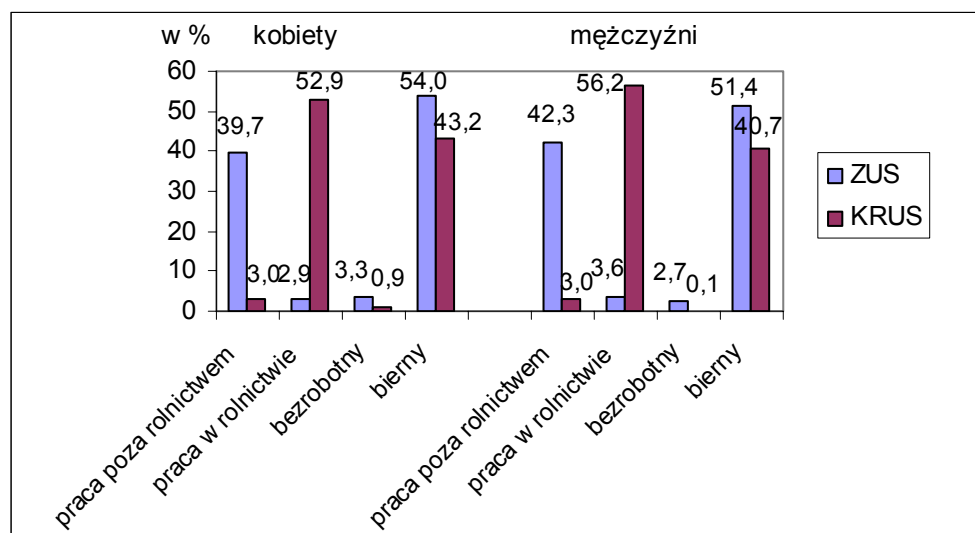
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

W odniesieniu do umiejętności informatycznych należy stwierdzić, że osoby badane w zdecydowanej większości nie posiadały żadnych umiejętności informatycznych. Osoby ubezpieczone w ZUS częściej przyznawały się do posiadania

przynajmniej jednej umiejętności informatycznej niż osoby ubezpieczone w KRUS (36% kobiet i 27% mężczyzn wobec 11% kobiet i 9% mężczyzn). Różnice według płci dotyczą jedynie ubezpieczonych w ZUS – kobiety częściej deklarowały umiejętność pracy na komputerze. Jednak może to wynikać z różnic wieku badanych kobiet i mężczyzn – kobiety są młodsze, a posiadanie tych umiejętności jest silnie związane z wiekiem.

Wśród osób ubezpieczonych w ZUS przeważały osoby nieaktywne zawodowo, które stanowiły ponad połowę respondentów obojga płci (por. rys. 2.1-8). Odsetek osób pracujących wyniósł 43% dla kobiet i 46% dla mężczyzn. Przeciwnie do tego, w grupie osób ubezpieczonych w KRUS udział osób pracujących był wyższy niż udział biernych i wyniósł 56% dla kobiet i 59% dla mężczyzn, podczas gdy osoby bierne zawodowo stanowiły niewiele ponad 40% rozpatrywanej zbiorowości.

Rysunek 2.1.-7. Respondenci według płci, statusu na rynku pracy i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

2.2. Sytuacja rodzinna i gospodarstwo domowe

Charakterystyka gospodarstw domowych badanych osób obejmuje:

- strukturę gospodarstw według wielkości (liczby osób je tworzących),
- strukturę gospodarstw według sytuacji rodzinnej charakteryzowanej na podstawie składu gospodarstwa domowego (gospodarstwo jednoosobowe, respon-

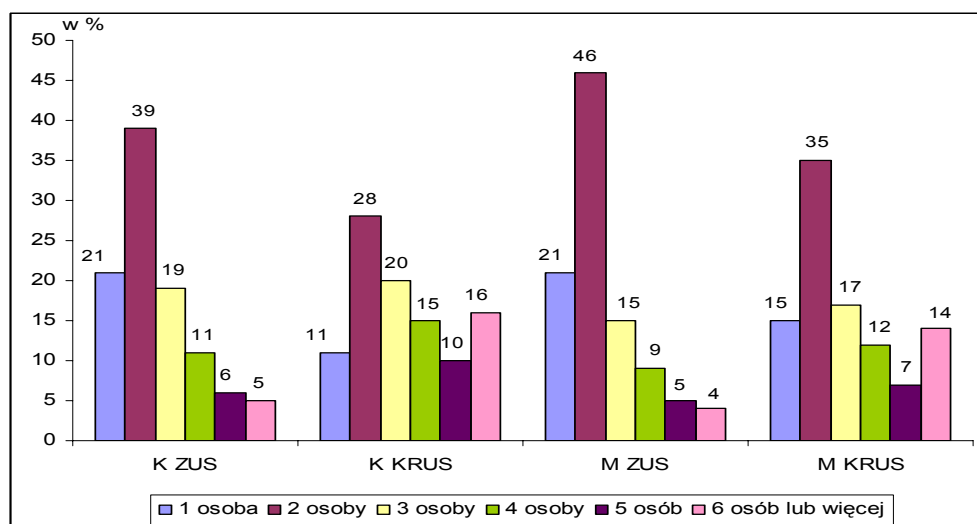
dent mieszkający bez partnera ale z innymi osobami, respondent i partner, respondent i partner mieszkający z innymi osobami),

- płeć, wykształcenie i status na rynku pracy głowy gospodarstwa,
- strukturę gospodarstw według liczby dzieci w wieku 0–14 lat, liczby osób dorosłych oraz liczby osób starszych, tzn. osób w wieku 65 i więcej, a także liczby osób sędziwych (w wieku 80 lat i więcej),
- strukturę gospodarstw według liczby osób dorosłych, starszych oraz osób sędziwych (w wieku 80 lat i więcej) wymagających opieki,
- płeć, wykształcenie i status na rynku pracy podstawowego opiekuna, czyli członka gospodarstwa domowego najbardziej zaangażowanego w świadczenie opieki.

Struktury gospodarstw są wyznaczane dla czterech subpopulacji respondentów: ubezpieczonych w ZUS według płci oraz ubezpieczonych w KRUS według płci. Także charakterystyka osób zajmujących pozycję głowy gospodarstwa oraz osób zajmujących się opieką (podstawowy opiekun) jest dokonywana dla tych czterech subpopulacji.

Struktura gospodarstw domowych według wielkości jest różna dla kobiet i mężczyzn oraz dla osób ubezpieczonych w ZUS i w KRUS (por. rys. 2.2-1), przy czym różnice według instytucji ubezpieczenia są wyraźniejsze od różnic według płci, zaś różnice struktur według płci są silniejsze dla osób ubezpieczonych w ZUS.

Rysunek 2.2-1. Gospodarstwa domowe według liczby osób

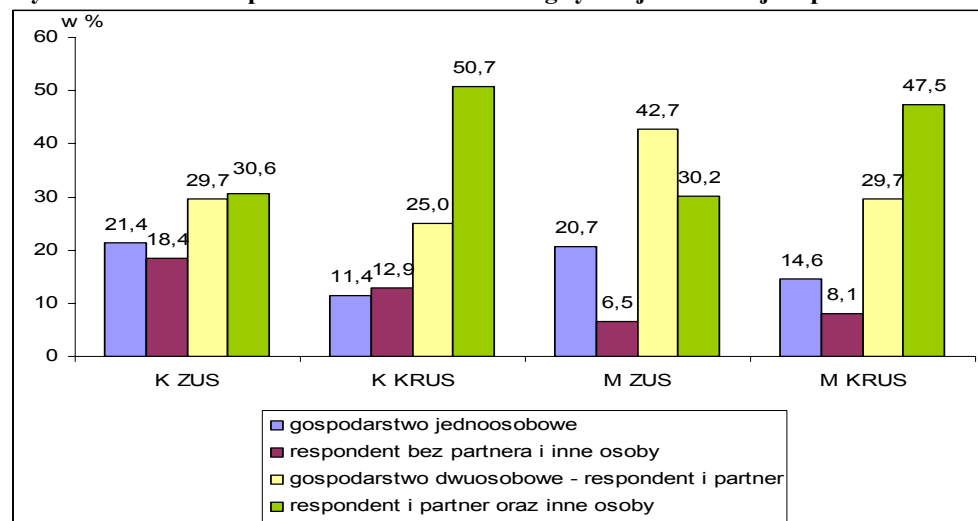


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Większość osób ubezpieczonych w ZUS tworzyła co najwyżej gospodarstwa dwuosobowe (60% kobiet i 67% mężczyzn); dla zbiorowości ubezpieczonych w KRUS odsetki te były wyraźnie niższe (39% kobiet i 50% mężczyzn). Gospodarstwa domowe osób ubezpieczonych w KRUS były zatem przeciętnie większe niż gospodarstwa osób ubezpieczonych w ZUS, także nieco większe były gospodarstwa domowe kobiet niż mężczyzn. Dla osób ubezpieczonych w ZUS średnia wielkość gospodarstwa wyniosła 2,65 osoby dla kobiet oraz 2,47 dla mężczyzn, zaś średnia liczba osób w gospodarstwach ubezpieczonych w KRUS wynosiła 3,49 dla kobiet, oraz 3,17 dla mężczyzn. Mężczyźni ubezpieczeni w ZUS mieszkają znacznie częściej niż kobiety w gospodarstwach dwuosobowych, a nieco rzadziej w gospodarstwach trzyosobowych.

Podobnie jak struktura gospodarstw według wielkości, również struktura gospodarstw według składu gospodarstwa jest odmienna dla kobiet i mężczyzn oraz ubezpieczonych w ZUS i KRUS (por. rys. 2.2-2), przy czym także różnice według płci są wyraźniejsze dla ubezpieczonych w ZUS. Połowa osób ubezpieczonych w KRUS mieszka z partnerem oraz innymi osobami, zaś taka sytuacja rodzinna dotyczy około 30% ubezpieczonych w ZUS. Z kolei co piąta osoba ubezpieczona w ZUS (zarówno kobiety jak i mężczyźni) tworzy jednoosobowe gospodarstwo domowe; odsetek ten wśród ubezpieczonych w KRUS mieści się między 11% i 15%. Generalnie osoby ubezpieczone w ZUS częściej mieszkają same niż osoby ubezpieczone w KRUS, zaś kobiety częściej niż mężczyźni mieszkają bez partnera (tworząc jednoosobowe gospodarstwo domowe lub mieszkając bez partnera, ale z innymi osobami). Ponad 40% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS mieszka jedynie z partnerką; dla pozostałych grup odsetek ten waha się od 25% do prawie 30%.

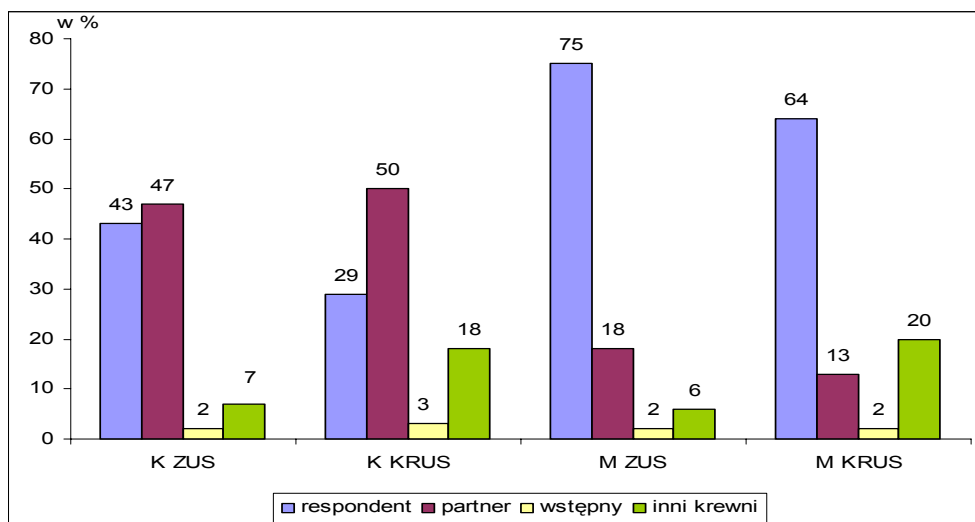
Rysunek 2.2.-2. Gospodarstwa domowe według sytuacji rodzinnej respondentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Jak można było oczekiwać, mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety byli głową gospodarstwa domowego – 75% zbadanych mężczyzn ubezpieczonych w ZUS oraz 64% ubezpieczonych w KRUS zajmowało pozycję głowy gospodarstwa (por. rys. 2.2-3). Prawie połowa ankietowanych kobiet wskazała swego partnera jako głowę gospodarstwa domowego; tak uczyniło jedynie 18% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS oraz 13% ubezpieczonych w KRUS. Wart podkreślenia jest fakt, iż dla co piątej osoby ubezpieczonej w KRUS głową gospodarstwa domowego był inny krewny. Stosunkowo wysoki udział kobiet ubezpieczonych w ZUS zajmujących pozycję głowy gospodarstwa (43%) wynika z sytuacji rodzinnej tych kobiet – blisko 40% z nich tworzyło gospodarstwa jednoosobowe i dwuosobowe bez partnera.

Rysunek 2.2.-3. Respondenci według stopnia pokrewieństwa z głową gospodarstwa domowego

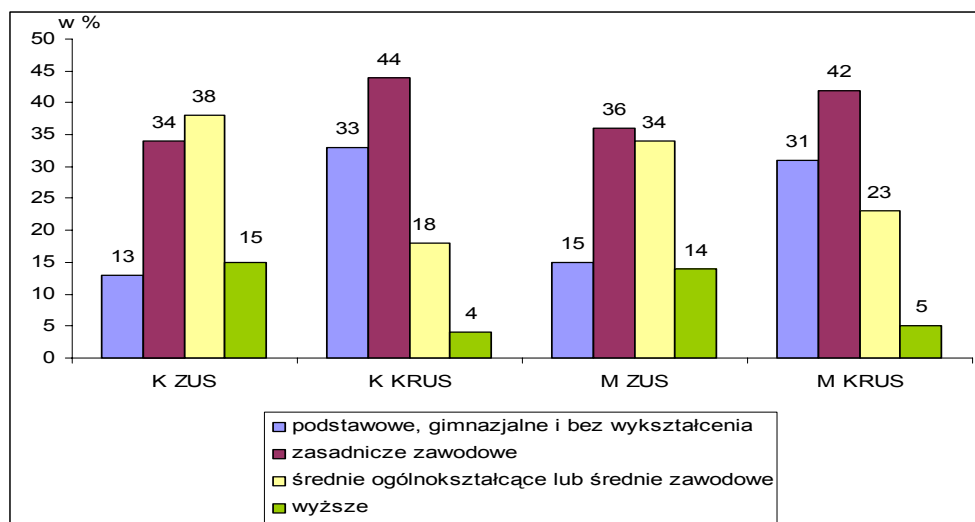


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Głowa gospodarstwa domowego osób ubezpieczonych w KRUS w zdecydowanej większości legitymowała się wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym (77% kobiet oraz 73% mężczyzn w porównaniu do 47% kobiet oraz 51% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS). Z kolei dla osób ubezpieczonych w ZUS głowa gospodarstwa częściej posiadała wykształcenie wyższe (około 15%) lub średnie (38% dla kobiet i 34% dla mężczyzn). Różnice te mogą być związane ze strukturą wykształcenia ludności zamieszkałej w miastach i na wsi, bardzo niekorzystną dla mieszkańców wsi.

Również rozkład gospodarstw domowych pod względem wykształcenia głowy gospodarstwa domowego jest różny dla czterech wyróżnionych grup (por. rys. 2.2-4).

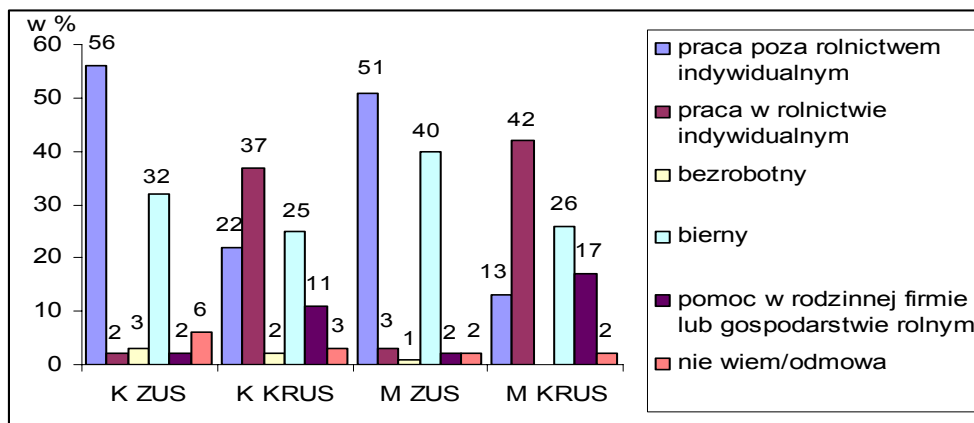
Rysunek 2.2-4. Głowa gospodarstwa domowego respondenta według poziomu wykształcenia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Podobnie jak wyżej, typ instytucji i płeć respondenta różnicuje istotnie status na rynku pracy głowy gospodarstwa domowego (rys. 2.2-5). W populacji osób ubezpieczonych w ZUS ponad połowa osób zajmujących pozycję głowy gospodarstwa domowego pracowała poza rolnictwem indywidualnym, natomiast ponad jedna trzecia kobiet i 40% mężczyzn to bierni zawodowo. Zgodnie z definicją głowy gospodarstwa są to więc osoby pobierające świadczenia. Z kolei dla osób ubezpieczonych w KRUS głowa gospodarstwa domowego najczęściej wykonywała pracę w rolnictwie (37% w gospodarstwach badanych kobiet i 42% w gospodarstwach badanych mężczyzn). W gospodarstwach kobiet głowa gospodarstwa dwukrotnie częściej pracowała poza rolnictwem niż pomagała w rodzinnej firmie lub gospodarstwie rolnym (22% wobec 11%), a w gospodarstwach mężczyzn głowa gospodarstwa rzadziej pracowała poza rolnictwem (13% wobec 17%). Warto podkreślić, iż jedna czwarta osób zajmujących pozycję głowy w gospodarstwach domowych respondentów ubezpieczonych w KRUS była bierna zawodowo, a więc korzystała ze świadczeń.

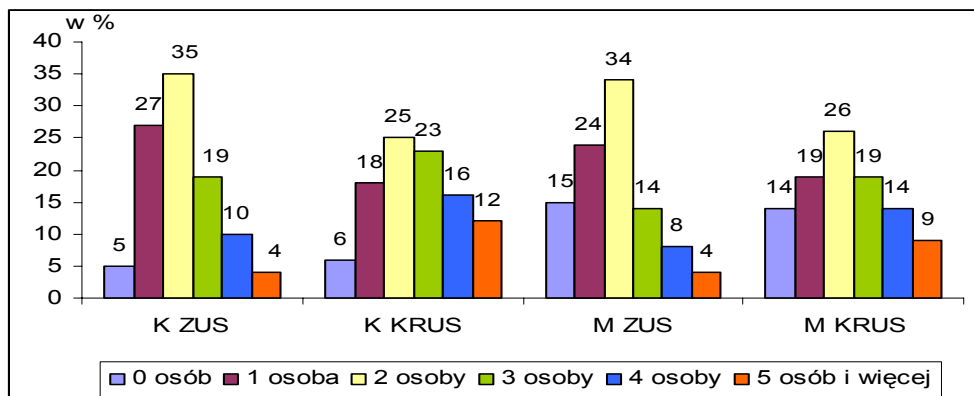
Rysunek 2.2.-5. Głowa gospodarstwa domowego respondenta według statusu na rynku pracy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

W badaniu zapytano też ankietowanych o to, ile osób dorosłych (tj. w wieku 15–64 lata) mieszka w tym samym gospodarstwie domowym. Ta zmienna różnicuje także struktury gospodarstw między czterema wyróżnionymi grupami respondentów (por. rys. 2.2-6), przy czym różnice płci w obrębie tej samej grupy ubezpieczonych są znacznie mniejsze niż pomiędzy tymi dwiema grupami. Generalnie w gospodarstwach domowych osób ubezpieczonych w KRUS częściej niż w gospodarstwach osób ubezpieczonych w ZUS mieszkały co najmniej trzy osoby dorosłe (odpowiednie wartości dla kobiet wyniosły 51% i 33% oraz dla mężczyzn 42% i 26%).

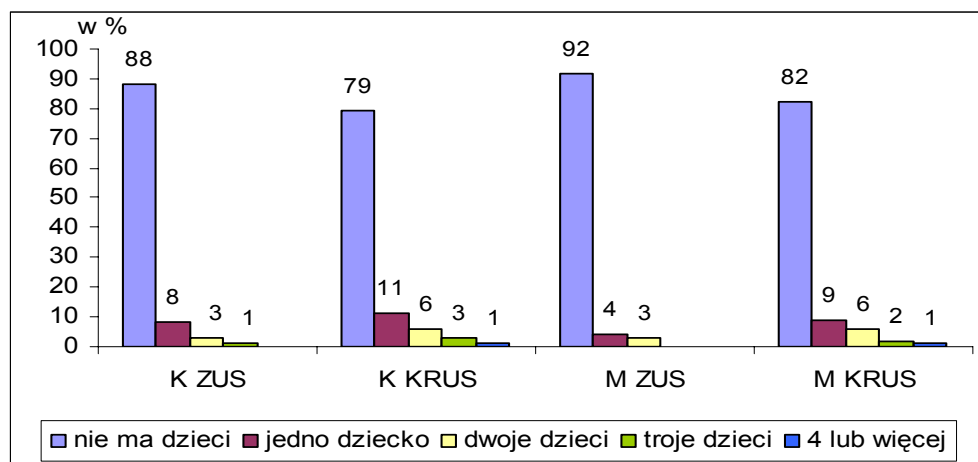
Rysunek 2.2.-6. Gospodarstwa domowe według liczby osób dorosłych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Z kolei rysunek 2.2-7 przedstawia rozkład respondentów według liczby dzieci w wieku 0–14 lat w gospodarstwie domowym. W zdecydowanej większości badanych gospodarstw domowych nie było dzieci w tym wieku (przynajmniej 79%). Dzieci były częściej członkami gospodarstw domowych osób ubezpieczonych w KRUS, co jest związane z miejscem zamieszkania i większą częstotliwością występowania wielopokoleniowych gospodarstw domowych na wsi.

Rysunek 2.2.-7. Gospodarstwa domowe według liczby dzieci w wieku 0–14 lat

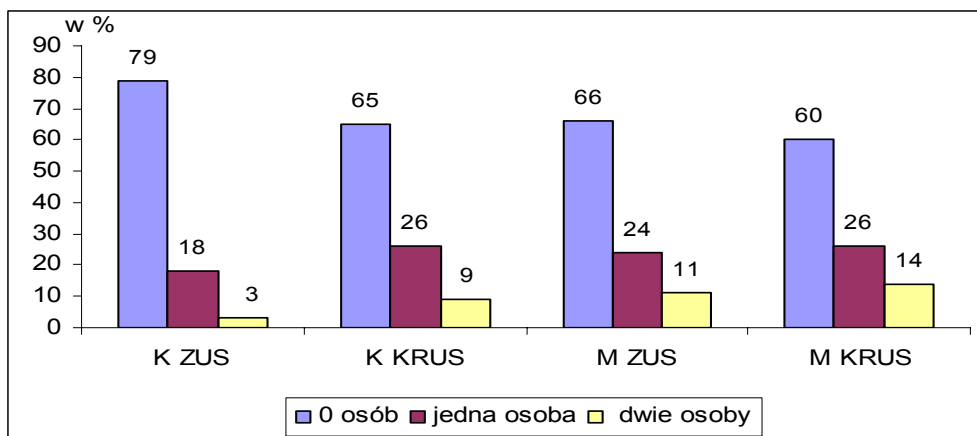


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Obecność osób starszych, tj. w wieku 65 lat i więcej, w gospodarstwie domowym pokazuje, że gospodarstwa osób ubezpieczonych w KRUS są przeciętnie starsze, tzn. częściej występowały w ich składzie osoby w tym wieku (por. rys. 2.2-8). Co piąta kobieta ubezpieczona w ZUS oraz co trzeci mężczyzna mieszkali z co najmniej jedną osobą starszą w tym samym gospodarstwie domowym, przy czym częściej były to gospodarstwa z jedną osobą starszą. Wskaźniki te dla ubezpieczonych w KRUS wynosiły odpowiednio 35% oraz 40%.

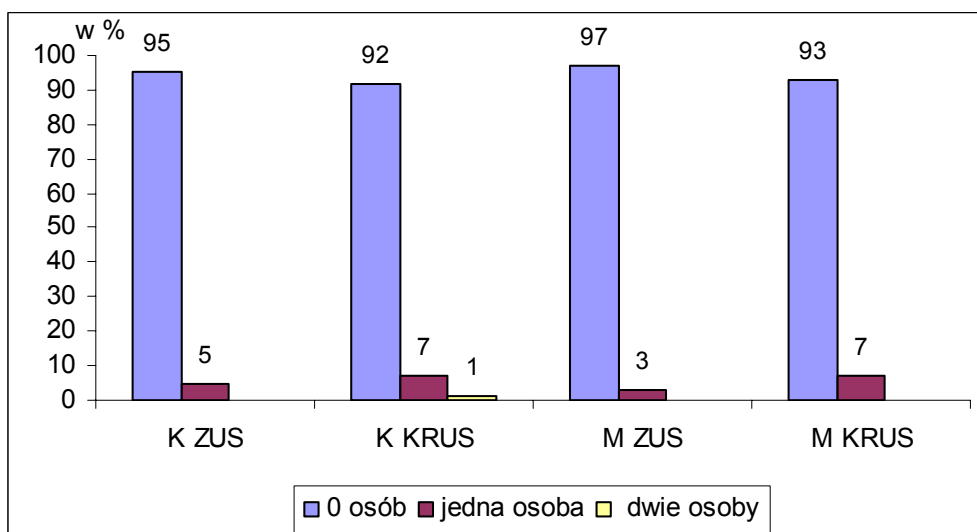
Proces starzenia się ludności w Polsce charakteryzuje się stosunkowo niskim udziałem osób sędziwych, tj. w wieku 80 lat i więcej. Dane z badania odzwierciedlają ten stan. Rysunek 2.2-9 przedstawia rozkład gospodarstw osób ankietowanych według liczby osób sędziwych mieszkających w tym samym gospodarstwie domowym. Współzamieszkiwanie z osobą sędziwą było rzadkością (poniżej 10% gospodarstw), jednak osoby ubezpieczone w KRUS nieznacznie częściej tworzyły gospodarstwo domowe z osobą w wieku 80 lat i więcej.

Rysunek 2.2.-8. Gospodarstwa domowe według liczby osób w wieku 65 lat i więcej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.2.-9. Gospodarstwa domowe według liczby osób w wieku 80 lat i więcej

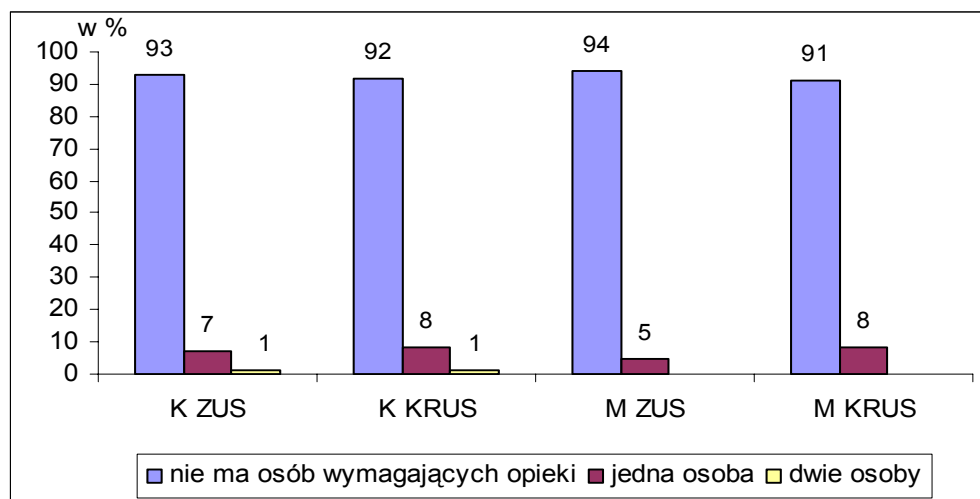


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Zapotrzebowanie na opiekę w gospodarstwie domowym może być oceniane na podstawie informacji o liczbie członków gospodarstw osób wymagających opieki. W przypadku osób dorosłych wymagających opieki sytuacja ta dotyczyła mniej niż 10% gospodarstw (por. rys. 2.2-10). Podobny rozkład gospodarstw zaobserwowano dla liczby osób w wieku 65 lat i więcej wymagających

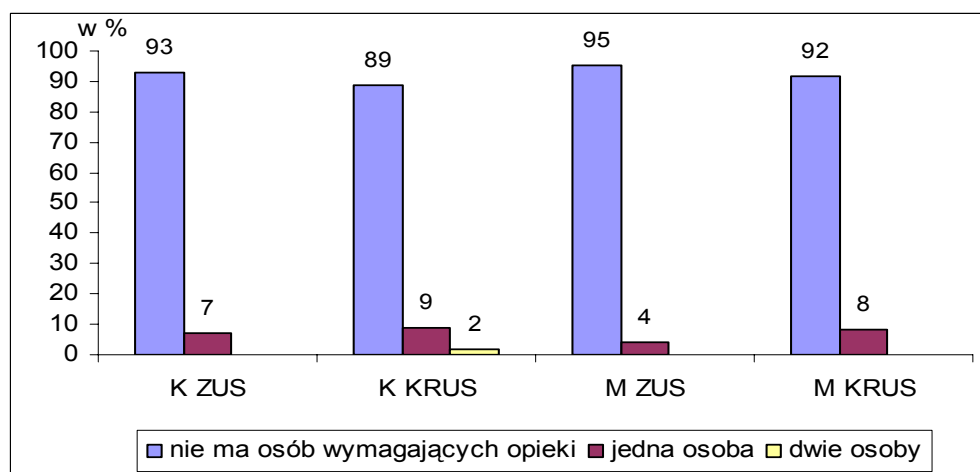
opieki (por. rys. 2.2-11). Osoby ubezpieczone w KRUS nieznacznie częściej niż ubezpieczone w ZUS mieszkają z osobami starszymi wymagającymi opieki.

Rysunek 2.2.-10. Gospodarstwa domowe według liczby osób dorosłych (15–64 lata) wymagających opieki



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.2.-11. Gospodarstwa domowe według liczby osób w wieku 65 lat i więcej wymagających opieki

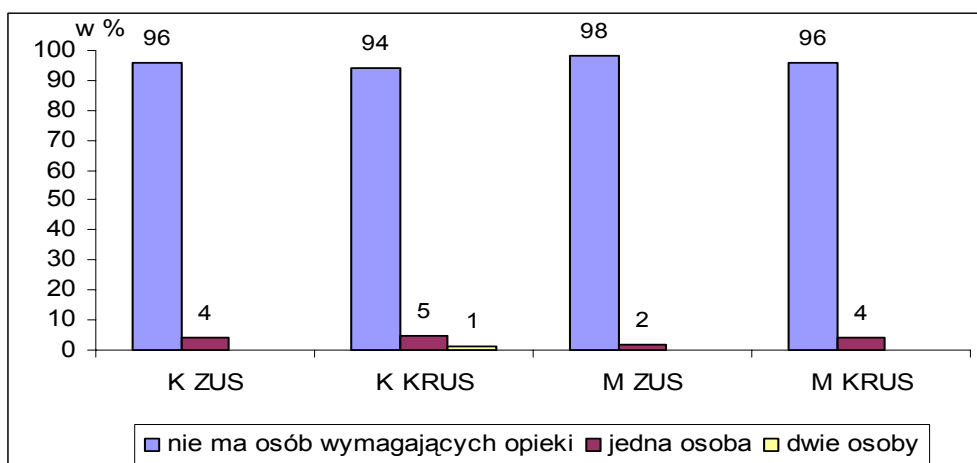


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Dla ankietowanych kobiet udział gospodarstw domowych z osobami starszymi potrzebującymi opieki był blisko trzykrotnie mniejszy niż udział gospodarstw domowych z osobami starszymi. Dla ankietowanych mężczyzn ubezpieczonych w ZUS udział ten był ośmiokrotnie niższy, zaś dla ankietowanych mężczyzn ubezpieczonych w KRUS – pięciokrotnie. Można zatem wnioskować, że relatywnie największe zapotrzebowanie na opiekę występuje w gospodarstwach badanych kobiet, mających w swym składzie osoby starsze, najmniejsze zaś w gospodarstwach mężczyzn ubezpieczonych w ZUS.

Jeśli zaś chodzi o obecność w gospodarstwie domowym osób sędziwych (w wieku 80 lat i więcej) wymagających opieki, to sytuacja ta dotyczyła rzadziej niż co dwudziestego gospodarstwa domowego (por. rys. 2.2-12). Kobiety nieznacznie częściej niż mężczyźni mieszkali z osobami sędziwymi wymagającymi opieki w tym samym gospodarstwie domowym.

Rysunek 2.2.-12. Gospodarstwa domowe według liczby osób w wieku 80 lat i więcej wymagających opieki



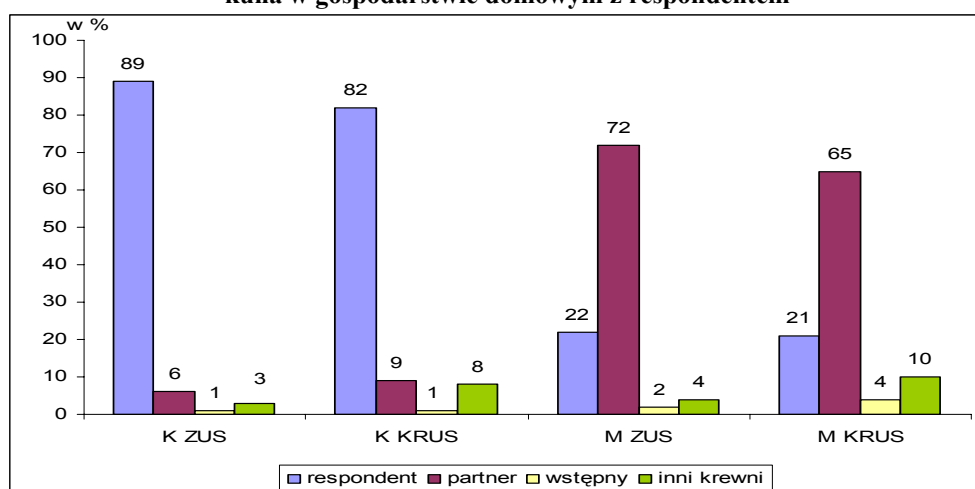
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rozkład gospodarstw według liczby osób w wieku 80 lat i więcej oraz liczby osób w wieku 80 lat i więcej wymagających opieki jest prawie identyczny, co oznacza, że zapotrzebowanie na opiekę dla tej grupy osób może być aproksymowane ich liczbą.

Z powyższych rozważań dotyczących zapotrzebowania na opiekę nad osobami dorosłymi wynika, że średnio w co dziesiątym gospodarstwie ubezpieczonych w KRUS oraz nieco częściej niż w co dwudziestym gospodarstwie ubezpieczonych w ZUS występowała taka potrzeba. Korzystając z informacji o cechach członków gospodarstw zaangażowanych głównie w świadczenie tej opieki, czyli

charakterystyk podstawowego opiekuna, należy stwierdzić, iż w zdecydowanej większości przypadków głównym opiekunem były kobiety (same respondentki lub jako żony/partnerki respondentów) (por. rys. 2.2-13). Co piąty mężczyzna przyznał, iż on sam jest podstawowym opiekunem w gospodarstwie domowym, natomiast jedynie niecałe 10% kobiet wskazało na swojego partnera jako głównego opiekuna.

Rysunek 2.2.-13. Gospodarstwa według stopnia pokrewieństwa podstawowego opiekuna w gospodarstwie domowym z respondentem

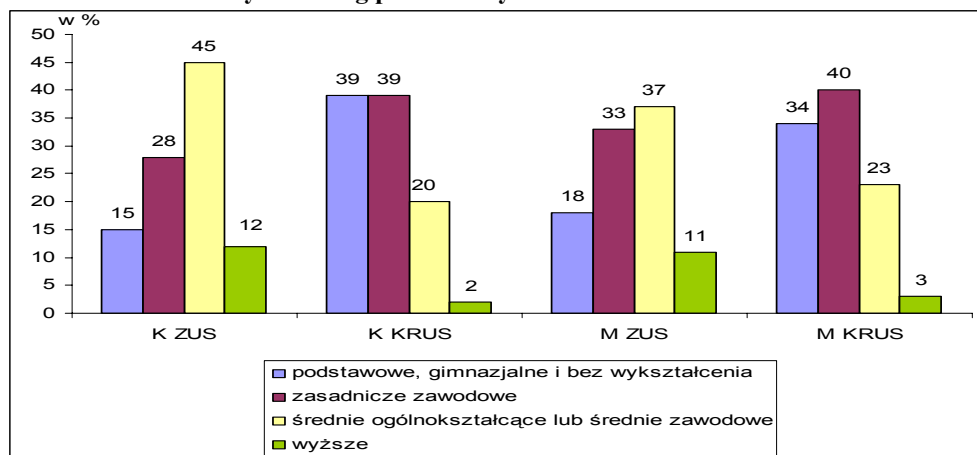


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Dla osób ubezpieczonych w KRUS w zdecydowanej większości główny opiekun w gospodarstwie domowym legitymował się wykształceniem co najmniej zasadniczym zawodowym (78% dla kobiet oraz 74% dla mężczyzn) (por. rys. 2.2-14).

Opieka była częściej łączona z pracą zawodową w grupie respondentów ubezpieczonych w KRUS – najczęściej główny opiekun w gospodarstwie domowym łączył opiekę z pracą w rolnictwie (57% kobiet i 48% mężczyzn), zaś w jednej trzeciej przypadków był bierny zawodowo (por. rys. 2.2-15). Natomiast w gospodarstwach domowych zarówno kobiet jak i mężczyzn ubezpieczonych w ZUS w połowie przypadków główny opiekun był bierny zawodowo. W jednej trzeciej gospodarstw mężczyzn opiekun pracował poza rolnictwem indywidualnym; sytuacja taka wystąpiła w 40% gospodarstw kobiet.

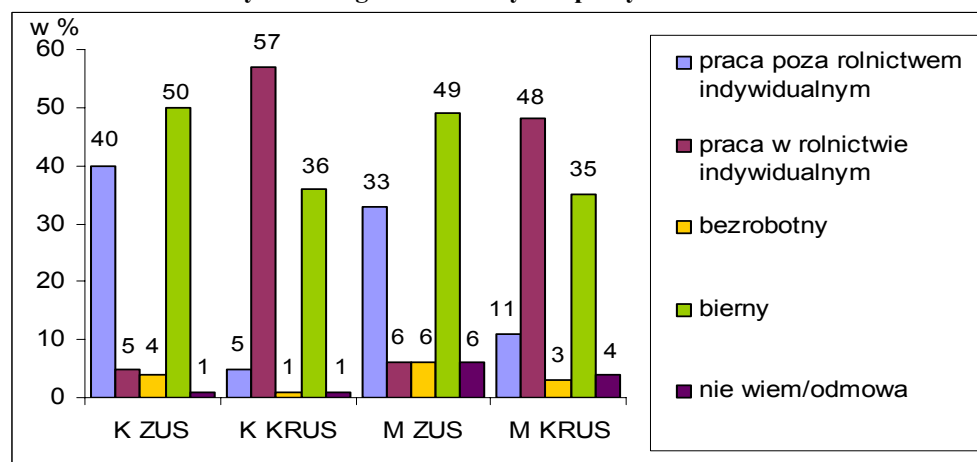
Rysunek 2.2.-14. Osoby będące podstawowym opiekunem w gospodarstwie domowym według poziomu wykształcenia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Z kolei dla osób ubezpieczonych w ZUS podstawowy opiekun częściej posiadał wykształcenie wyższe (12% – kobiety i 11% – mężczyźni) lub średnie (45% – kobiety i 37% – mężczyźni). Różnice te wynikają z odmiennej struktury wykształcenia ludności miejskiej i wiejskiej.

Rysunek 2.2.-15. Osoby będące podstawowym opiekunem w gospodarstwie domowym według statusu na rynku pracy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

2.3. Sytuacja materialna i transfery materialne między gospodarstwami domowymi

Ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych respondentów została dokonana na podstawie pytań o charakterze obiektywnym i subiektywnym. Pytano o poziom dochodu netto przypadającego na osobę w gospodarstwie domowym oraz o ocenę wystarczalności dochodów w porównaniu do potrzeb gospodarstwa domowego. Dodatkowo opis obiektywnej i subiektywnej sytuacji dochodowej uzupełniono o informacje o transferach materialnych w nieformalnej sieci wsparcia, w której znajduje się gospodarstwo domowe.

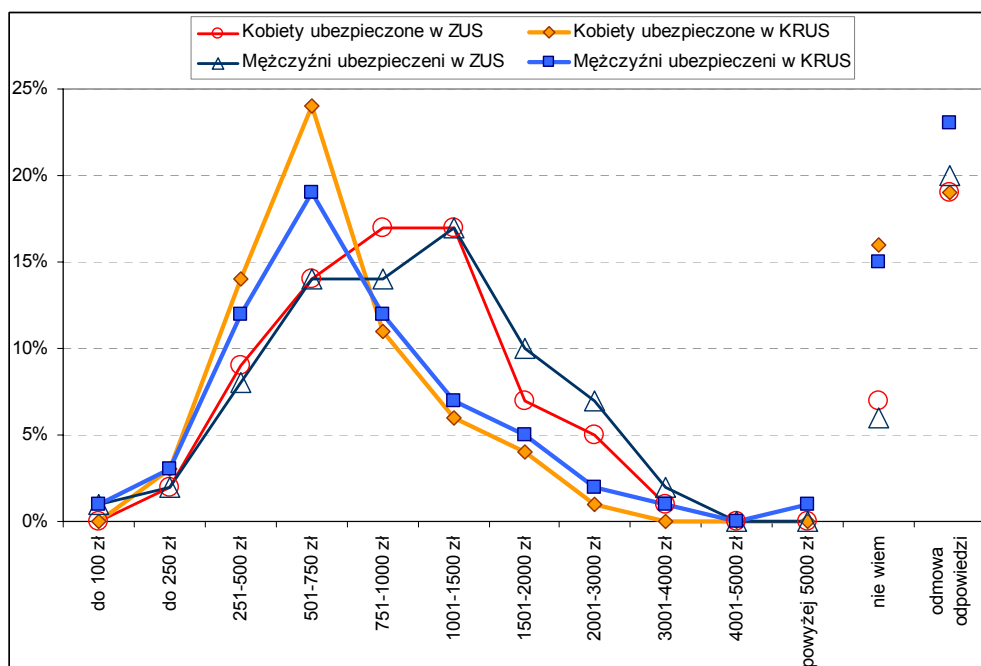
Poziom dochodów

Respondentów pytano o to, w którym z wyznaczonych dziesięciu przedziałów dochodowych mieszczą się dochody netto przypadające na jedną osobę w ich gospodarstwie domowym. Sytuacja dochodowa w gospodarstwach domowych osób ubezpieczonych w ZUS jest lepsza niż osób ubezpieczonych w KRUS. W tych pierwszych najczęściej uzyskiwano dochody netto na osobę w gospodarstwie domowym z przedziału 1001–1500 PLN (mężczyźni) lub 751–1500 PLN (kobiety), w tych drugich – z przedziału 501–750 PLN. Respondenci ubezpieczeni w KRUS zdecydowanie częściej nie znali poziomu dochodów w swoim gospodarstwie domowym⁴. Gospodarstwa domowe mężczyzn częściej w porównaniu do gospodarstw domowych kobiet występują w grupach dochodowych wyższych niż dominująca. Dla mężczyzn krzywa częstości obrazująca poziom dochodów przebiega powyżej krzywej dla kobiet w przypadku dochodów wyższych niż 750 PLN na osobę (KRUS) lub wyższych niż 1500 PLN (ZUS).

W badanej próbie występowało zróżnicowanie poziomu osiąganych dochodów według miejsca zamieszkania, przy czym można było je obserwować jedynie w gospodarstwach domowych osób ubezpieczonych w ZUS, ponieważ ubezpieczeni w KRUS w 80% mieszkali na wsi. W miastach powyżej 100 tys. mieszkańców gospodarstwa domowe częściej w porównaniu do pozostałych zaliczane były do wyższych grup dochodowych, rzadziej do niższych. W stosunku do mieszkających w dużych miastach, gospodarstwa domowe z małych miast miały rozkład przesunięty w kierunku niższych grup dochodowych, natomiast gospodarstwa domowe wiejskie były przesunięte ku niższym grupom dochodowym – zarówno w porównaniu do dużych, jak i małych miast.

⁴ Jedna czwarta respondentów ubezpieczonych w ZUS nie wiedziała, jaki jest poziom dochodów lub odmówiła udzielenia odpowiedzi, podczas gdy wśród respondentów ubezpieczonych w KRUS była to ponad jedna trzecia odpowiedzi (35% kobiet i 38% mężczyzn).

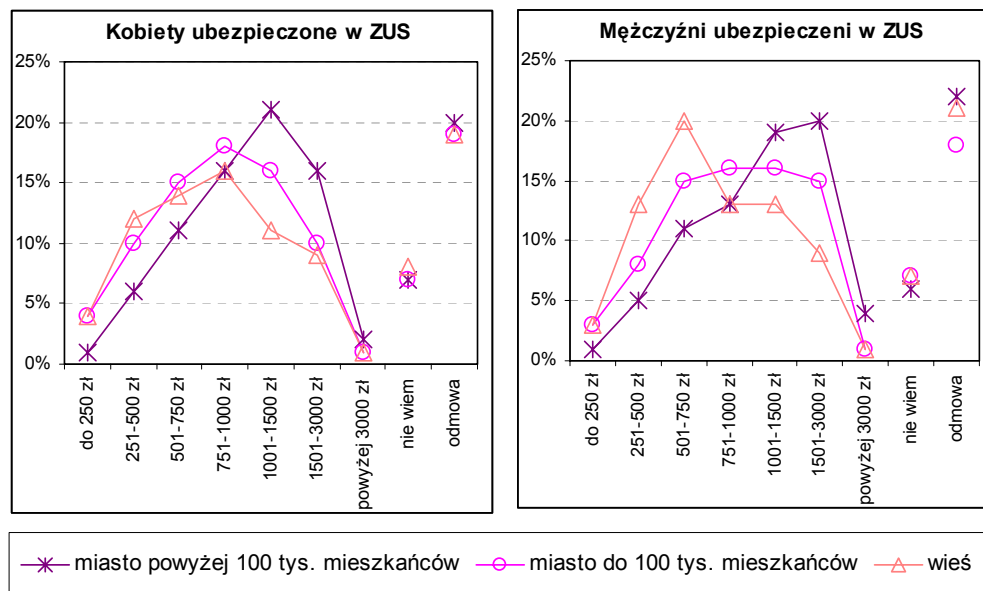
Rysunek 2.3.-1. Poziom dochodów netto na osobę w gospodarstwach domowych respondentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Jeżeli chodzi o sytuację rodzinną respondenta, to wyróżniono cztery kategorie, różnicując je ze względu na obecność partnera w gospodarstwie domowym i obecność osób innych niż partner: gospodarstwa jednoosobowe, gospodarstwa dwuosobowe (respondent i partner), gospodarstwa respondenta mieszkającego z innymi osobami, z których żadna nie jest jego partnerem, gospodarstwa respondenta i jego partnera mieszkających wraz z innymi osobami. Z porównania sytuacji dochodowej wyróżnionych typów gospodarstw domowych wynika, że obecność w gospodarstwie domowym osób innych niż partner respondenta wiąże się z gorszą sytuacją dochodową tego gospodarstwa. Wskazywałoby to na przypuszczenie, że osoby takie, częściej niż partner respondenta, nie posiadają własnego źródła dochodu. Natomiast jednoosobowe gospodarstwa domowe oraz gospodarstwa domowe par rzadziej zaliczają się do niższych (poniżej dominującej) grup dochodowych, przy czym przesunięcie do wyższych grup dochodowych jest przesunięciem przede wszystkim na rzecz grup dominujących i następnych po nich, a nie na rzecz przedziałów o najwyższych dochodach.

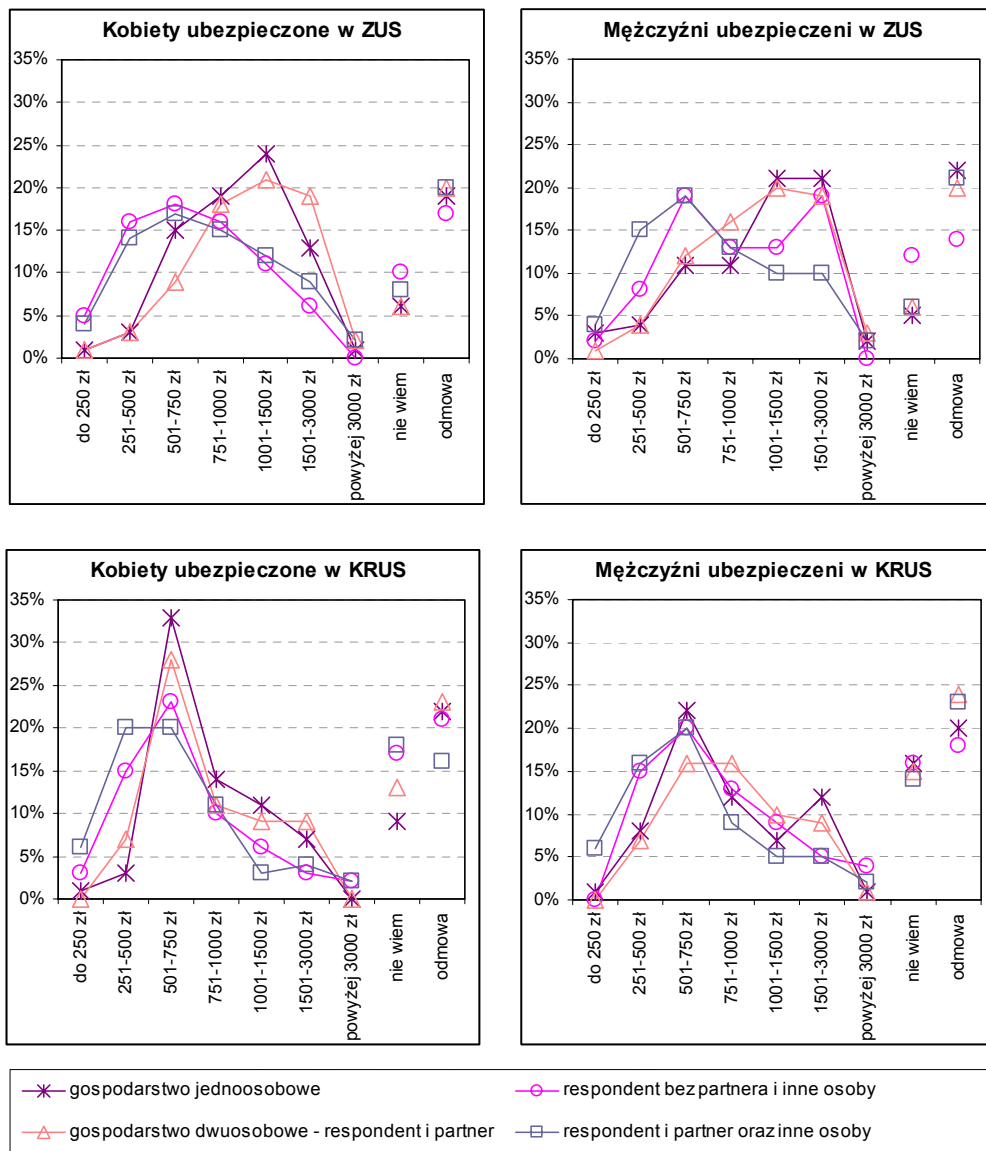
Rysunek 2.3.-2. Rozkład dochodów netto na osobę w gospodarstwach domowych osób ubezpieczonych w ZUS według miejsca zamieszkania



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

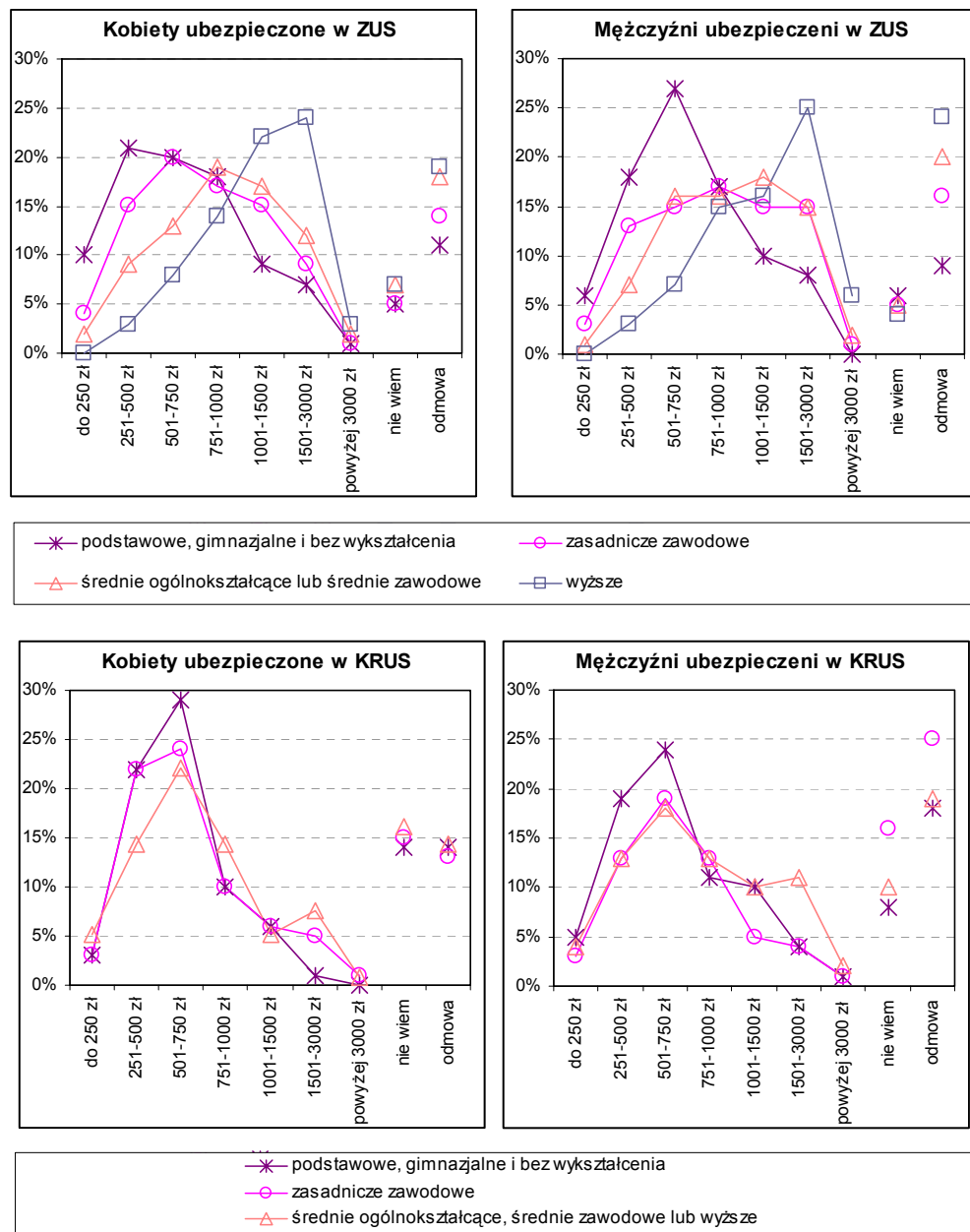
Wykształcenie głowy gospodarstwa domowego wiąże się z poziomem uzyskiwanych dochodów – im wyższe wykształcenie, tym wyższy poziom dochodów obrazowany albo średnią dochodów w danej grupie wykształcenia, albo przesunięciem w prawo rozkładu dochodów gospodarstwa domowego. Związek ten jest zdecydowanie lepiej widoczny w gospodarstwach domowych osób ubezpieczonych w ZUS, podczas gdy w gospodarstwach domowych ubezpieczonych w KRUS jest trudniej obserwowalny, częściowo ze względu na to, że bardzo rzadko są to gospodarstwa domowe z głową gospodarstwa mającą wykształcenie wyższe i relatywnie rzadziej – wykształcenie średnie. Istnieje także zależność poziomu dochodów w gospodarstwie domowym od aktywności zawodowej – w gospodarstwach domowych kobiet i mężczyzn ubezpieczonych w ZUS, jeżeli głowa gospodarstwa domowego pracuje, dochody netto na osobę w gospodarstwie domowym są wyższe niż w przypadku, gdy głowa gospodarstwa domowego jest bierna zawodowo. Ta relacja zachodzi również w przypadku gospodarstw domowych mężczyzn ubezpieczonych w KRUS, jakkolwiek różnice pomiędzy pracą a biernością są dużo mniejsze. Dla gospodarstw domowych kobiet ubezpieczonych w KRUS różnice te stają się natomiast zbyt małe, by poddawać je interpretacji. Okazuje się zatem, że gospodarstwa domowe osób ubezpieczonych w ZUS mają większą premię za pracę niż gospodarstwa domowe osób ubezpieczonych w KRUS.

Rysunek 2.3.-3. Rozkład dochodów netto na osobę w gospodarstwach domowych respondentów według ich sytuacji rodzinnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.3.-4. Rozkład dochodów netto na osobę w gospodarstwach domowych respondentów według poziomu wykształcenia głowy gospodarstwa domowego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Obecność dzieci w gospodarstwie domowym wpływa negatywnie na poziom jego dochodów, podobnie jak obecność osób dorosłych (w wieku 15–64 lata) wymagających opieki. Osoby obydwu kategorii raczej nie mają własnego źródła utrzymania (ewentualnie renty, zasiłki – a i wówczas są to dochody niższe od dochodów z pracy). Co ciekawe, już obecność osób w wieku co najmniej 65 lub 80 lat wymagających opieki nie pogarsza sytuacji dochodowej gospodarstwa domowego. Różnicę tę można wyjaśnić w ten sposób, że osoby w wieku poprodukcyjnym rzadko pozbawione są dochodu w zupełności, ponieważ najczęściej mają uprawnienia emerytalne. Stopa zastąpienia dochodu z pracy przez emerytury jest jednocześnie najwyższa ze wszystkich świadczeń społecznych.

Interesujące jest również to, że stan zdrowia respondenta silnie wpływa na poziom dochodów w gospodarstwie domowym. Przykładowo, wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry 64% pozostawało w gospodarstwach domowych o dochodach powyżej 1000 PLN na osobę, wśród oceniających jako dobry – 50%, jako taki sobie – 37%, jako zły – 23%, jako bardzo zły – 18%. Wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS te odsetki wynosiły odpowiednio: 42%, 28%, 19%, 10% i 3%; wśród mężczyzn ubezpieczonych w ZUS: 75%, 58%, 43%, 29%, 16%; wśród mężczyzn ubezpieczonych w KRUS: 60%, 29%, 25%, 19%, 5%⁵. Stan zdrowia respondenta jest jego cechą indywidualną, ale może wpływać na poziom gospodarstwa domowego w dwojaki sposób. Z jednej strony, osoba o gorszym stanie zdrowia może wybierać prace mniej wymagające, ale niżej płatne. Z drugiej strony, obecność osoby oceniającej stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły może zostać przełożona na poziom gospodarstwa domowego jako informacja o obecności osoby wymagającej opieki, ale uwzględnienie informacji w takiej formie w przypadku analizowanej próby nie przyniosło rezultatu⁶. Co więcej, poziom dochodów jest informacją o charakterze obiektywnym i nie powinien podlegać modyfikacjom ze względu na dotkliwość własnej sytuacji, co może mieć miejsce w przypadku oceny subiektywnej. W zracjonalizowaniu tych wyników przydatne będzie natomiast zauważenie, że istnieje związek pomiędzy ubóstwem i stanem zdrowia, który w badaniach rozpatruje się w obydwu kierunkach przyczynowości (por. np. Sowa 2007). Podobnie stan zdrowia jest silnie związany z poziomem wykształcenia, co pokazują także analizy z punktu 2.4, a wyższy poziom wykształcenia przekłada się na wyższe dochody.⁷

⁵ Odsetki policzone bez odpowiedzi „nie wiem” i odmów.

⁶ Konkretnie chodzi o modyfikację zmiennej: obecność osoby dorosłej wymagającej opieki w gospodarstwie domowym, która konstruowana była wyłącznie na podstawie stanu zdrowia innych niż respondent członków gospodarstwa domowego w taki sposób, by uwzględniała także stan zdrowia respondenta. Rozkłady dochodów według obydwu rodzajów zmiennych pokazujących obecność członków gospodarstwa domowego wymagających opieki nie różnią się.

⁷ Poziom wykształcenia jest często traktowany jako zmienna symptomatyczna dla stanu zdrowia. Powyżej pokazano wpływ wykształcenia głowy gospodarstwa domowego na uzyskiwane dochody w gospodarstwie domowym, ale podobna zależność obserwowana jest także dla wykształcenia respondenta. Dzieje się tak dlatego, że wykształcenie członków gospodarstwa domowego jest wzajemnie powiązane.

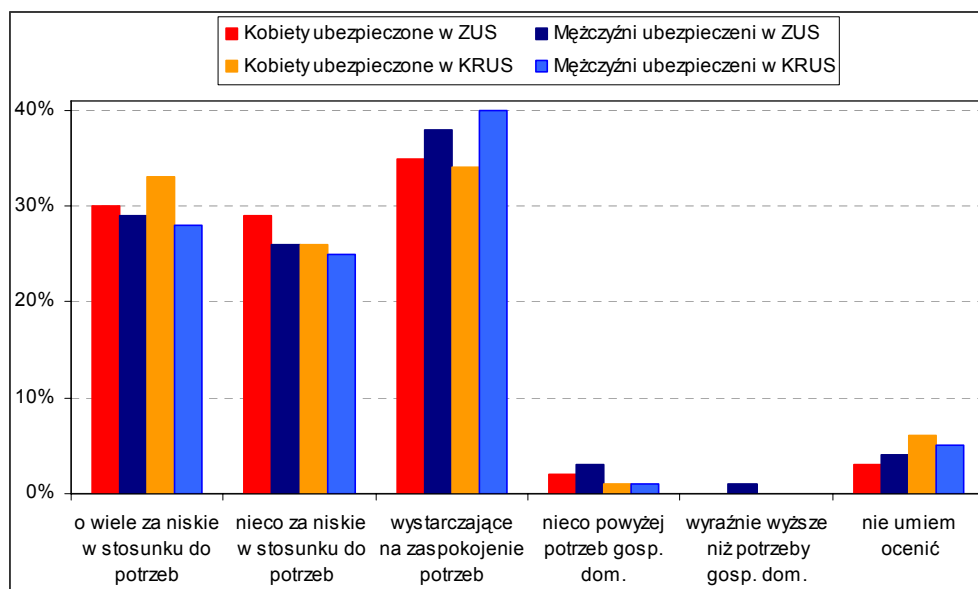
Na podstawie otrzymanych wyników można również zauważyć związek pomiędzy sprawowaniem opieki przez respondenta a poziomem dochodów w gospodarstwie domowym. Rozkład dochodów gospodarstw domowych respondentów sprawujących opiekę jest przesunięty w kierunku niższych grup dochodowych w porównaniu do gospodarstw domowych respondentów niezaangażowanych w opiekę. Ponadto im większy wymiar godzinowy sprawowanej opieki, tym częstsze wskazania w grupach dochodowych poniżej dominującej dla danej zbiorowości (jakkolwiek w przypadku respondentów KRUS możliwość obserwowania tej prawidłowości jest ograniczona ze względu na niewystarczające liczebności). Ponownie zatem cecha indywidualna respondenta, opisująca jego zaangażowanie w opiekę wykazuje związek z dochodami w gospodarstwie domowym, czyli wyraża prawidłowość zachodzącą na poziomie gospodarstwa domowego. Po części wynika to z faktu, że w gospodarstwach domowych około połowy respondentów zaangażowanych w sprawowanie opieki obecne były osoby jej wymagające. Nadal jednak pozostaje druga połowa respondentów, która opiekuje się osobami spoza gospodarstwa domowego, i dla której również obserwowany jest negatywny wpływ faktu sprawowania opieki na rozkład dochodów w gospodarstwie domowym. Ta grupa respondentów skłania do wnioskowania, że sprawowanie opieki ma związek z sytuacją dochodową. Nie ma podstaw do stwierdzenia, czy sprawowanie opieki pogarsza sytuację materialną, na przykład przez ograniczenie możliwości zarobkowania, czy też osoby w gorszej sytuacji materialnej częściej świadczą opiekę, bo na przykład wiąże się to z innymi uwarunkowaniami świadczenia opieki (niższe wykształcenie, zamieszkiwanie na wsi).

Wystarczalność dochodów

W pytaniu o wystarczalność dochodów dla zaspokojenia potrzeb gospodarstwa domowego możliwych było pięć odpowiedzi określających dochody jako: o wiele za niskie, nieco za niskie w stosunku do potrzeb, wystarczające na zaspokojenie potrzeb, nieco powyżej lub wyraźnie wyższe od potrzeb gospodarstwa domowego. Możliwe było także uchylenie się od odpowiedzi dla osób nie będących w stanie ocenić dochodów gospodarstwa pod kątem jego potrzeb. Skorzystało z tego 3–6% odpowiadających w każdej z czterech grup respondentów.

Większość respondentów twierdziła, że dochody ich gospodarstwa domowego są zbyt niskie (o wiele lub nieco za niskie), aby zaspokoić potrzeby. Taką odpowiedź wskazywało od 53% (mężczyźni ubezpieczeni w KRUS) do 59% respondentów (kobiety ubezpieczone w ZUS lub KRUS). Częściej niż co trzeci respondent określał dochody swojego gospodarstwa domowego jako wystarczające, aby zaspokoić potrzeby. Była to jednocześnie najczęściej wskazywana odpowiedź. Wystarczalność dochodów w stosunku do potrzeb częściej stwierdzali mężczyźni niż kobiety. Respondenci rzadko odpowiadali, że dochody w ich gospodarstwach domowych są wyższe (nieco lub wyraźnie) niż potrzeby (najczęściej, w 4% odpowiedzi, uznawali tak mężczyźni ubezpieczeni w ZUS).

Rysunek 2.3.-5. Ocena wystarczalności dochodów przez respondentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

W gospodarstwach domowych mieszkających na wsi częściej niż w mieszkających w miastach możliwe jest zaspokojenie potrzeb przy pomocy posiadanych dochodów. Przy tym deklarują to częściej respondenci mieszkający w dużych niż małych miastach.

Wykształcenie respondenta bardzo wyraźnie wpływa na ocenę sytuacji materialnej jego gospodarstwa domowego. Im wyższy poziom wykształcenia respondenta, tym rzadziej wskazywane są stwierdzenia o niewystarczalności dochodów dla zaspokojenia potrzeb i tym częściej posiadane dochody starczą do tego celu. Bez wątpienia jest to związane z wyższymi dochodami osiąganymi przez gospodarstwa domowe osób lepiej wykształconych, ale być może w grę wchodzi w tym wypadku także umiejętności gospodarowania tymi środkami.

Generalnie, respondenci z gospodarstw domowych, których głowy pracują, częściej deklarują, że dochody są wystarczające do zaspokojenia potrzeb, niż respondenci z gospodarstw domowych z głową zawodowo nieaktywną. Wyjątkiem są kobiety ubezpieczone w KRUS, które rzadziej deklarują, że dochód pozwala na zaspokojenie potrzeb, jeżeli głowa ich gospodarstwa domowego pracuje w rolnictwie indywidualnym, niż gdy jest bierna zawodowo (choć już w gospodarstwach domowych z głową pracującą poza rolnictwem indywidualnym możliwość zaspokojenia potrzeb jest większa niż w gospodarstwach z głową nieaktywną zawodowo).

Ocena wystarczalności dochodów różni się w zależności od sytuacji rodzinnej respondentów. Respondentom żyjącym w dwuosobowych gospodarstwach domowych z partnerem częściej niż pozostałym wystarcza dochodów do zaspokojenia potrzeb i najrzadziej dochód nie pozwala na ich zaspokojenie. Odwrotnie jest w przypadku respondentów mieszkających w gospodarstwie domowym z osobami innymi niż partner. One najczęściej skarżą się na niedostateczny dochód, najrzadziej podają, że dochód ich gospodarstwa domowego pozwala na zaspokojenie jego potrzeb.

Obecność dzieci w gospodarstwie domowym sprawia, że dochód gospodarstwa domowego rzadziej pozwala na zaspokojenie jego potrzeb. Związana z posiadaniem dzieci niekorzystna relacja liczby osób pracujących w gospodarstwie domowym do liczby osób pozostających na utrzymaniu znajduje wyraz w poziomie dochodu, a to bezpośrednio przekłada się na mniejszą wystarczalność dochodu. Ponadto obecność dzieci w gospodarstwie domowym jest źródłem potrzeb o charakterze rozwojowym (kształcenie w systemie szkolnym i pozaszkolnym), które mają wysoki priorytet w hierarchii potrzeb gospodarstwa domowego, a jednocześnie często są dość kosztowne.

Obecność osób wymagających opieki w gospodarstwie domowym, podobnie jak obecność dzieci, wpływa na stosunek liczby osób uzyskujących dochody (szczególnie dochody z pracy) do liczby osób na utrzymaniu oraz powoduje szczególne wydatki związane z opieką, takie jak na przykład zakup leków i specjalistycznych dóbr, zakup usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych, zdrowotnych. Oczywiście osoby wymagające opieki niekoniecznie są pozbawione dochodu, ponieważ mogą otrzymywać świadczenia społeczne, ale z reguły świadczenia te są niższe od dochodów z pracy. W konsekwencji gospodarstwom, w których jest osoba wymagająca opieki (w wieku 15–64 lata lub w wieku co najmniej 65 lat) częściej osiągany dochód nie pozwala na zaspokojenie potrzeb niż pozostałym.

Ocena wystarczalności dochodów jest związana także ze stanem zdrowia respondenta. Zły stan zdrowia jest dodatnio skorelowany ze stwierdzeniem niewystarczalności dochodu gospodarstwa domowego w stosunku do jego potrzeb.

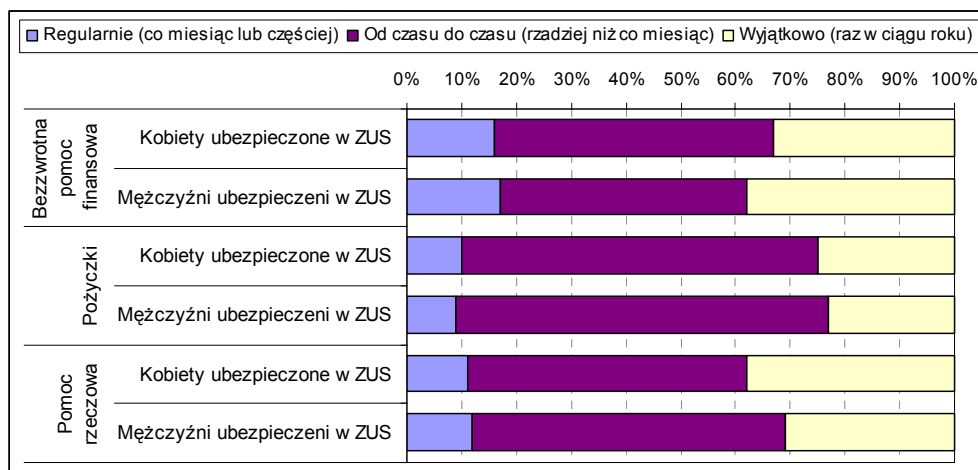
Respondenci, którzy deklarują sprawowanie opieki nad osobami z gospodarstwa domowego albo spoza niego, częściej niż niesprawujący opieki deklarują, że dochody w ich gospodarstwie nie zapewniają zaspokojenia potrzeb. Jednocześnie ci pierwsi mają przeciętnie niższe dochody, czyli subiektywna ocena własnej sytuacji materialnej odpowiada stanowi obiektywnemu.

Subiektywna ocena sytuacji dochodowej gospodarstwa domowego z dużą regularnością jest pochodną jej obiektywnych wskaźników. Im wyższy dochód na osobę w gospodarstwie domowym, tym częściej uznawano, że dochody gospodarstwa domowego pozwalają na zaspokojenie jego potrzeb.

Transfery materialne pomiędzy gospodarstwami domowymi

Transfery materialne otrzymywało od 5% do 10% gospodarstw domowych (kobiety: 10% ubezpieczone w ZUS, 5% – w KRUS; mężczyźni: 7% ubezpieczeni w ZUS, 5% – w KRUS). Najczęściej pomoc otrzymywano w formie pożyczek (3–5% gospodarstw domowych), nieco rzadziej w formie bezzwrotnej – finansowej (2–4%) i rzeczowej (1–3%). Spośród tych gospodarstw domowych, które otrzymywały pomoc materialną, częstotliwość otrzymywania pomocy była zbliżona dla każdej z jej form. Najczęściej, bo w ponad połowie przypadków, wskazywano, że pomoc otrzymywana jest z umiarkowaną częstotliwością – raz na kilka miesięcy. Średnio kilkanaście procent gospodarstw domowych otrzymywało pomoc materialną w sposób regularny, co najmniej raz w miesiącu. Najczęściej na regularne otrzymywanie pomocy wskazywano w przypadku bezzwrotnej pomocy finansowej.

Rysunek 2.3.-6. Częstotliwość otrzymywania pomocy materialnej według jej form (osoby ubezpieczone w ZUS)

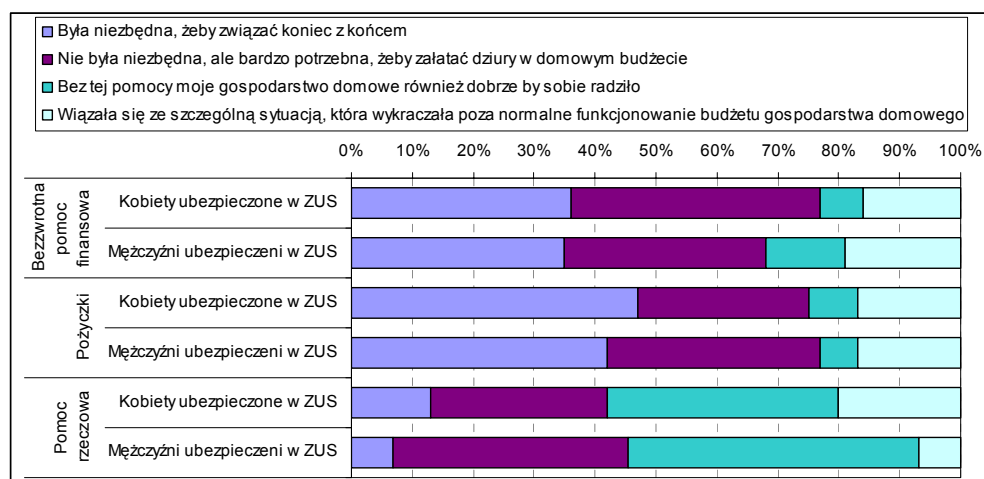


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

O ile forma otrzymywanej pomocy nie różnicowała częstotliwości otrzymywania pomocy, o tyle jej znaczenie dla budżetu gospodarstwa domowego różni się w zależności od tego, czy jest to pomoc finansowa bezzwrotna, zwrotna, czy pomoc rzeczowa. Pomoc finansowa ma zdecydowanie większe znaczenie dla budżetu gospodarstw domowych – dla ponad jednej trzeciej z nich bezzwrotna pomoc finansowa otrzymywana od innych gospodarstw domowych była niezbędna, żeby związać koniec z końcem, dla prawie 80% taka pomoc była niezbędna lub bardzo potrzebna. W przypadku zwrotnej pomocy finansowej również dla blisko 80% gospodarstw domowych była ona niezbędna albo potrzebna, ale w tym wypadku

nawet wyższy (około 45%) był odsetek gospodarstw domowych, dla których budżetu ta forma pomocy była niezbędna. Taki obraz pokazuje, że transfery finansowe otrzymywane przez gospodarstwo domowe mają nie tylko znaczenie więziotwórcze albo wyrównujące pomiędzy gospodarstwami domowymi, ale przede wszystkim mają zasadnicze znaczenie bytowe. Transfery rzeczowe miały mniejszą wagę dla budżetu domowego. Nie więcej niż kilkanaście procent respondentów stwierdzało, że były one niezbędne, natomiast najczęściej wskazywano, że bez tej pomocy gospodarstwo domowe również dobrze by sobie radziło.

Rysunek 2.3.-7. Znaczenie dla budżetu gospodarstwa domowego otrzymywanej pomocy materialnej według jej form (osoby ubezpieczone w ZUS)



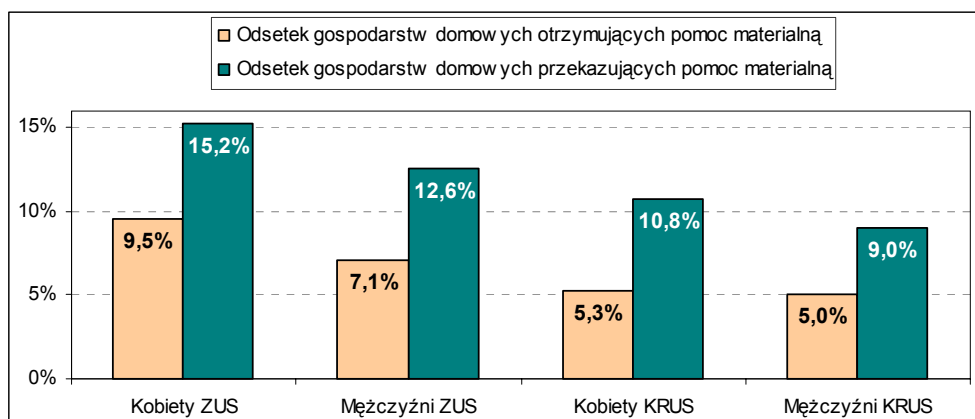
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Oprócz pytań o transfery otrzymywane, pytano również o sytuację, kiedy gospodarstwo domowe potrzebowało pomocy, ale nie mogło jej otrzymać. W ciągu ostatniego roku w sytuacji takiej znalazło się od 2% (mężczyźni ubezpieczeni w KRUS) do 4% (kobiety i mężczyźni ubezpieczeni w ZUS) respondentów. Nie wydaje się, że jest to dużo, ale jeżeli zestawzić te deklaracje z informacjami o otrzymywaniu pomocy, to okazuje się, że liczba gospodarstw domowych, które były w potrzebie i nie otrzymały pomocy, stanowi około połowy gospodarstw domowych, które z takiej pomocy korzystały. W pewnym uproszczeniu (bo nie wszyscy, którzy pomoc finansową otrzymują, jednocześnie jej potrzebują) można powiedzieć, że jedna trzecia gospodarstw domowych potrzebujących wsparcia materialnego, takiego wsparcia od innych gospodarstw domowych nie otrzymuje.

Respondenci prawie dwukrotnie częściej deklarowali przekazywanie transferów materialnych niż ich otrzymywanie – od 9–15% gospodarstw domowych

pomagało w co najmniej jednej z trzech wskazanych form (ubezpieczeni w ZUS: 15% kobiet i 13% mężczyzn; ubezpieczeni w KRUS: 11% kobiet i 9% mężczyzn).

Rysunek 2.3.-8. Odsetki gospodarstw domowych otrzymujących i przekazujących transfery materialne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

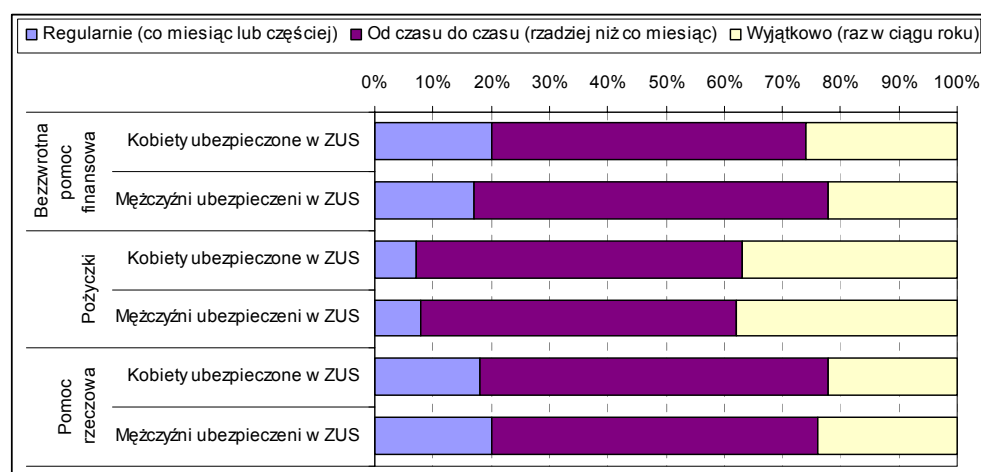
Stwierdzona przewaga deklaracji o przekazywaniu pomocy nad tymi o pomocy otrzymywanej może mieć dwojakie źródło. Z jednej strony stwierdza się często, że skłonnością respondentów jest przypisywanie większej wagi pomocy, którą sami przekazują niż otrzymują (por. np. Daszyńska 1998; Okrasa 1999; Milic-Czerniak 1999). Z drugiej strony, na podstawie innych badań można stwierdzić, że zbiorowość poddana badaniu powinna charakteryzować się większą aktywnością jako dawca niż biorca transferów. Gospodarstwa domowe, których głowa przekroczyła 54. rok życia – a do takich w przeważającej mierze należą respondenci – przekazują transfery materialne częściej niż otrzymują (por. Styrc 2007). Być może zatem częstsze deklarowanie świadczenia pomocy materialnej niż jej otrzymywania w tym wypadku jest nie tyle, albo nie tylko, wynikiem psychologicznej prawidłowości odpowiadania na to pytanie, ale jest także uwarunkowane stanem faktycznym.

Gospodarstwa domowe respondentów ubezpieczonych w ZUS najczęściej udzielały pomocy w formie bezzwrotnej finansowej – deklarowało to 8% respondentek i 7% respondentów. Nieco rzadziej (5–6% wskazań) udzielana była pomoc rzeczowa lub pożyczki. Gospodarstwa domowe respondentów ubezpieczonych w KRUS pomagały najczęściej w formie darów finansowych lub rzeczowych (4% lub 5%), najrzadziej natomiast w postaci pożyczek (3%).

W przypadku każdej formy udzielanej pomocy częstotliwość wskazywana najczęściej, to: od czasu do czasu (raz na kilka miesięcy) – dotyczy ona ponad

połowy przypadków. Obydwie pozostałe częstotliwości – regularnie, czyli co miesiąc lub częściej oraz wyjątkowo, czyli raz w roku – wskazywane są zdecydowanie rzadziej, przy czym najrzadziej deklarowane jest regularne świadczenie pomocy.

Rysunek 2.3.-9. Częstotliwość przekazywania pomocy materialnej według jej form (osoby ubezpieczone w ZUS)

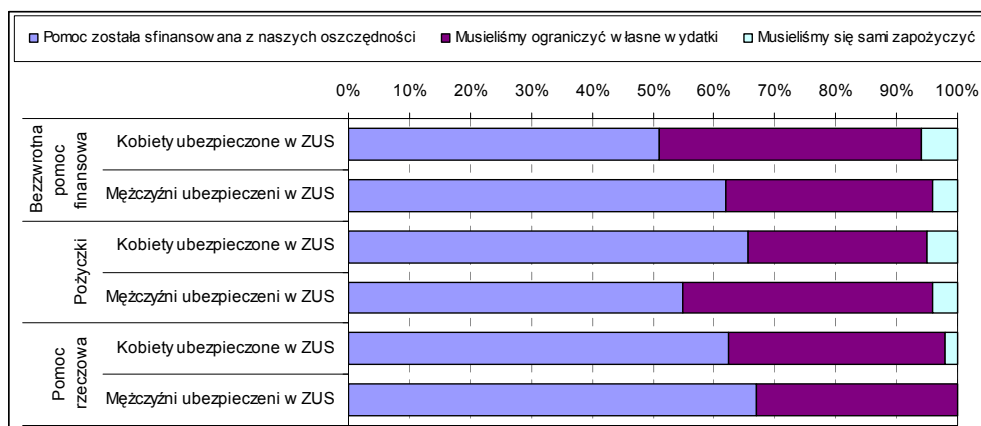


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Pomoc materialna świadczona była najczęściej ze środków pochodzących z oszczędności, tj. ze skumulowanej nadwyżki dochodów nad potrzebami. Pomoc finansowana w ten sposób nie powodowała ograniczenia konsumpcji gospodarstwa domowego. Z oszczędności pochodziła pomoc w ponad połowie przypadków w odniesieniu do każdej z trzech form, przy czym najczęściej działało się tak w przypadku pomocy rzeczowej, nieco rzadziej w przypadku pożyczek, a najrzadziej – w przypadku bezzwrotnej pomocy finansowej. Gospodarstwo domowe mogło również finansować świadczoną pomoc poprzez ograniczenie własnych wydatków i na takie rozwiązanie wskazywała przeważnie ponad jedna trzecia respondentów, przy czym największe odsetki odpowiedzi tego rodzaju występowały w przypadku pomocy bezzwrotnej. Bardzo rzadko gospodarstwa domowe finansowały pomoc materialną świadczoną na rzecz innych gospodarstw domowych poprzez zadłużenie – jeżeli już, to relatywnie często działało się to w przypadku pomocy zwrotnej dla innych gospodarstw domowych.

Wyraźnie widoczny jest związek pomiędzy sposobem finansowania pomocy udzielanej innym gospodarstwom domowym a sytuacją dochodową gospodarstwa domowego dawcy – dobra sytuacja dochodowa częściej umożliwia pokrycie kosztów pomocy z oszczędności, nie wymagając ograniczenia konsumpcji, czy też zadłużenia gospodarstwa domowego.

Rysunek 2.3.-10. Sposób finansowania udzielanej pomocy finansowej według jej form (osoby ubezpieczone w ZUS)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Respondenci byli także pytani o to, czy ich gospodarstwa domowe znalazły się w sytuacji takiej, że nie były w stanie pomóc krewnym i znajomym, którzy prosili o pomoc. Na zaistnienie takiej sytuacji w ciągu ostatniego roku wskazało 5–9% respondentów (ubezpieczeni w ZUS: 9% kobiet i 9% mężczyzn; ubezpieczeni w KRUS: 7% kobiet i 5% mężczyzn). Znowu wartości te odniesione do wielkości udzielanej pomocy wydają się dużym wskaźnikiem, z którego wynika w uproszczeniu (bo przy założeniu, że gospodarstwa domowe respondentów pomagały wyłącznie gospodarstwom potrzebującym pomocy), że w 40% próśb o pomoc gospodarstwa domowe respondentów nie były w stanie tej pomocy udzielić.

Ponieważ już wcześniej pojawiła się kwestia związku pomiędzy sytuacją dochodową gospodarstwa domowego a aktywnością opiekuńczą respondenta, warto spojrzeć jeszcze, jak ta aktywność wpływa na otrzymywanie i przekazywanie transferów materialnych. Okazuje się, że zaangażowanie w opiekę sprzyja zarówno otrzymywaniu pomocy materialnej w ogóle i w każdej z wyróżnionych form, jak i przekazywaniu pomocy materialnej (w ogóle i według form). Jest to wynik wart wyróżnienia, ponieważ należało raczej oczekiwać, że cechy sprzyjające otrzymywaniu będą odwrotnością cech sprzyjających udzielaniu pomocy (por. Styrc 2007). Tak jest na przykład w przypadku dochodu – im niższy dochód, tym częściej gospodarstwa domowe otrzymują pomoc materialną i tym rzadziej ją świadczą. Na tym etapie analizy nie można jednak wyjaśnić, dlaczego taka prawidłowość nie jest obserwowana w przypadku transferów materialnych i sprawowania opieki przez respondenta.

Podsumowanie

Spojrzenie na sytuację materialną gospodarstwa domowego opisywaną zarówno poprzez mierniki obiektywne jak i subiektywne oraz przez udział gospodarstwa w wymianie transferów materialnych w sieci nieformalnej, z jednej strony potwierdziło zależności znane i oczekiwane, a z drugiej strony pozwoliło na spojrzenie na sytuację materialną w kontekście opieki. Zgodny z oczekiwaniami był niższy poziom dochodów ludności związanej z rolnictwem (ubezpieczeni w KRUS) od dochodów ludności związanej z sektorem pozarolniczym (ubezpieczeni w ZUS), dodatni wpływ wykształcenia na poziom dochodów i wzrost dochodów wraz z klasą miejscowości zamieszkania, relacja pomiędzy dochodami z pracy a dochodami z emerytury na korzyść pracujących (w ograniczony sposób obserwowana w gospodarstwach domowych osób ubezpieczonych w KRUS). Wyraźnie widoczna była różnica w zakresie relacji pomiędzy dochodami z pracy a dochodami z emerytury pomiędzy gospodarstwami związanymi z sektorem rolniczym (na korzyść otrzymujących emeryturę) i pozarolniczym (na korzyść pracujących). Obecność osób nieposiadających własnego źródła utrzymania (dzieci lub osoby wymagające opieki) lub posiadających dochody o przeciętnie niskiej wysokości (osoby wymagające opieki bez uprawnień emerytalnych) obniżała dochód przypadający na osobę. Znaczenie dla poziomu dochodów gospodarstwa domowego miały także cechy indywidualne respondenta, takie jak stan zdrowia i zaangażowanie w sprawowanie opieki.

Wyższe dochody przekładały się najczęściej wprost na lepszą ocenę ich wystarczalności dla zaspokojenia potrzeb gospodarstwa, jakkolwiek stwierdzono także wyjątki od tej zasady. Przede wszystkim wyraźna różnica w poziomie dochodów, istniejąca pomiędzy gospodarstwami ubezpieczonymi w KRUS i ZUS nie znalazła wyrazu w subiektywnej ocenie własnej sytuacji materialnej gospodarstwa domowego. Po drugie, obecność w gospodarstwie domowym osób wymagających opieki w wieku co najmniej 65 lat nie wpływała negatywnie na poziom dochodów gospodarstwa domowego, ponieważ osoby takie przeważnie posiadają własne źródło dochodu. Natomiast w przypadku oceny subiektywnej obecność osób wymagających opieki miała wpływ negatywny, niezależnie od ich wieku.

Świadczenie i przekazywanie transferów materialnych przez gospodarstwa domowe analizowane było poprzez pytania o częstotliwość transferów, ich znaczenie dla budżetu gospodarstwa domowego świadczącego i otrzymującego, z wyróżnieniem trzech form transferów materialnych. Kontekst dla przekazywanych transferów materialnych stanowiła informacja o niemożności w tym zakresie – otrzymania pomocy w sytuacji potrzeby oraz udzielenia pomocy w sytuacji, gdy od gospodarstwa domowego tego oczekiwano. Badane gospodarstwa domowe częściej przekazywały niż otrzymywały pomoc materialną, przy czym przepływy w obydwu kierunkach miały najczęściej umiarkowaną częstotliwość – zdarzały się raz na kilka miesięcy. Otrzymywane transfery materialne, a szczególnie transfery finansowe, miały duże znaczenie dla budżetu gospodarstwa domowego – były

przeważnie albo niezbędne, albo bardzo potrzebne do jego domknięcia. Przekazywanie transferów materialnych było najczęściej możliwe dzięki oszczędnościom gospodarstwa domowego, czasami wymagało też ograniczenia bieżących wydatków albo zadłużenia.

2.4. Subiektywna ocena stanu zdrowia oraz niepełnosprawność

Stan zdrowia może być przeszkodą kontynuacji czy podjęcia (ponownego) pracy dla osób w rozpatrywanym wieku. Celem rozważań niniejszej części jest analiza samooceny stanu zdrowia badanych osób, zasięgu niepełnosprawności biologicznej oraz prawnej w tej grupie, a także określenie, na ile niepełnosprawność utrudnia czy uniemożliwia respondentom pracę zawodową.

Ocena stanu zdrowia respondentów zostanie dokonana na podstawie ich subiektywnej opinii (wyrażonej w odpowiedzi na pytanie: „Jak ogólnie określiłby Pan/określiłaby Pani stan swojego zdrowia?”), ujętej w pięciostopniowej skali Likerta (zdrowie: bardzo dobre, dobre, takie sobie, złe, bardzo złe). Uściślenie tej oceny może być dokonane na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Czy z powodu problemów zdrowotnych (choroby przewlekłej, kalectwa) w ciągu co najmniej ostatnich sześciu miesięcy odczuwa (ma) Pan/Pani ograniczoną zdolność do wykonywania podstawowych czynności, właściwych dla Pana/Pani wieku?” Możliwe odpowiedzi były następujące: tak, całkowicie ograniczoną; tak, poważnie ograniczoną; nie. Uznajemy, że odpowiedzi na to pytanie pozwalają na ocenę zasięgu niepełnosprawności biologicznej. Dodatkowo możliwe jest ustalenie zasięgu niepełnosprawności potwierdzonej orzeczeniem prawnym, bowiem zadano respondentom pytanie: „Czy posiada Pan/Pani ważne orzeczenie ustalające niesprawność (niezdolność do pracy lub inwalidztwo) wydane przez Zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności/ZUS lub KRUS?” Analiza, na ile stan zdrowia tych osób (z orzeczeniem prawnym o niesprawności) wpływa na ograniczenie lub rezygnację z pracy, może być dokonana na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Czy z powodu ograniczenia sprawności (z powodu pogorszenia się stanu zdrowia) musiał Pan/ musiała Pani ograniczyć pracę (lub: zrezygnować z pracy)?”.

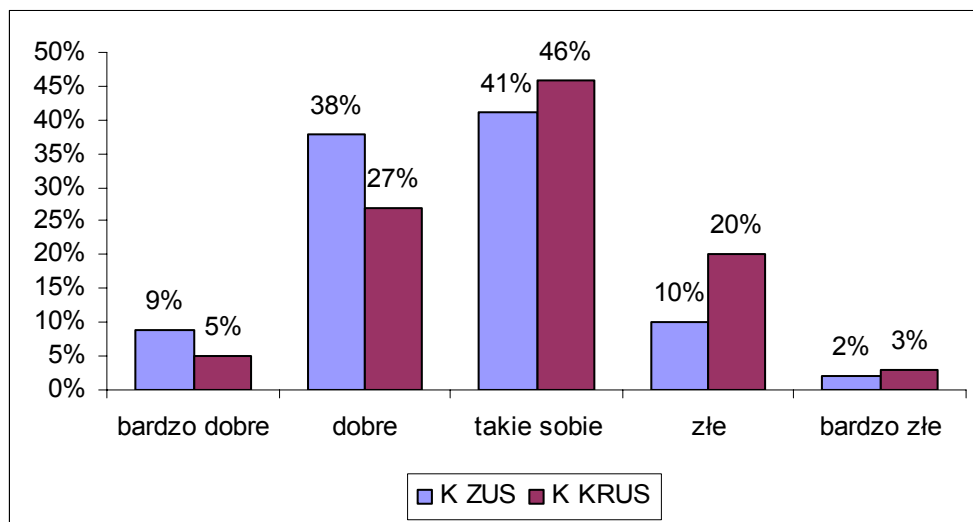
Analizy zostaną przeprowadzone dla wyróżnionych czterech subpopulacji respondentów z uwzględnieniem wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia oraz statusu na rynku pracy.

Subiektywna ocena stanu zdrowia

Prawie połowa ankietowanych oceniła swoje zdrowie jako przeciętne (takie sobie) (por. rys. 2.4-1 i 2.4-2). Osoby ubezpieczone w ZUS (zarówno kobiety jak i mężczyźni) częściej niż osoby ubezpieczone w KRUS oceniły swoje zdrowie

jako dobre i bardzo dobre (47% wobec 32% w przypadku kobiet oraz 43% i 35% w przypadku mężczyzn). Odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe był wyższy dla osób ubezpieczonych w KRUS niż dla osób ubezpieczonych w ZUS (kobiety: 23% wobec 12%, mężczyźni: 20% wobec 16%). Wśród ubezpieczonych w ZUS kobiety charakteryzowały się lepszym stanem zdrowia niż mężczyźni (częściej oceniały swoje zdrowie jako co najmniej dobre oraz rzadziej jako złe lub bardzo złe), do czego może się przyczyniać ich młodszy wiek. Jednak wśród ubezpieczonych w KRUS mężczyźni deklarują lepszy stan zdrowia, mimo tego że są starsi.

Rysunek 2.4.-1. Samoocena stanu zdrowia respondentów, kobiety

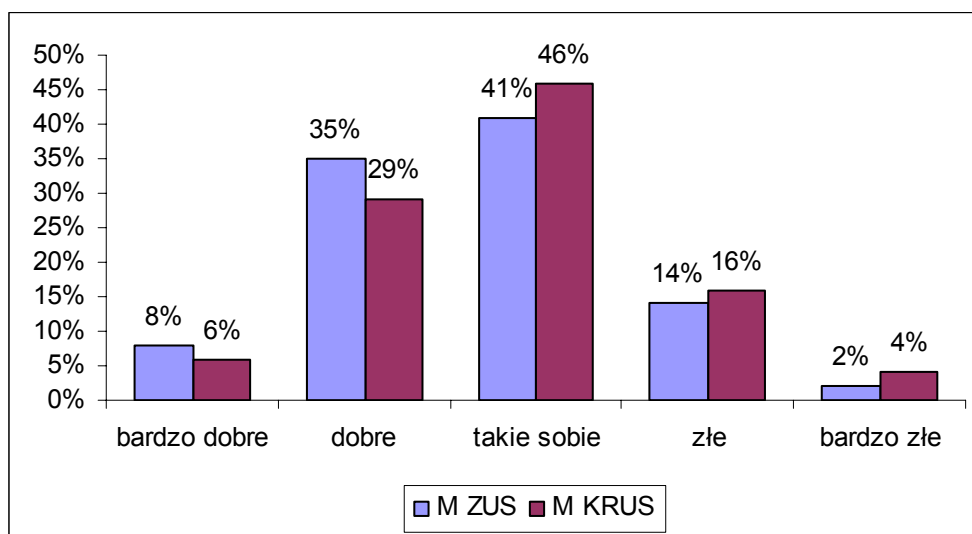


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Podobnie jak wskazują wyniki innych analiz (por. np. Abramowska 2007, Abramowska 2005, Bień 2003), samoocena stanu zdrowia ankietowanych pogarsza się wraz z wiekiem dla wszystkich wyróżnionych grup (por. tab. 2.4-1 oraz rys. 2.4-3 i 2.4-4). Wraz z wiekiem maleje odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, natomiast rośnie udział osób oceniających swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, oraz jako takie sobie. Charakterystyczne jest przy tym, że różnice udziału kobiet oceniających przynajmniej dobrze swój stan zdrowia utrzymują się dla obu grup ubezpieczonych na korzyść kobiet ubezpieczonych w ZUS. Wartości tego wskaźnika są identyczne dla mężczyzn w wieku 55-59 lat z obu grup ubezpieczonych; w następnej grupie wieku spadają wyraźniej dla mężczyzn ubezpieczonych w KRUS, by w najstarszej grupie wieku znowu się zbliżyć. Zmiany udziału wskazań na zły lub bardzo zły stan zdrowia wśród kobiet przebie-

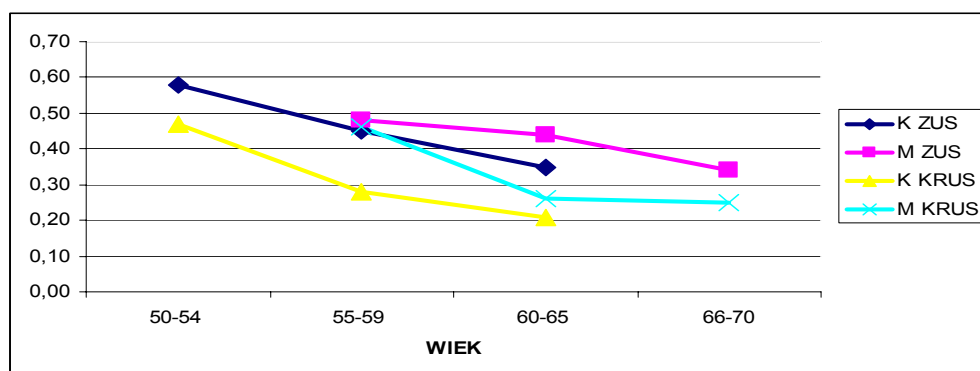
gają regularnie, lecz odmiennie dla obu grup – dla kobiet z KRUS samoocena pogarsza się silniej dla wieku 55–59 lat, zaś dla ubezpieczonych w ZUS – w grupie wieku 60–65 lat. Z kolei zmiany tego udziału dla mężczyzn są nieregularne – dla wieku 55–59 oraz 66–70 lat samoocena jest zbliżona dla obu grup ubezpieczonych, a różnice niekorzystne dla mężczyzn z KRUS dotyczą wieku 60–65 lat.

Rysunek 2.4.-2. Samoocena stanu zdrowia respondentów, mężczyźni



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4-3. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry według wieku, płci, i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



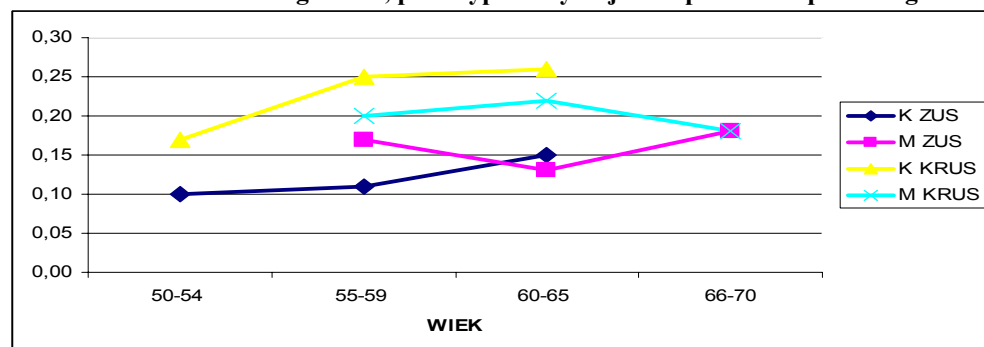
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Tabela 2.4.-1. Samoocena stanu zdrowia ankietowanych według płci, wieku i typu instytucji ubezpieczenia społecznego (w odsetkach)

Wiek	bardzo dobre	dobrze	takie sobie	złe	bardzo złe	razem
KOBIECY ZUS						
50–54 lat	12%	46%	31%	9%	1%	100%
55–59 lat	8%	37%	44%	9%	2%	100%
60–65 lat	5%	30%	50%	13%	2%	100%
KOBIECY KRUS						
50–54 lat	8%	39%	37%	16%	1%	100%
55–59 lat	4%	24%	47%	22%	3%	100%
60–65 lat	2%	19%	53%	21%	5%	100%
MĘŻCZYŹNI ZUS						
55–59 lat	11%	37%	35%	15%	2%	100%
60–65 lat	6%	38%	43%	11%	2%	100%
66–70 lat	6%	28%	47%	15%	3%	100%
MĘŻCZYŹNI KRUS						
55–59 lat	7%	39%	35%	16%	4%	100%
60–65 lat	6%	20%	51%	19%	3%	100%
66–70 lat	4%	21%	57%	14%	4%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-4. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły według wieku, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

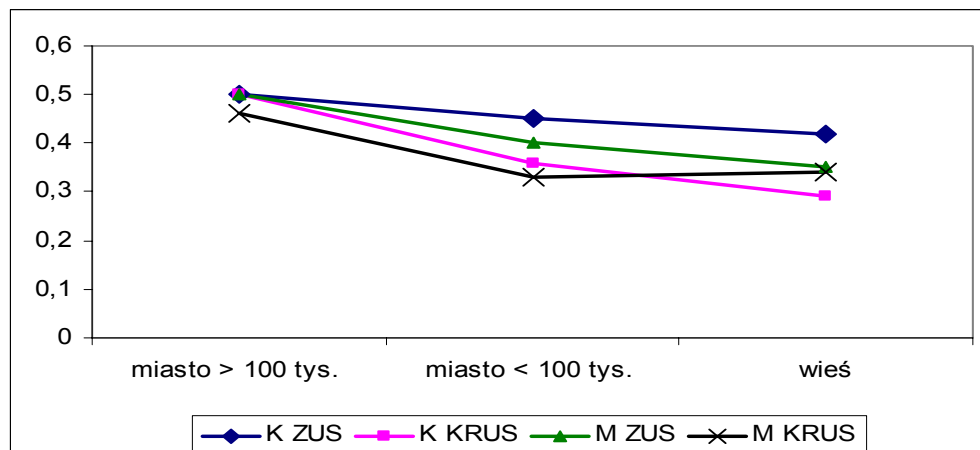
Kolejną cechą różnicującą opinię respondentów o stanie ich zdrowia jest miejsce zamieszkania. Im mniejsza miejscowość, tym rzadziej respondenci oceniają swoje zdrowie jako co najmniej dobre oraz częściej oceniają je jako złe lub bardzo złe (por. tab. 2.4-2 oraz rys. 2.4-5 i 2.4-6). Sektor bieżącego lub przeszłego zatrudnienia wpływa jedynie na oceny wyrażane przez kobiety – mieszkanki wsi ubezpieczone w ZUS znacznie lepiej oceniają swój stan zdrowia, przy czym różnice są szczególnie wyraźne dla ocen złych i bardzo złych. Oceny mężczyzn zamieszkujących na wsi, ubezpieczonych w ZUS i KRUS, są prawie jednakowe.

Tabela 2.4.-2. Samoocena stanu zdrowia ankietowanych według płci, miejsca zamieszkania i typu instytucji ubezpieczenia społecznego (w odsetkach)

Miejsce zamieszkania	bardzo dobre	dobre	takie sobie	złe	bardzo złe	razem
KOBIETY ZUS						
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	9%	41%	39%	8%	1%	100%
miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	9%	36%	42%	12%	2%	100%
wieś	7%	35%	45%	12%	1%	100%
KOBIETY KRUS						
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	8%	42%	40%	10%	0%	100%
miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	5%	31%	48%	13%	3%	100%
wieś	4%	25%	46%	21%	3%	100%
MĘŻCZYŹNI ZUS						
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	10%	40%	39%	10%	2%	100%
miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	7%	33%	41%	16%	2%	100%
wieś	8%	27%	44%	17%	3%	100%
MĘŻCZYŹNI KRUS						
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	3%	43%	43%	9%	3%	100%
miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	7%	26%	47%	16%	2%	100%
wieś	6%	28%	46%	17%	4%	100%

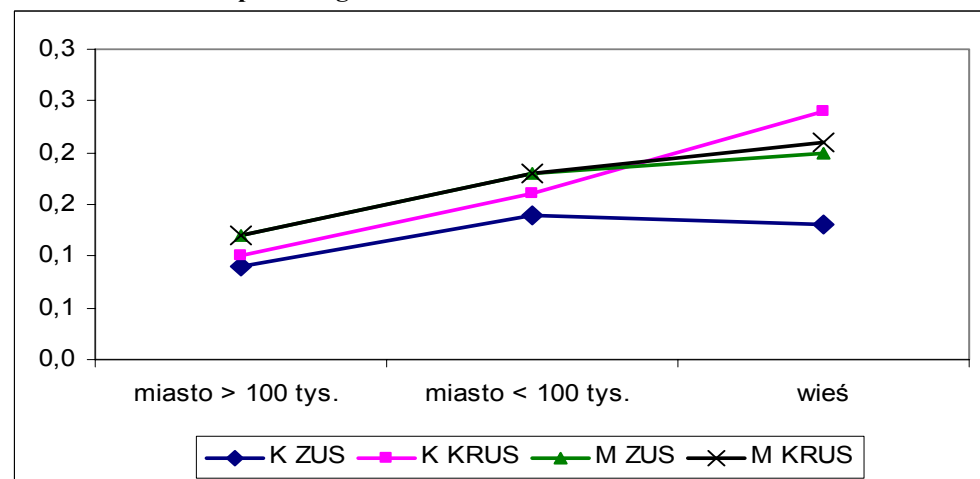
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-5. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry według miejsca zamieszkania, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-6. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły według miejsca zamieszkania, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Stan cywilny jest kolejną cechą różnicującą samoocenę stanu zdrowia, przy czym jego wpływ jest bardziej widoczny w przypadku osób ubezpieczonych w KRUS (por. tab. 2.4-3 oraz rys. 2.4-7 i 2.4-8). Wdowy i wdowcy ubezpieczeni

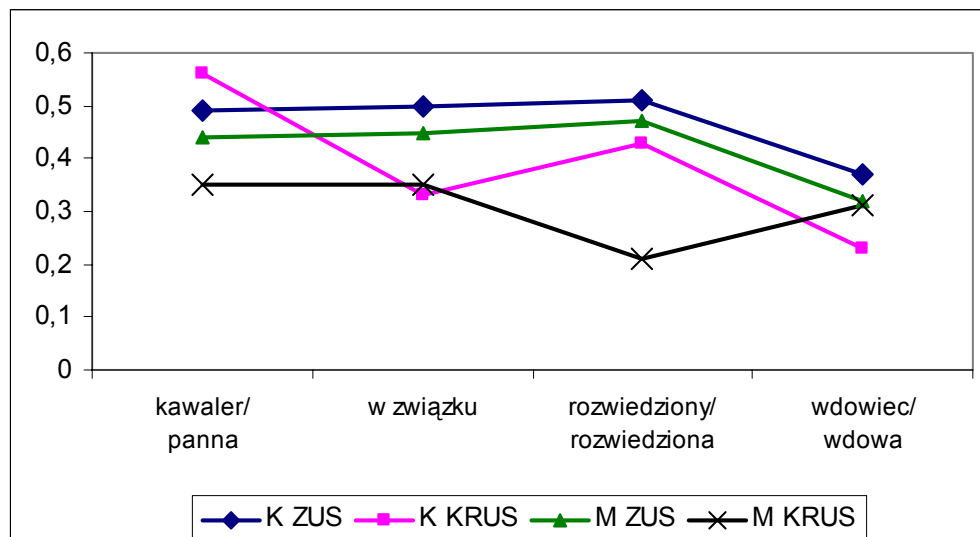
w ZUS dużo rzadziej oceniali swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry niż osoby w pozostałych kategoriach stanu cywilnego, które niemalże równie często opisały swoje zdrowie jako co najmniej dobre. Wśród ubezpieczonych kobiety rozwiedzione częściej niż pozostające w związku lub wdowy wyrażają opinie pozytywne, zaś rozwiedzeni mężczyźni najrzadziej w porównaniu do pozostałych oceniają stan swego zdrowia jako bardzo dobry lub dobry.

Tabela 2.4.-3. Samoocena stanu zdrowia ankietowanych według płci, stanu cywilnego i typu instytucji ubezpieczenia społecznego (w odsetkach)

Stan cywilny	bardzo dobre	dobrze	takie sobie	złe	bardzo złe	razem
KOBIETY ZUS						
kawaler/panna	12%	37%	43%	8%	0%	100%
w związku	9%	41%	39%	10%	2%	100%
rozwiedziony/rozwiedziona	11%	40%	39%	8%	2%	100%
wdowiec/wdowa	6%	31%	49%	13%	2%	100%
KOBIETY KRUS						
kawaler/panna	13%	43%	26%	17%	0%	100%
w związku	5%	28%	44%	20%	3%	100%
rozwiedziony/rozwiedziona	7%	36%	39%	14%	4%	100%
wdowiec/wdowa	2%	21%	57%	18%	3%	100%
MĘŻCZYŹNI ZUS						
kawaler/panna	17%	27%	41%	14%	2%	100%
w związku	8%	37%	40%	13%	2%	100%
rozwiedziony/rozwiedziona	11%	36%	34%	16%	2%	100%
wdowiec/wdowa	6%	26%	52%	14%	2%	100%
MĘŻCZYŹNI KRUS						
kawaler/panna	7%	28%	50%	10%	5%	100%
w związku	6%	29%	44%	17%	3%	100%
rozwiedziony/rozwiedziona	4%	17%	48%	30%	0%	100%
wdowiec/wdowa	3%	28%	54%	12%	4%	100%

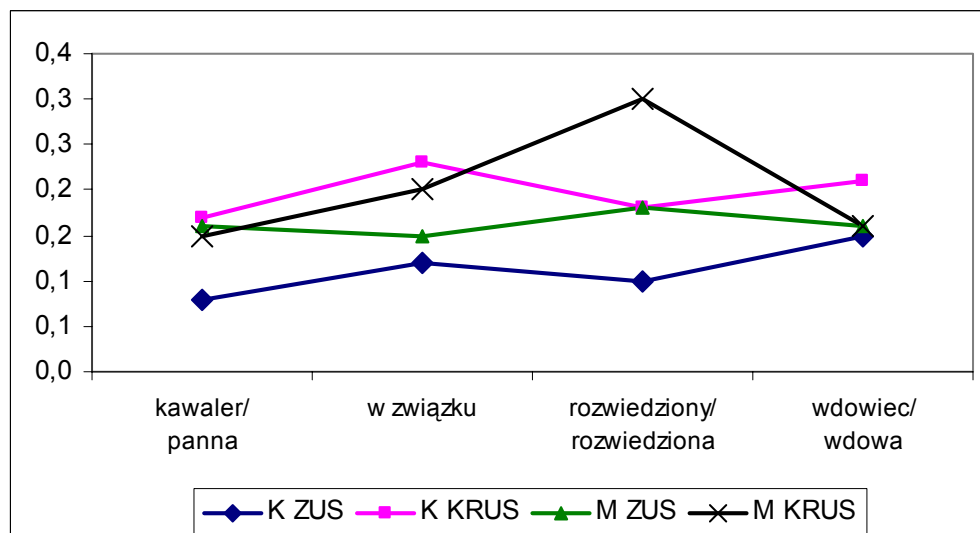
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-7. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry według stanu cywilnego, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-8. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły według stanu cywilnego, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

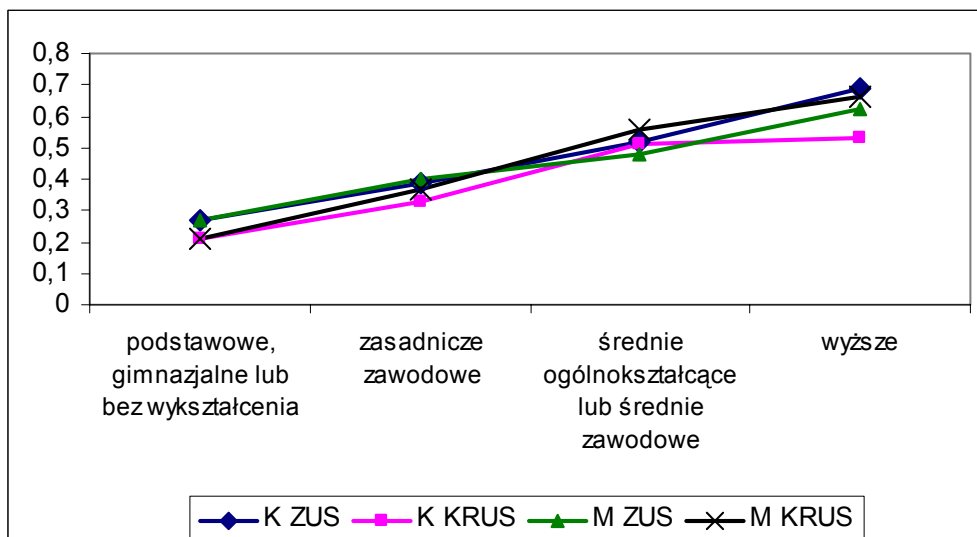
Generalnie, oceny są zbliżone dla kobiet i mężczyzn ubezpieczonych w ZUS, zaś wśród osób ubezpieczonych w KRUS jedynie opinie osób obojga płci pozostających w związku są jednakowe.

Gorszą ocenę stanu zdrowia przez owdowiałe kobiety w obu grupach ubezpieczonych potwierdzają wartości udziału ocen złych i bardzo złych. Oceny wyrażane przez osoby rozwiedzione wśród ubezpieczonych w KRUS wskazują ponownie odmienny wpływ tego stanu cywilnego na opinie kobiet i mężczyzn – udział mężczyzn deklarujących złą samoocenę jest wyraźnie wyższy niż dla pozostałych kategorii stanu cywilnego, zaś udział kobiet o takiej samoocenie jest najniższy.

Podobnie jak w przypadku innych analiz stanu zdrowia (por. np. Abramowska-Kmon 2007), poziom wykształcenia silnie wpływa na samoocenę stanu zdrowia respondentów. Generalnie wraz z wykształceniem poprawia się stan zdrowia (por. tab. 2.4-4 oraz rys. 2.4-9 i 2.4-10).

Osoby z wykształceniem wyższym najlepiej oceniały swój stan zdrowia, zaś osoby z najniższych grup wykształcenia rzadziej uznawały swoje zdrowie za dobre lub bardzo dobre. Warto przy tym zauważyć zgodność ocen respondentów o danym poziomie wykształcenia niezależnie od płci oraz instytucji ubezpieczeniowej, nieco mniejszą wśród osób o wyższym wykształceniu. Podobnie kształtują się udziały osób źle oceniających swój stan zdrowia według poziomu wykształcenia – najczęściej wyrażały je osoby o najniższym poziomie wykształcenia, najrzadziej – osoby z wykształceniem wyższym, zwłaszcza kobiety.

Rysunek 2.4.-9. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry według poziomu wykształcenia, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



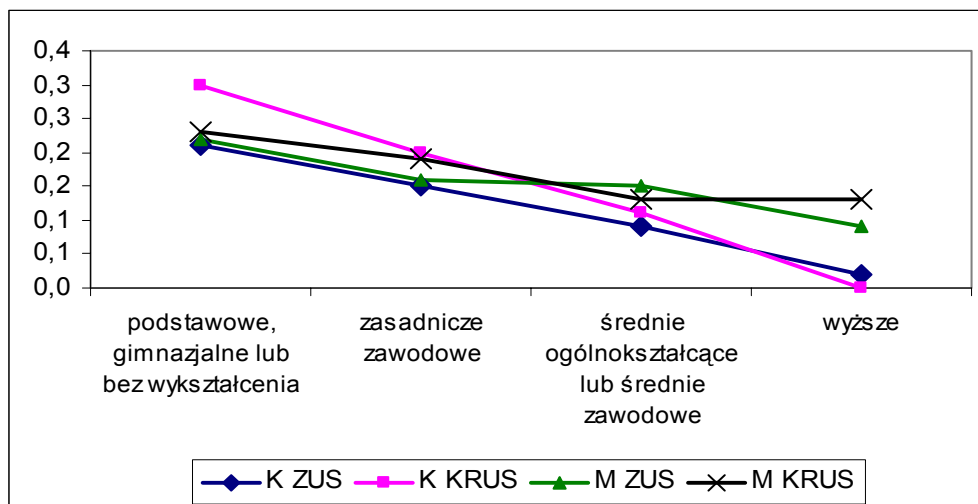
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Tabela 2.4.-4. Samoocena stanu zdrowia ankietowanych według płci, poziomu wykształcenia i typu instytucji ubezpieczenia społecznego (w odsetkach)

Poziom wykształcenia	bardzo dobre	dobre	takie sobie	złe	bardzo złe	razem
KOBIETY ZUS						
podstawowe, gimnazjalne lub bez wykształcenia	4%	23%	52%	19%	2%	100%
zasadnicze zawodowe	4%	35%	46%	13%	2%	100%
średnie ogólnokształcące lub średnie zawodowe	11%	41%	39%	8%	1%	100%
wyższe	17%	52%	28%	2%	0%	100%
KOBIETY KRUS						
podstawowe, gimnazjalne lub bez wykształcenia	2%	19%	49%	25%	5%	100%
zasadnicze zawodowe	5%	28%	46%	19%	1%	100%
średnie ogólnokształcące lub średnie zawodowe	10%	41%	37%	9%	2%	100%
wyższe	18%	35%	47%	0%	0%	100%
MĘŻCZYŹNI ZUS						
podstawowe, gimnazjalne lub bez wykształcenia	3%	24%	50%	18%	4%	100%
zasadnicze zawodowe	7%	33%	43%	14%	2%	100%
średnie ogólnokształcące lub średnie zawodowe	10%	38%	37%	14%	1%	100%
wyższe	17%	45%	29%	6%	3%	100%
MĘŻCZYŹNI KRUS						
podstawowe, gimnazjalne lub bez wykształcenia	4%	17%	56%	19%	4%	100%
zasadnicze zawodowe	4%	33%	42%	15%	4%	100%
średnie ogólnokształcące lub średnie zawodowe	11%	45%	31%	12%	1%	100%
wyższe	33%	33%	20%	13%	0%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-10. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły według poziomu wykształcenia, płci i typu instytucji ubezpieczenia społecznego

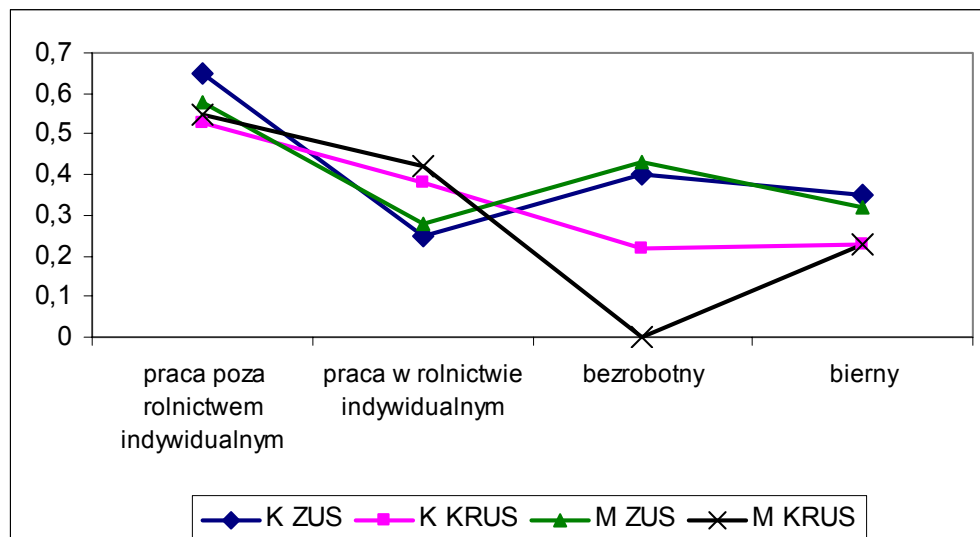


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Kobiety i mężczyźni pracujący poza rolnictwem indywidualnym odznaczali się najlepszym stanem zdrowia w porównaniu do osób pracujących w rolnictwie, bezrobotnych czy biernych zawodowo, najczęściej bowiem oceniali swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry oraz najrzadziej jako zły lub bardzo zły (por. rys. 2.4-11 i 2.4-12). Natomiast osoby pracujące w rolnictwie indywidualnym i ubezpieczone w KRUS obojga płci częściej oceniły swoje zdrowie jako co najmniej dobre niż ubezpieczeni w ZUS bez względu na płeć, a rzadziej wyrażali opinie negatywne (w tym przypadku kobiety częściej niż mężczyźni). Bezrobotni z ZUS częściej deklarowali co najmniej dobry stan zdrowia niż pracujący w rolnictwie z tej grupy ubezpieczonych, podobnie jak bierni zawodowo. Dobra ocena stanu zdrowia była najrzadziej wyrażana przez bezrobotnych i biernych ubezpieczonych w KRUS.

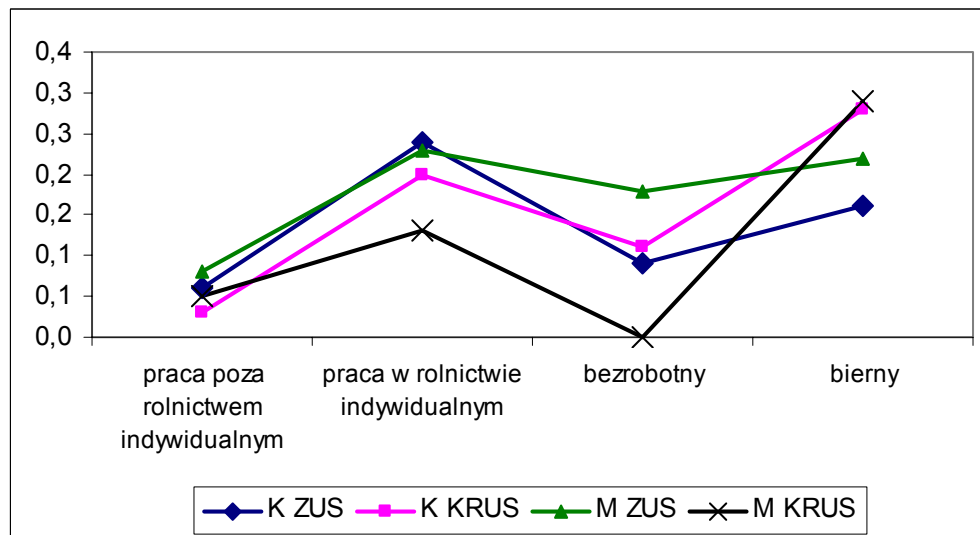
Generalnie, można dostrzec polaryzację oceny na podstawie obu wskaźników – najlepiej oceniają swe zdrowie pracujący poza rolnictwem indywidualnym, najgorzej – osoby biernie zawodowo. Zastanawiająca jest niska samoocena stanu zdrowia przez pracujących w rolnictwie z ubezpieczeniem emerytalnym w ZUS.

Rysunek 2.4.-11. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry według płci, statusu na rynku pracy i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-12. Udział osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły według płci, statusu na rynku pracy i typu instytucji ubezpieczenia społecznego



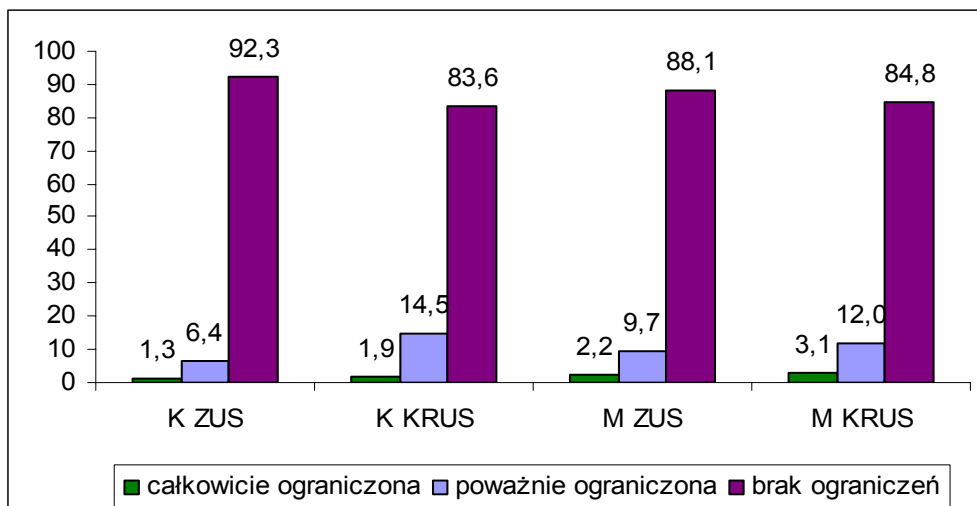
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Ograniczona zdolność do wykonywania podstawowych czynności właściwych dla wieku z powodu problemów zdrowotnych

Kolejną cechą, która w przybliżeniu może opisywać stan zdrowia respondentów jest tzw. niepełnosprawność biologiczna, czyli odczuwanie ograniczeń przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

Odpowiadając na pytanie: „Czy z powodu problemów zdrowotnych (choroby przewlekłej, kalectwa) w ciągu co najmniej ostatnich sześciu miesięcy odczuwa (ma) Pan/ Pani ograniczoną zdolność do wykonywania podstawowych czynności właściwych dla Pana/ Pani wieku?”, zarówno kobiety jak i mężczyźni ubezpieczeni w ZUS rzadziej wskazywali na ograniczenie zdolności (poważne lub całkowite) przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych niż osoby ubezpieczone w KRUS (por. rys. 2.4-13). Wśród ubezpieczonych w ZUS kobiety rzadziej niż mężczyźni odczuwały całkowite lub poważne ograniczenie w wykonywaniu czynności podstawowych (8% wobec 12%), co mimo różnic wieku badanych kobiet i mężczyzn jest zgodne z wynikami innych analiz stanu zdrowia (np. Abramowska-Kmon 2007, Bień 2003). Z kolei wśród osób ubezpieczonych w KRUS można zaobserwować odwrotną zależność: kobiety nieznacznie częściej odczuwały całkowite lub poważne ograniczenie zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (16% do 15%). Wyniki te są zgodne z subiektywną oceną stanu zdrowia, omawianą wcześniej.

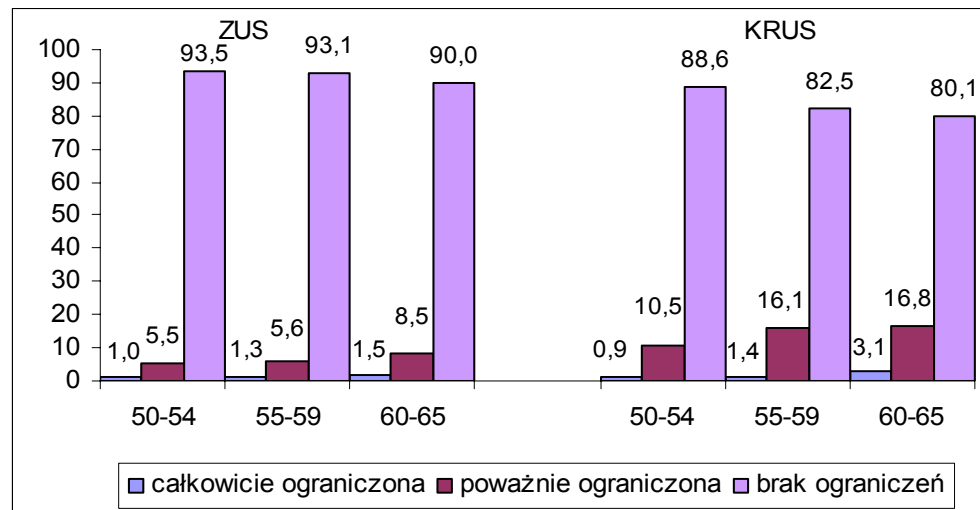
Rysunek 2.4.-13. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, płci oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

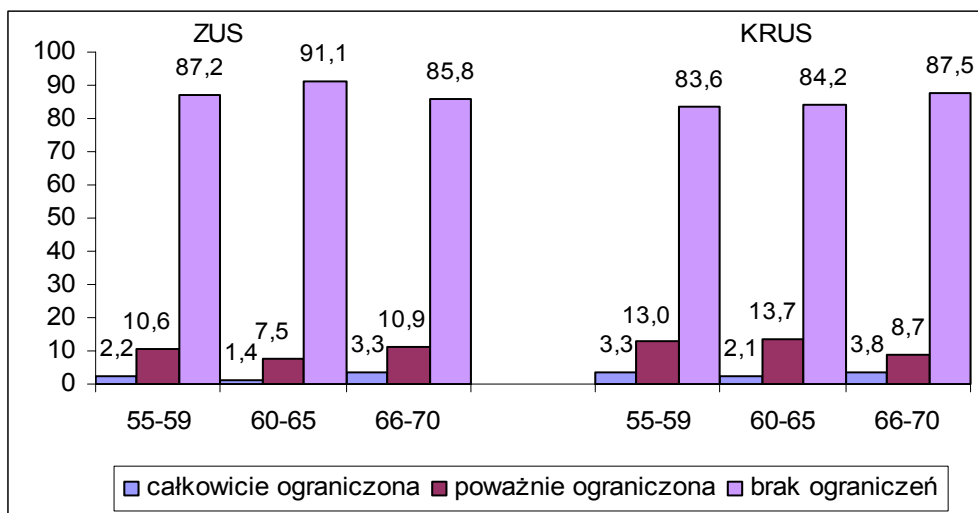
Podobnie jak w przypadku samooceny stanu zdrowia, wiek jest cechą, która istotnie wpływa na częstotliwość odczuwania ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, przy czym jego wpływ jest odmienny dla czterech wyróżnionych subpopulacji. Dla kobiet wraz z wiekiem rośnie udział kobiet odczuwających ograniczenie zdolności przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, przy czym wzrost jest wyraźniejszy dla ubezpieczonych w KRUS, a odpowiednie odsetki dwukrotnie wyższe (por. rys. 2.4-14). Podobnie jak przy samoocenie stanu zdrowia, wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS wyraźne pogorszenie stanu zdrowia następuje w wieku 60–65 lat, zaś wśród ubezpieczonych w KRUS – w wieku 55–59 lat. Natomiast w grupie mężczyzn ubezpieczonych w ZUS odsetek osób odczuwających poważne lub całkowite ograniczenie w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych najpierw maleje, a potem rośnie (por. rys. 2.4-15). Z kolei dla mężczyzn ubezpieczonych w KRUS udział ten maleje wraz z wiekiem. Można zatem przypuszczać, iż fakt ten jest związany z większą umieralnością mężczyzn na wsi. Potwierdzają je wskaźniki zgonu w tym wieku wyższe dla mężczyzn zamieszkałych na wsi [por. np. Rocznik Demograficzny 2007, tablica 92(148)].

Rysunek 2.4.-14. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, wieku oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, kobiety



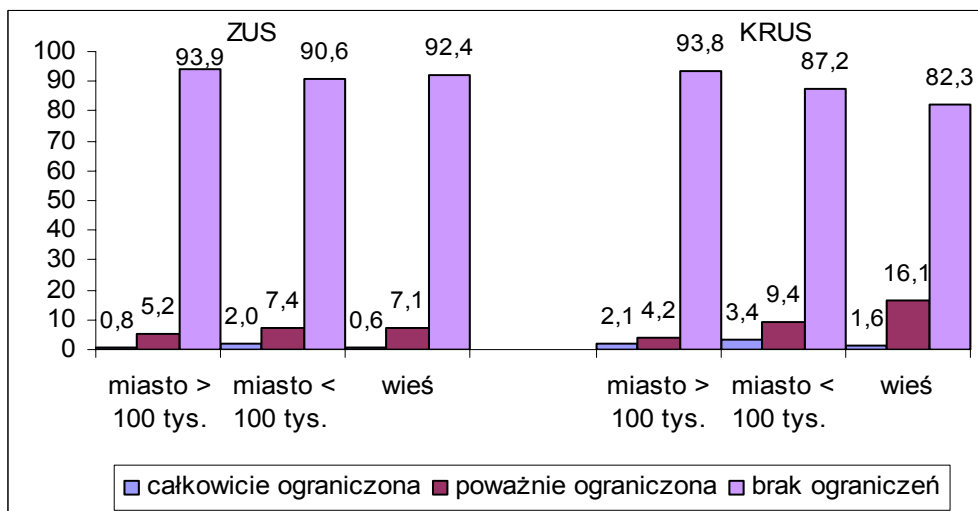
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-15. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, wieku oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, mężczyźni



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

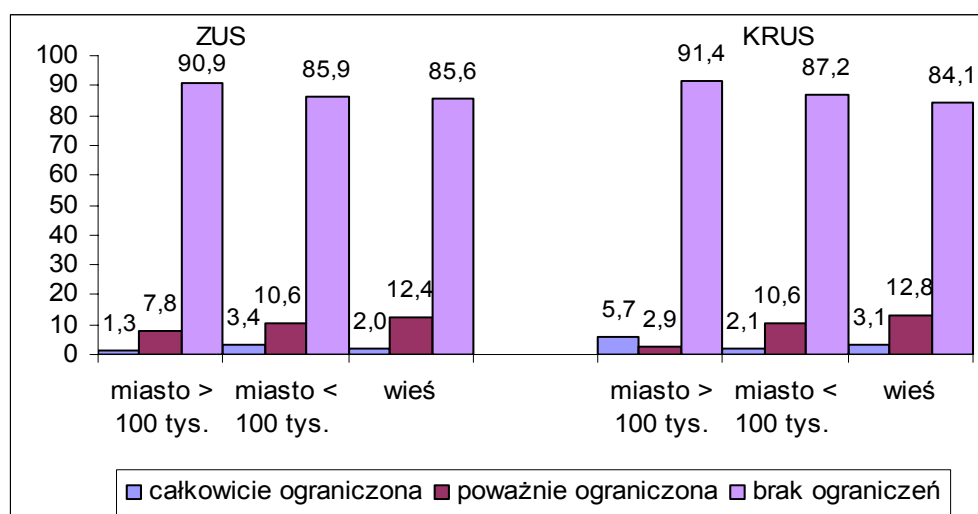
Rysunek 2.4.-16. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, miejsca zamieszkania oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, kobiety



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Analiza rozkładu respondentów według rodzaju ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych i miejsca zamieszkania potwierdza dotychczasowe ustalenia – osoby mieszkające na wsi najczęściej wskazują na poważne lub całkowite ograniczenie przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (rys. 2.4-16 i rys 2.4-17).

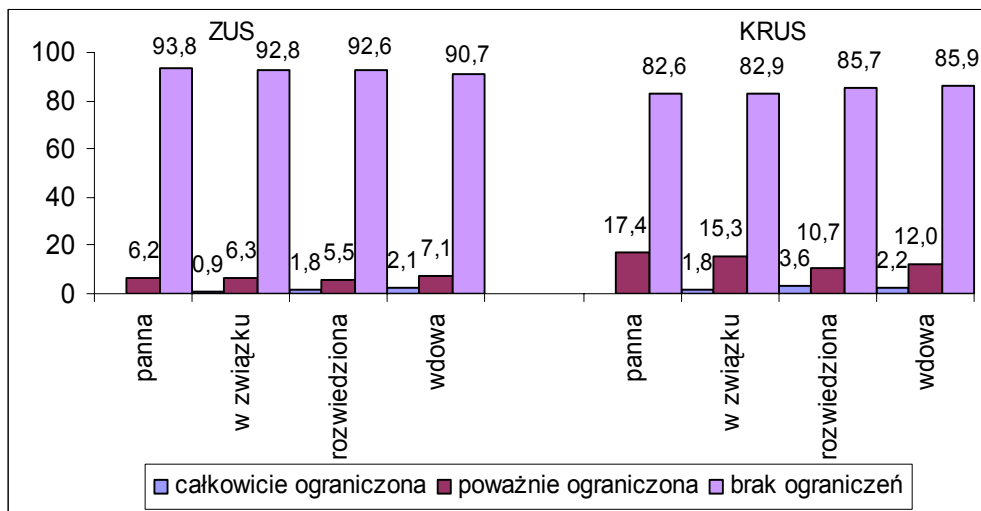
Rysunek 2.4.-17. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, miejsca zamieszkania oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, mężczyźni



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

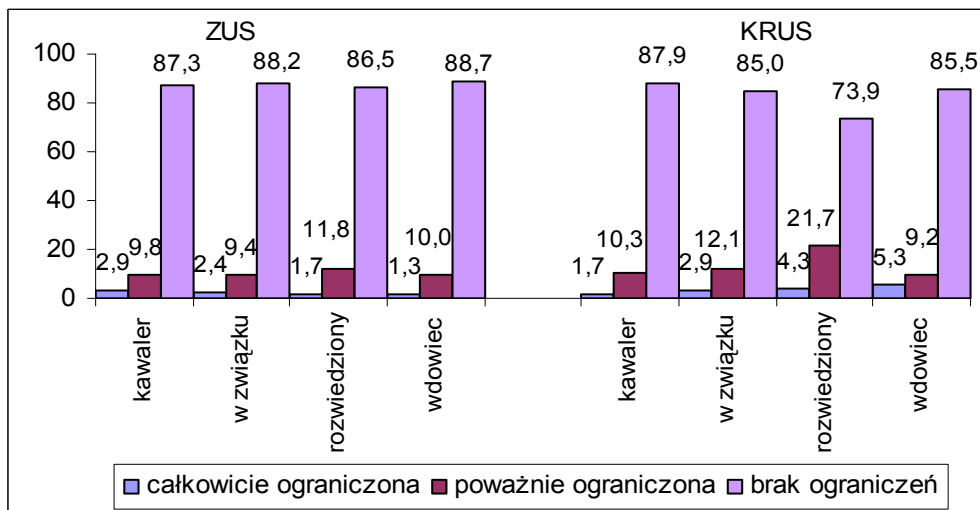
Stan cywilny wpływa jedynie na rozpatrywaną zmienną w przypadku osób ubezpieczonych w KRUS (por. rys. 2.4-18) – największy udział kobiet odczuwających całkowite lub poważne ograniczenie w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych można zaobserwować wśród panien i osób pozostających w związkach. Natomiast dla mężczyzn udziały te są największe dla osób rozwiedzionych (jednak ze względu na małą liczebność próby wyniki te należy traktować z ostrożnością) (por. rys. 2.4-19).

Rysunek 2.4.-18. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, stanu cywilnego oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, kobiety



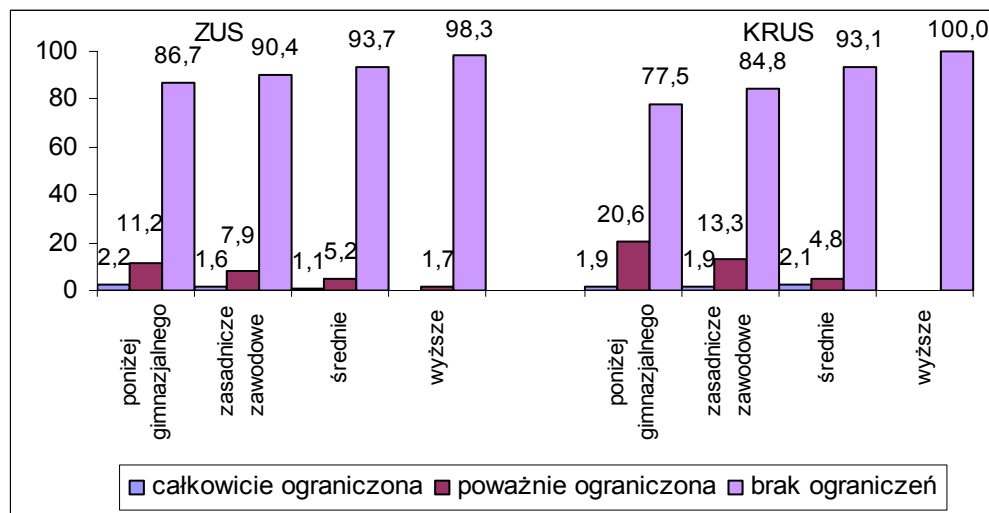
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-19. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, stanu cywilnego oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, mężczyźni



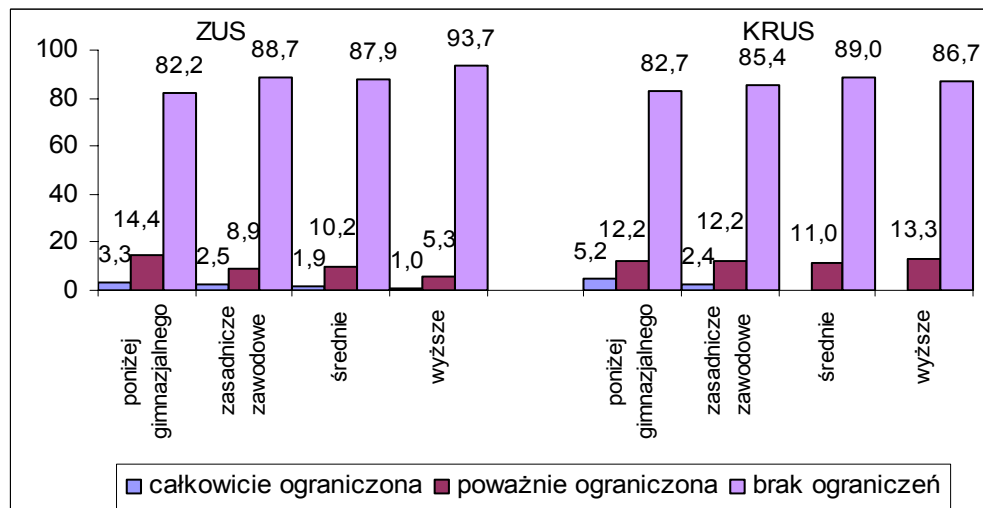
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-20. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, poziomu wykształcenia oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, kobiety



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-21. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, poziomu wykształcenia oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, mężczyźni

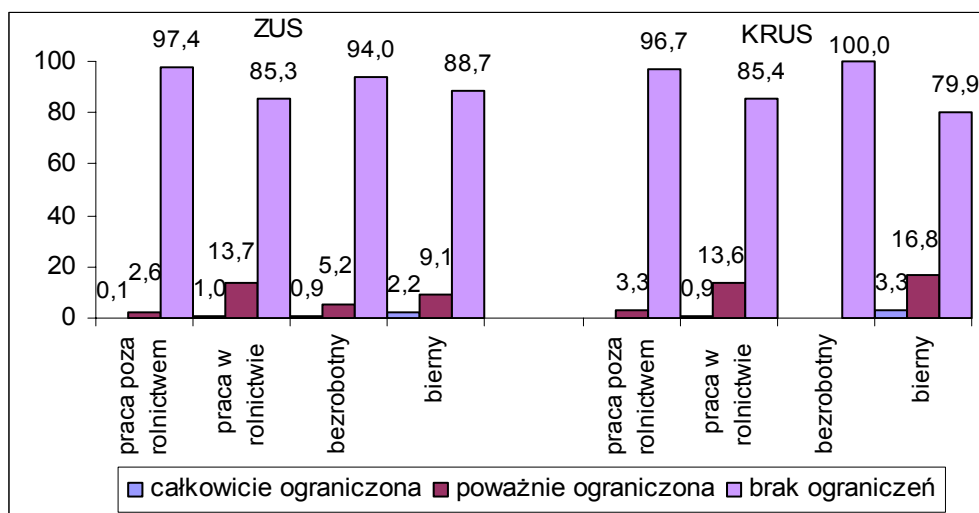


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Podobnie jak w przypadku samooceny stanu zdrowia, poziom wykształcenia również wpływa na rozpatrywaną zmienną. Generalnie, osoby z najniższych grup wykształcenia najczęściej odczuwają całkowite lub poważne ograniczenie zdolności przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, podczas gdy osoby z wykształceniem wyższym – najrzadziej (por. rys. 2.4-20 i 2.4-21). Wyraźniejsza zależność dotyczy kobiet, a szczególnie kobiet ubezpieczonych w KRUS. Uzyskane wyniki potwierdzają rezultaty innych analiz stanu zdrowia według statusu społeczno-ekonomicznego (por. np. Abramowska-Kmon 2007).

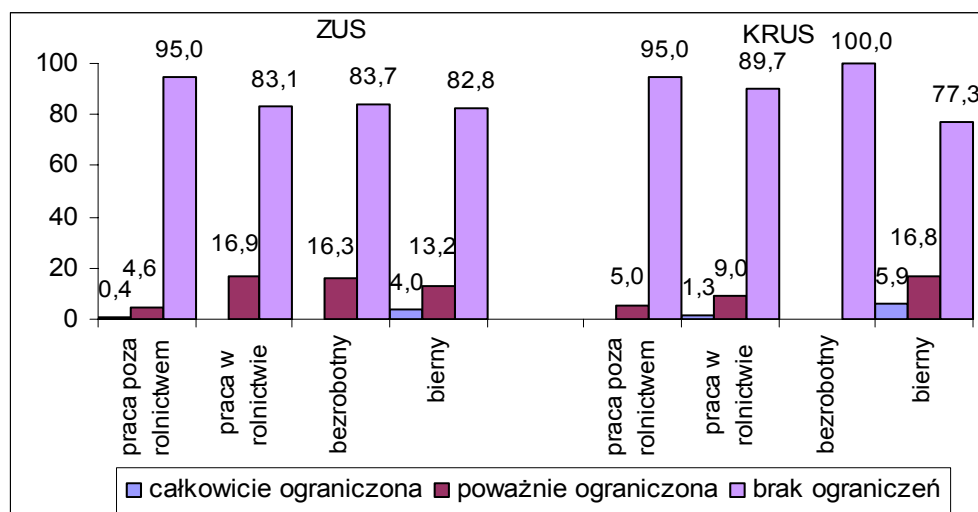
Status na rynku pracy również różnicuje zasięg niepełnosprawności, ocenianej na podstawie odsetka osób odczuwających trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Osoby zatrudnione poza rolnictwem indywidualnym z reguły najrzadziej odczuwały ograniczenie zdolności przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, zaś osoby pracujące w rolnictwie indywidualnym dużo częściej (por. rys. 2.4-22 i 2.4-23). Potwierdza się też stosunkowo zła samoocena stanu zdrowia w grupie osób pracujących w rolnictwie wśród ubezpieczonych w ZUS, ale jedynie dla mężczyzn. Również obecne wyniki dotyczące osób biernych zawodowo są zgodne z wynikami samooceny stanu zdrowia – bierni zawodowo najczęściej doświadczali trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (wyjątek – kobiety ubezpieczone w ZUS).

Rysunek 2.4.-22. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, statusu na rynku pracy oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, kobiety



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 2.4.-23. Struktura respondentów według stopnia ograniczenia zdolności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, statusu na rynku pracy oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego, mężczyźni



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Orzeczenie o niepełnosprawności

Wyniki analizy rozkładu odpowiedzi na pytanie: „Czy posiada Pan/Pani ważne orzeczenie ustalające niesprawność (niezdolność do pracy lub inwalidztwo) wydane przez Zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności/ ZUS lub KRUS?” zdają się wskazywać, że niepełnosprawność prawna (posiadanie orzeczenia o co najmniej lekkim stopniu niepełnosprawności) występuje częściej niż niepełnosprawność biologiczna (odczuwanie ograniczenia zdolności do wykonywania podstawowych czynności życiowych). W grupie kobiet ubezpieczonych w ZUS 8% odczuwało poważne lub całkowite ograniczenie przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, zaś 19% z nich posiadało orzeczenie o niepełnosprawności. Dla kobiet ubezpieczonych w KRUS wartości te wyniosły odpowiednio 16% i 23%. Podobnie wygląda sytuacja w przypadku mężczyzn: wśród ubezpieczonych w ZUS odsetek posiadających jakiekolwiek orzeczenie o niepełnosprawności wyniósł 25%, zaś jedynie 12% odczuwało trudności przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, zaś dla mężczyzn ubezpieczonych w KRUS wielkości te wyniosły 24% i 15%. Rozbieżności między występowaniem niepełnosprawności biologicznej i prawnej są większe dla osób ubezpieczonych w ZUS.

Rozbieżności te mogą wskazywać na swego rodzaju „nadużywanie” orzeczeń prawnych, ale mogą także wynikać ze sposobu zdefiniowania niepełnosprawności biologicznej jako całkowitego lub poważnego ograniczenia zdolności do

wykonywania podstawowych czynności życiowych. Zatem mniejsze ograniczenia, upoważniające do wydania orzeczenia o niepełności, są w tym określeniu niepełności pominięte.

Podobnie jak wcześniej, prawie dla wszystkich rozważanych subpopulacji respondentów wraz z wiekiem rośnie odsetek osób posiadających orzeczenie o niepełności; wyjątek stanowią mężczyźni ubezpieczeni w ZUS.

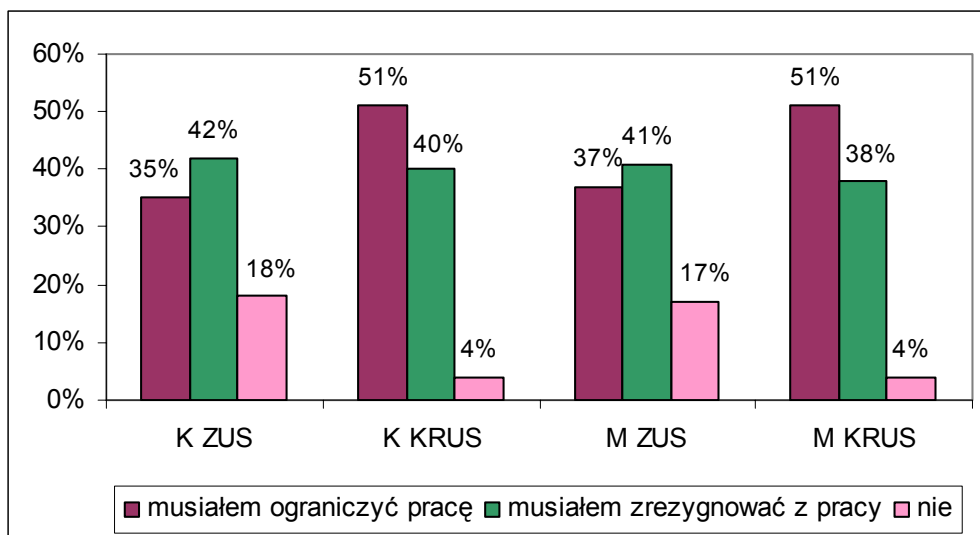
Wpływ miejsca zamieszkania jest istotny jedynie dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS – w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców odnotowano najmniejszy udział mężczyzn posiadających orzeczenie o niepełności, zaś w miastach poniżej 100 tysięcy mieszkańców oraz na wsi odsetek ten był wyższy.

Stan cywilny nie różnicuje istotnie wartości rozpatrywanej zmiennej.

Poziom wykształcenia można uznać za zmienną istotną w zasadzie jedynie w przypadku kobiet ubezpieczonych w ZUS – wraz z wykształceniem maleje odsetek kobiet posiadających jakiegokolwiek orzeczenie o niepełności.

W grupie osób ubezpieczonych w ZUS (zarówno kobiet jak i mężczyzn) pracujący poza rolnictwem indywidualnym rzadziej posiadają orzeczenie o niepełności niż osoby z pozostałych kategorii statusu na rynku pracy (około 11% kobiety, 17% mężczyźni wobec 20–30% dla pozostałych grup). Natomiast wśród osób ubezpieczonych w KRUS – pracujący w rolnictwie indywidualnym odznaczają się najmniejszymi wartościami tych udziałów (16% kobiety, 18% mężczyźni).

Rysunek 2.4.-24. Respondenci według wpływu ograniczenia sprawności na pracę, płci oraz typu instytucji ubezpieczenia społecznego*



* odpowiedzi „trudno powiedzieć” i odmowy pominięto w tym zestawieniu, stąd odsetki nie sumują się do 100%.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Osobom posiadającym orzeczenie o niesprawności zadano pytanie: „Czy z powodu ograniczenia sprawności (z powodu pogorszenia się stanu zdrowia) musiał Pan/musiała Pani ograniczyć pracę (lub: zrezygnować z pracy)?”. Zdecydowana większość respondentów musiała zrezygnować z pracy lub ją ograniczyć (por. rys. 2.4-24). Wśród ubezpieczonych w ZUS była to częściej rezygnacja z pracy niż jej ograniczenie, odwrotnie niż wśród ubezpieczonych w KRUS. Jednocześnie prawie jedna piąta ankietowanych ubezpieczonych w ZUS (17% mężczyzn i 18% kobiet) nie musiało rezygnować z pracy z powodów zdrowotnych. Trudno jest jednak stwierdzić, czy wynika to z dostosowania warunków pracy do możliwości respondenta czy świadczy o nadużywaniu orzeczeń o niesprawności.

Z powodu małych liczebności nie przeprowadzono analizy wpływu wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i wykształcenia na rozkład odpowiedzi na to pytanie.

Podsumowanie

Wyniki analizy stanu zdrowia respondentów, przeprowadzonej na podstawie ich subiektywnej oceny dotyczącej stanu zdrowia, oraz wyniki analizy odczuwania całkowitego lub poważnego ograniczenia zdolności do wykonywania podstawowych czynności życiowych prowadzą do zgodnych ustaleń. Lepszy stan zdrowia dotyczy osób ubezpieczonych w ZUS, pracujących poza rolnictwem indywidualnym w porównaniu z pracującymi w rolnictwie. Najgorszym stanem zdrowia w ocenie subiektywnej i zgodnie ze wskaźnikami zasięgu niesprawności biologicznej charakteryzują się osoby bezrobotne i bierne zawodowo. Zatem stan zdrowia może być barierą aktywizacji tych osób, natomiast nie powinien być przeszkodą w zatrzymaniu w zatrudnieniu osób pracujących, zwłaszcza poza rolnictwem.

Pogorszenie się stanu zdrowia wraz z wiekiem jest szczególnie wyraźne dla kobiet w wieku 60–65 lat ubezpieczonych w ZUS oraz kobiet w wieku 55–59 lat ubezpieczonych w KRUS. Zatem – o ile stan zdrowia nie jest barierą podniesienia aktywności kobiet w wieku 55–59 lat ubezpieczonych w ZUS, to może być przeszkodą pozostania w zatrudnieniu dla kobiet starszych. Wydaje się, że stan zdrowia nie jest przeszkodą dla zatrzymania na rynku pracy mężczyzn w wieku 55–59 lat oraz 60–65 lat ubezpieczonych w ZUS, bowiem wartości zastosowanych mierników są zbliżone dla obu grup wieku oraz wskazują na pogorszenie się stanu zdrowia mężczyzn w wieku 65–70 lat. Podobnie jak dla kobiet ubezpieczonych w KRUS, także i dla mężczyzn pogorszenie stanu zdrowia następuje wcześniej niż dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS, tzn. w wieku 60–65 lat.

Bardzo wyraźna dodatnia zależność stanu zdrowia od poziomu wykształcenia pozwala uznać wykształcenie nie tylko za składową kapitału ludzkiego, ale także za czynnik ograniczający, destymulujący wpływ stanu zdrowia na aktywność zawodową. W perspektywie średnio- i długookresowej jest to więc czynnik zasadniczy dla dłuższego pozostawania na rynku pracy.

Możliwość zatrzymania w zatrudnieniu osób z rozpatrywanych grup wieku, oceniana z perspektywy stanu zdrowia, jest niejednakowa w ujęciu terytorialnym – najlepszym stanem zdrowia cieszą się mieszkańcy miast większych, najgorszym – mieszkańcy wsi.

Wyniki oceny zasięgu niesprawności prawnej (posiadanie orzeczenia o co najmniej lekkim stopniu niepełnosprawności) i biologicznej (odczuwanie całkowitego lub poważnego ograniczenia zdolności do wykonywania podstawowych czynności życiowych) wskazują, iż częściej spotyka się osoby z orzeczeniem niż odczuwające ograniczenia, szczególnie wśród osób ubezpieczonych w ZUS. Nie można jednak uznać, iż wynika to jedynie z „nadużywania” orzeczeń prawnych, bowiem może na to wpływać także sposób zdefiniowania niepełnosprawności biologicznej, które sprawia, że mniejsze ograniczenia, upoważniające do wydania orzeczenia o niesprawności, są pominięte. Jednak wyniki te upoważniają do wniosku o konieczności zwrócenia uwagi na orzecznictwo dotyczące niesprawności. Tym bardziej, że osoby z orzeczeniem o niesprawności w zdecydowanej większości musiały zrezygnować z pracy lub ją ograniczyć, przy czym wśród ubezpieczonych w ZUS była to częściej rezygnacja z pracy niż jej ograniczenie, odwrotnie niż wśród ubezpieczonych w KRUS. Zatem jest to ważny czynnik mniejszego wykorzystania zasobów ludzkich w starszych grupach wieku.

3. Organizacja opieki w gospodarstwie domowym oraz sprawowanie opieki przez respondentów

3.1. Gospodarstwo domowe jako biorca i dawca usług

3.3.1. Zapotrzebowanie na opiekę w gospodarstwach domowych

Celem tego rozdziału jest przedstawienie zapotrzebowania na opiekę, jakie respondent napotyka w swoim gospodarstwie domowym oraz ogólnej struktury populacji osób wymagających opieki.

W badaniu osoby potrzebujące pomocy były wskazywane przez respondenta na podstawie stanu zdrowia. Rozróżnione zostały trzy typy osób w gospodarstwie:

- wymagające opieki,
- osoby radzące sobie na ogół samodzielnie, ale w pewnych sprawach potrzebujące pomocy,
- osoby w pełni samodzielne.

Osoby dorosłe (które ukończyły 14. rok życia) zadeklarowane przez respondenta jako wymagające opieki lub pomocy zostały w niniejszym rozdziale uznane za osoby potrzebujące opieki. W analizie przyjęto założenie, iż wszystkie dzieci poniżej 15. roku życia potrzebują opieki.

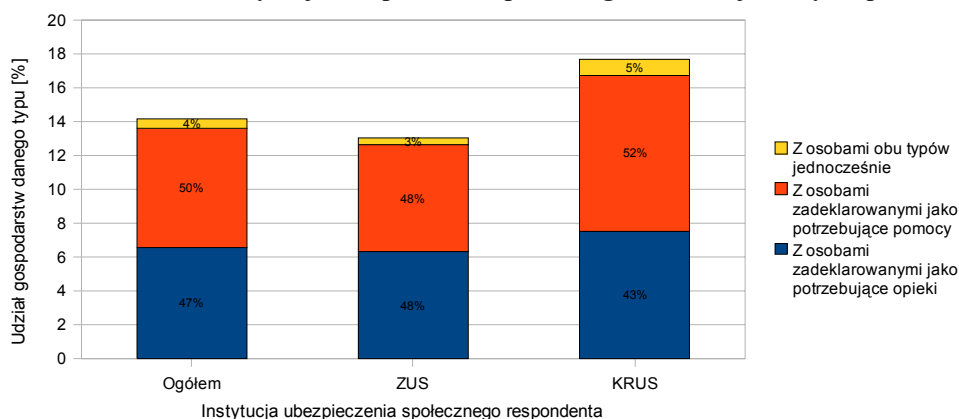
Poniższy rozdział zawiera charakterystykę członków gospodarstw domowych respondentów, innych niż respondent, potrzebujących opieki. Ze względu na odmienny charakter opieki sprawowanej nad dziećmi oraz osobami dorosłymi, obie te grupy w poniższym tekście zostały oddzielone.

Osoby dorosłe potrzebujące opieki w gospodarstwach domowych

Osoby dorosłe potrzebujące opieki znajdują się w 14% przebadanych gospodarstw domowych, w 7% gospodarstw znajdują się osoby określone przez respondentów jako wymagające pomocy, w 6,6% osoby określone jako wymagające opieki, w 0,5% gospodarstw domowych znajdują się zarówno osoby zadeklarowane jako wymagające opieki, jak i osoby wymagające pomocy. Rysunek 3.1-1 pokazuje różnicę pomiędzy gospodarstwami respondentów ubezpieczonych w ZUS

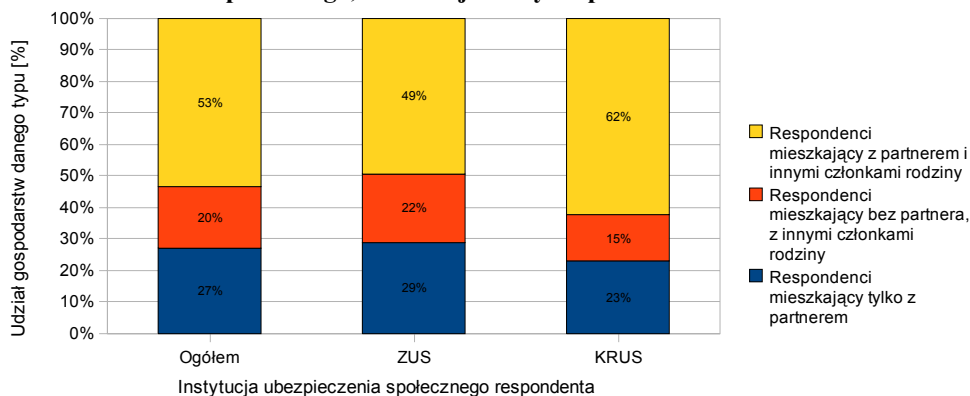
i KRUS. W gospodarstwach osób ubezpieczonych w KRUS częściej znajdują się osoby potrzebujące opieki (18%), natomiast większy odsetek z nich potrzebuje mniej angażujących form opieki (osoby określone przez respondenta jako wymagające pomocy).

Rysunek 3.1.-1. Udział gospodarstw domowych z osobami dorosłymi potrzebującymi opieki w gospodarstwach domowych respondentów według instytucji ubezpieczenia społecznego, do której należy respondent



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 3.1.-2. Gospodarstwa domowe z osobami dorosłymi potrzebującymi opieki według typu gospodarstwa domowego i instytucji ubezpieczenia społecznego, do której należy respondent



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

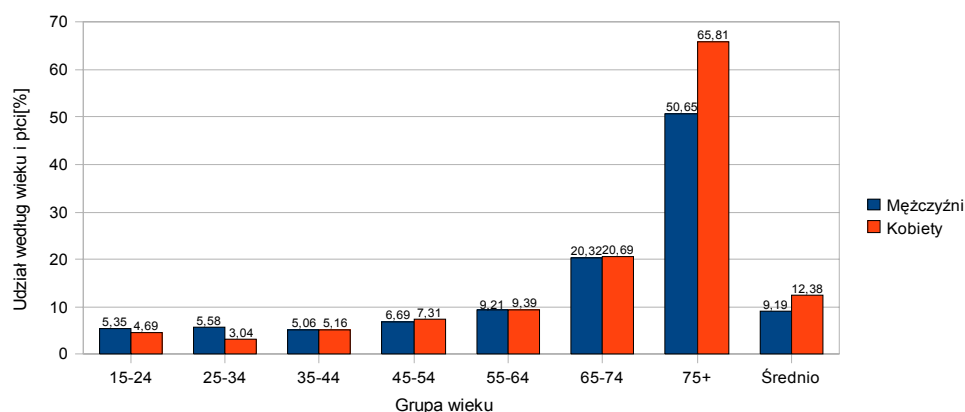
Największą grupę spośród gospodarstw, w których występują osoby dorosłe potrzebujące opieki stanowią gospodarstwa, w których oprócz respondenta i jego partnera znajdują się inne osoby (53% gospodarstw, w których są osoby dorosłe potrzebujące opieki), mniejszą gospodarstwa, w których razem z respondentem jest jedynie jego partner (27%) oraz najmniejszą gospodarstwa, w których respondent mieszka z innymi członkami rodziny, ale nie ma wśród nich partnera (19%). Respondenci ubezpieczeni w ZUS częściej mieszkają w gospodarstwach domowych bez partnera z innymi członkami rodziny oraz z samym partnerem, rzadziej w dużych gospodarstwach z partnerem i innymi członkami rodziny. W przypadku gospodarstw respondentów ubezpieczonych w KRUS obserwujemy odwrotną tendencję: największą grupę stanowią gospodarstwa duże, gdzie respondent mieszka z partnerem i innymi członkami rodziny, mniejszą małe gospodarstwa składające się z respondenta i jego partnera oraz gospodarstwa, gdzie respondent mieszka bez partnera z innymi członkami rodziny.

Przeciętnie w gospodarstwach respondentów, w których znajdują się osoby dorosłe potrzebujące opieki znajduje się 1,16 osoby potrzebującej opieki; więcej w gospodarstwach domowych osób ubezpieczonych w KRUS (1,17) niż w ZUS (1,159).

Osoby dorosłe potrzebujące opieki – udział w populacji

Osoby potrzebujące opieki stanowią 11% osób dorosłych ujętych w badaniu (odpowiednio 9% mężczyzn i 12% kobiet). Różnica wynika głównie ze struktury demograficznej: ponieważ kobiety przeciętnie żyją dłużej niż mężczyźni, to większa ich liczba dożywa wieku, w którym zwiększone jest zapotrzebowanie na opiekę.

Rysunek 3.1.-3. Udział osób dorosłych potrzebujących opieki w populacji według grupy wieku i płci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek pokazuje udział osób potrzebujących opieki w populacji według płci i grup wieku. W grupach poniżej 35. roku życia mężczyźni częściej potrzebują opieki niż kobiety, co prawdopodobnie jest związane z większą skłonnością młodych mężczyzn do ryzykownych zachowań i w konsekwencji ulegania wypadkom. Od 34. roku życia udział kobiet potrzebujących opieki w populacji kobiet rośnie wraz z wiekiem. W grupach wieku powyżej 35. roku życia odsetki kobiet potrzebujących opieki przekraczają analogiczne wskaźniki dla mężczyzn. Największa różnica jest widoczna dla grup powyżej 75. roku życia. Najprawdopodobniej wynika to z dłuższego przeciętnie życia kobiet, a więc i większego udziału w tej grupie roczników starszych, częściej potrzebujących opieki.

Tabela 3.1.-1. Udział dorosłych osób potrzebujących opieki w populacji dorosłych według typu wymaganej opieki, grupy wieku i płci

Grupa wieku	Płeć	Niewymagający opieki	Wymagający opieki	Wymagający pomocy	Razem
15–24	Mężczyzna	95%	2%	3%	100%
	Kobieta	95%	2%	3%	100%
25–34	Mężczyzna	94%	3%	2%	100%
	Kobieta	97%	2%	1%	100%
35–44	Mężczyzna	95%	3%	2%	100%
	Kobieta	95%	2%	3%	100%
45–54	Mężczyzna	93%	2%	5%	100%
	Kobieta	93%	2%	6%	100%
55–64	Mężczyzna	91%	4%	5%	100%
	Kobieta	91%	3%	6%	100%
65–74	Mężczyzna	80%	7%	13%	100%
	Kobieta	79%	8%	13%	100%
75+	Mężczyzna	49%	27%	23%	100%
	Kobieta	34%	41%	25%	100%
Razem	Mężczyzna	91%	4%	5%	100%
	Kobieta	88%	6%	6%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Poniżej 35. roku życia trudno określić, czy przeważają osoby wymagające pomocy czy opieki, natomiast powyżej 45. roku życia zaczynają, wśród osób potrzebujących opieki, dominować osoby wymagające pomocy, niezależnie od płci.

Jedynie wśród osób najstarszych, powyżej 75. roku życia osoby wymagające opieki są liczniejsze niż wymagające pomocy. Prawdopodobnie powyższa tendencja związana jest z procesem starzenia. Początkowo problemy związane z wiekiem nie są bardzo uciążliwe, dlatego osoby te wymagają jedynie mniej obciążających form opieki. Powyżej 65. roku życia osoby starsze częściej wymagają opieki, ale dopiero powyżej 75. roku życia obciążające formy opieki stają się dominujące.

Udział kobiet potrzebujących opieki w populacji kobiet jest największy wśród mieszkańców miast do 100 tys. mieszkańców (13%), a najmniejszy wśród mieszkańców wsi (11,7%). W przypadku mężczyzn udział osób wymagających opieki jest porównywalny dla wszystkich klas miejscowości.

Struktura populacji osób dorosłych potrzebujących opieki

Spośród 10861 dorosłych członków gospodarstw domowych, opisanych w badaniu, 544 (5% populacji dorosłych) zostało określonych przez respondentów jako wymagający opieki, a 612 (5,6%) jako wymagający w pewnych sprawach pomocy. Wśród osób wymagających pomocy udział mężczyzn i kobiet jest porównywalny (odpowiednio 49% i 51%); różnica jest większa wśród osób wymagających opieki (45% i 55%). Różnica udziału pomiędzy kobietami i mężczyznami zadeklarowanymi jako wymagający opieki prawdopodobnie jest wynikiem struktury demograficznej – kobiety częściej dożywają wieku, w którym potrzebują bardziej wymagających form opieki.

Przeciętny wiek dorosłego mężczyzny potrzebującego opieki to 55,2 lat, zaś kobiety 66,5. Wśród osób powyżej 64. roku życia – a więc w wieku, kiedy coraz większą rolę zaczyna odgrywać starzenie się jako czynnik zwiększający zapotrzebowanie na opiekę lub pomoc – średnia wieku wynosi 75 lat dla mężczyzn potrzebujących opieki i 81,5 dla kobiet.

Największą grupą wśród mężczyzn potrzebujących opieki są partnerzy respondentek (57% mężczyzn potrzebujących opieki). Wśród dorosłych mężczyzn potrzebujących opieki istotnymi grupami według pokrewieństwa są też synowie respondentów (26%) oraz ojcowie (9%); pozostałe grupy według pokrewieństwa nie są większe niż 5% populacji mężczyzn potrzebujących opieki. Wśród kobiet potrzebujących opieki najistotniejszą grupą według pokrewieństwa są matki (39% kobiet potrzebujących opieki), następnie partnerki respondentów (30%), córki (16%), teściowe (11%); pozostałe grupy mają niewielki udział (znacznie poniżej 5%).

Najwięcej osób potrzebujących opieki ma wykształcenie podstawowe (36%). Około 13%, głównie osoby powyżej 75. roku życia, nie ma w ogóle żadnego wykształcenia. Kobiety są przeciętnie gorzej wykształcone od mężczyzn, jednak dla obu płci odsetek osób z wykształceniem wyższym wynosi nieco poniżej 5%.

Ponad połowa osób potrzebujących opieki nie ma pracy i jej nie szuka, najwięcej wśród osób najstarszych, ale i w młodszych grupach wieku (poza grupą 15–24 lata) stanowią oni około połowę osób wymagających opieki. Poza rolnictwem pracuje ok. 8% osób potrzebujących opieki. Niewiele mniej nie ma pracy, ale

jej poszukuje (najwięcej w grupach najmłodszych, ok. 17% w grupie 25–34 lata). Najbardziej osoby potrzebujące opieki zajmują się prowadzeniem własnej działalności gospodarczej (1%). Rolnictwem indywidualnym zajmuje się 4% osób dorosłych potrzebujących opieki. W rodzinnej firmie lub gospodarstwie rolnym pomaga 5% osób dorosłych potrzebujących opieki; zdecydowana większość z nich ma powyżej 45 lat. Średnio 6% osób dorosłych potrzebujących opieki uczy się lub studiuje, jednak poza grupą 15–24 lata (62% tej grupy pobiera naukę) są to jednostkowe przypadki. Respondenci odmówili odpowiedzi na temat 12% osób dorosłych potrzebujących opieki z ich gospodarstw domowych.

Zdecydowana większość (82%) osób potrzebujących opieki ma zapewnione ubezpieczenie emerytalne. 78% osób potrzebujących opieki utrzymuje się z różnych świadczeń społecznych:

- emerytury pracowniczej – 30% (81% to osoby w wieku 65 lat i więcej),
- emerytury KRUS – 17% (89% to osoby w wieku 65 lat i więcej),
- renty strukturalnej – 1%,
- renty inwalidzkiej – 22% (84% to osoby poniżej 65. roku życia),
- renty rodzinnej – 4% (dwa razy częściej korzystają z niej osoby w wieku 65 lat i więcej, które stanowią 66% osób dorosłych wymagających opieki, utrzymujących się z renty rodzinnej),
- zasiłku dla bezrobotnych – 1% (jedynie osoby poniżej 65. roku życia),
- świadczeń przedemerytalnych – 1% (91% to osoby poniżej 65. roku życia),
- zasiłku pomocy społecznej – 1% (89% to osoby poniżej 65. roku życia),
- innych dochodów socjalnych – 2% (jedynie osoby poniżej 65. roku życia).

Ok 7% populacji osób dorosłych potrzebujących opieki (95% z nich to osoby poniżej 65. roku życia) utrzymuje się z wynagrodzenia za pracę (o połowę więcej mężczyzn niż kobiet). 9% (91% z nich to osoby do 65. roku życia, o połowę więcej kobiet niż mężczyzn) jest na utrzymaniu innych osób. Nie udzielono odpowiedzi na temat 1,64% osób potrzebujących opieki w gospodarstwach domowych respondentów.

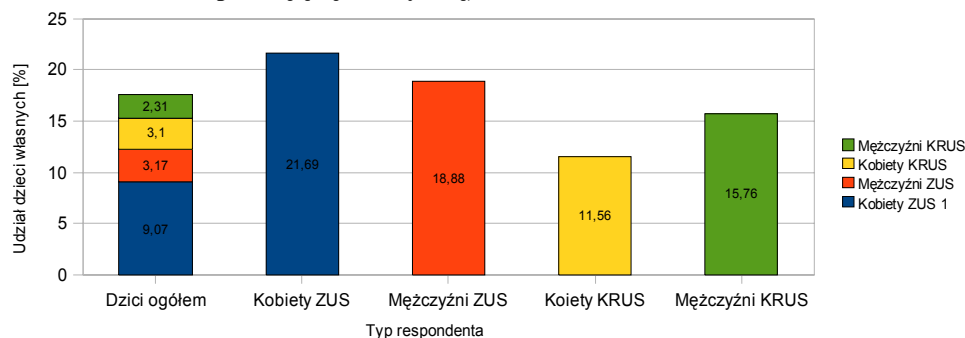
Najwięcej osób potrzebujących opieki mieszka na wsi (41% wszystkich osób wymagających opieki), najmniej zaś w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (27%).

Zdecydowana większość osób potrzebujących pomocy lub opieki mieszka w gospodarstwach domowych, w którym są co najwyżej 4 osoby. Przeciętnie kobiety mieszkają w większych gospodarstwach domowych (średnio mężczyźni potrzebujący pomocy lub opieki mieszkają w gospodarstwach domowych, w których są 3,32 osoby dorosłe, w gospodarstwach kobiet 3,52 osoby dorosłe). Gospodarstwa mężczyzn potrzebujących opieki są średnio bardziej obciążone opieką – średnio jest w nich 0,88 osoby dorosłej niewymagającej pomocy (nie licząc respondenta) i 1,44 osoby potrzebującej opieki; dla kobiet powyższe wskaźniki wynoszą 1,18 i 1,33 osoby.

Dzieci w gospodarstwach domowych

W przeprowadzonej ankiecie przyjęto założenie, iż wszystkie dzieci przed ukończeniem 14. roku życia potrzebują jakiejś formy opieki. Jedynie w 18 przypadkach ankietowani nie zgodzili się z tym założeniem. W gospodarstwach domowych zakwalifikowanych do badania znajdowało się łącznie 1389 dzieci poniżej piętnastego roku życia (11% wszystkich członków gospodarstw domowych respondentów), z tej grupy 52% stanowiły dziewczynki. Dzieci znajdowały się w 891 gospodarstwach respondentów (13% przebadanych gospodarstw), przeciętnie w jednym gospodarstwie domowym z dziećmi było 1,56 dzieci oraz 3,87 osób dorosłych.

Rysunek 3.1.-4. Udział dzieci własnych respondentów w populacji dzieci zamieszkających z danym typem respondenta (według płci i instytucji zabezpieczającej emeryturę)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Osoby biorące udział w badaniu to osoby starsze (kobiety w wieku 50–65 lat, mężczyźni 55–70 lat), z tego powodu można było oczekiwać, iż większość dzieci poniżej 15. roku życia będzie wnukami a nie własnymi dziećmi respondentów. Oczekiwanie to potwierdziła dokładniejsza analiza:

- 82% to wnuki lub wnuczki respondentów,
- 18% to dzieci respondentów.

Dzieci do 14. roku życia zamieszkałe z respondentem, nie będące jego wnukami lub dziećmi stanowią jednostkowe przypadki. Rysunek 3.1-4 pokazuje udział dzieci własnych w populacji dzieci zamieszkających z danym typem respondenta oraz w populacji dzieci ogółem. Największa grupa to dzieci własne kobiet ubezpieczonych w ZUS (9% wszystkich dzieci ujętych w badaniu); stanowiły one jednocześnie 22% dzieci zamieszkających z tymi respondentkami. Dzieci własne mężczyzn ubezpieczonych w ZUS stanowiły 3,2% wszystkich dzieci ujętych w badaniu i 19% dzieci zamieszkujących z tymi respondentami. Mimo że trzecią grupą pod względem liczby były dzieci kobiet ubezpieczonych w KRUS (3,1%), to

własne dzieci występują w tej grupie respondentów najrzadziej – tylko 12% dzieci zamieszkałych z kobietami ubezpieczonymi w KRUS to ich własne dzieci. Najmniejszą grupę dzieci stanowiły dzieci własne mężczyzn ubezpieczonych w KRUS (2%), mimo to wśród dzieci zamieszkałymi z tymi respondentami dzieci własne stanowią 16%.

Najwięcej dzieci mieszka w gospodarstwach domowych na wsi – ponad 56%, najmniej (17%) w gospodarstwach w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. Opieka nad dziećmi najczęściej sprawowana jest przez rodzinę – w badanej populacji tylko jednym dzieckiem opiekowała się opiekunka, a 64 było pod opieką placówki opiekuńczej (5% dzieci).

Większość dzieci mieszkała w gospodarstwach domowych, w których znajdował się partner respondenta oraz inne osoby z rodziny (73%). W gospodarstwach, gdzie respondent nie miał partnera, zamieszkiwało zdecydowanie mniej dzieci (27%). Prawidłowość ta jest niezależna od wieku dziecka.

W badanej populacji więcej było dzieci starszych w wieku od 7 do 14 lat (55%) niż w wieku od 0 do 6 lat (45%). Więcej było starszych chłopców (58% chłopców do 15. roku życia) niż dziewczynek (52% dziewczynek do 15. roku życia). Częściej starsze dzieci występowały też w dużych miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (58% dzieci). Średni wiek dziecka ujętego w badaniu wyniósł 7,35 lat.

W 37% gospodarstw z dziećmi respondent był głową gospodarstwa domowego. Najczęściej głową gospodarstwa domowego były kobiety ubezpieczone w ZUS (18% gospodarstw z dziećmi), oraz mężczyźni ubezpieczeni w ZUS (9%); respondenci ubezpieczeni w KRUS stanowili odpowiednio: 4,8% (kobiety) oraz 6% (mężczyźni) gospodarstw, w których były obecne dzieci.

Spośród 7028 gospodarstw domowych respondentów jednocześnie dzieci oraz dorośli wymagający opieki znajdują się w 124 z nich (2%), w tym w 46 gospodarstwach respondentów ubezpieczonych w KRUS i 78 ubezpieczonych w ZUS. Obie grupy wymagające opieki występują jednocześnie częściej w gospodarstwach respondentów ubezpieczonych w KRUS (3% gospodarstw respondentów ubezpieczonych w KRUS).

Średni wiek respondentów, w gospodarstwach których znajdują się dzieci wynosił 61 lat w przypadku mężczyzn i 56 lat w przypadku kobiet. Mężczyźni, w których gospodarstwach nie było dzieci byli średnio w porównywalnym wieku, kobiety były zaś przeciętnie o rok starsze.

Podsumowanie

W 14% gospodarstw domowych osób w wieku okołoemerytalnym objętych badaniem znajdowały się osoby dorosłe wymagające opieki, a w 13% dzieci w wieku do lat 14. Największą grupą członków gospodarstw domowych respondentów, wymagających opieki były wnuki lub wnuczki respondentów (45% osób wymagających opieki), żyjące głównie w większych (wielopokoleniowych) gospodarstwach domowych. Odsetek gospodarstw domowych osób

w wieku okołoemerytalnym z dziećmi będzie w przyszłości zmniejszać się w wyniku zmian w strukturze demograficznej gospodarstw (zmniejszanie się liczby gospodarstw wielopokoleniowych).

Drugą grupą wymagającą opieki pod względem liczebności, jaka żyje w gospodarstwach domowych respondentów są osoby starsze, powyżej 64. roku życia, które ze względu na stan zdrowia wymagają wsparcia ze strony innych (22% osób wymagających opieki). Zwraca uwagę fakt, iż w grupie osób najstarszych zapotrzebowanie na opiekę gwałtownie wzrasta dla populacji osób w wieku 75 lat i więcej. Najczęściej osoby te żyją w gospodarstwach domowych liczniejszych. Znaczna ich część, to osoby wymagające mniej intensywnej formy opieki. Wraz z wydłużaniem się trwania życia populacja osób najstarszych, wymagających opieki będzie się zwiększać.

Najmniej liczną grupę osób dorosłych, wymagających opieki stanowią osoby poniżej 65. roku życia, które ze względu na stan zdrowia lub dysfunkcję wymagają wsparcia od innych. Grupa ta, mimo że najmniej liczna, jest prawdopodobnie dużym obciążeniem dla respondentów, gdyż są to w większości (82%) dzieci lub partnerzy respondentów.

3.1.2. Organizacja opieki nad członkami gospodarstwa domowego wymagającymi opieki

W rozdziale analizą objęto następujące kwestie:

- sposób sprawowania opieki nad dziećmi i dorosłymi członkami gospodarstwa domowego, którzy wymagają opieki,
- koszty korzystania z opieki zewnętrznej,
- zaangażowanie członków gospodarstwa domowego w sprawowanie opieki nad osobami spoza gospodarstwa domowego,
- transfery usług innych niż opieka pomiędzy gospodarstwami domowymi.

Na początku trzeba jeszcze uczynić uwagę o charakterze narzędziowym, dotyczącą sposobu zbierania danych na temat sprawowania opieki w gospodarstwie domowym. Po udzieleniu odpowiedzi na pytania dotyczące cech osobistych, wykonywanej pracy lub przejścia na emeryturę oraz sytuacji gospodarstwa domowego, respondent w części poświęconej sprawowaniu opieki odpowiadał osobno na pytania dotyczące opieki nad dziećmi oraz osobami dorosłymi wymagającymi opieki w gospodarstwie domowym. Jako dzieci zdefiniowano osoby do 14. roku życia; pozostałe osoby traktowano jak osoby dorosłe. Na etapie przygotowania do zadania pytań związanych z dziećmi ankiet na podstawie odpowiedzi dotyczących składu gospodarstwa domowego wyodrębniał członków gospodarstwa, którzy nie przekroczyli 14. roku życia. Respondent był proszony o wskazanie, jakie podmioty uczestniczyły w opiece nad dzieckiem; istniała także możliwość odpowiedzi, że dziecko nie wymaga opieki. Wśród podmiotów sprawujących opiekę znajdowali się członkowie gospodarstwa domowego, definiowani przez pokre-

wieństwo względem respondenta, krewni spoza gospodarstwa domowego, placówki opieki, wynajęta opiekunka.

W pytaniu dotyczącym sprawowania opieki nad osobami dorosłymi z gospodarstwa domowego postępowanie było analogiczne, z tym że w celu wyodrębnienia tych osób z gospodarstwa ankietier posługiwał się – obok kryterium wieku (15 lub więcej lat) – także kryterium stanu zdrowia członków gospodarstwa domowego (wymagający opieki lub radzący sobie na ogół samodzielnie, ale w pewnych sprawach wymagający pomocy).

Wielość sytuacji rodzinnych respondentów, które mogły mieć miejsce, uniemożliwiła stworzenie stałych filtrów w ankiecie, a procedura wyboru osób, w stosunku do których badano sprawowanie opieki, wymagała od ankietierów precyzyjnego skorzystania z wcześniejszych pytań. Okazało się to jednak trudne i nie udało się uniknąć na tym etapie pomyłek, z pewnością po części ze względu na rozmiar ankiety i fakt, że sprawowanie opieki stanowiło jeden z kilku modułów.

Drugą trudnością w uzyskiwaniu odpowiedzi na te pytania był fakt, że respondenci proszeni byli o określenie pokrewieństwa zarówno opiekunów, jak i osób znajdujących się pod opieką w odniesieniu do nich samych. Wydaje się, że z punktu widzenia respondenta nie zawsze było to rozwiązanie najłatwiejsze, ale konieczne ze względów technicznych, żeby zachować możliwość identyfikacji członków gospodarstwa domowego.

Podkreślić należy, że opiekunowie charakteryzowani byli poprzez indywidualne kategorie pokrewieństwa względem respondenta, uwzględniające także ich płeć (np. syn, córka, matka, ojciec, teść, teściowa), a dopiero później nastąpiło grupowanie zmiennych.

Opieka nad dziećmi z gospodarstwa domowego

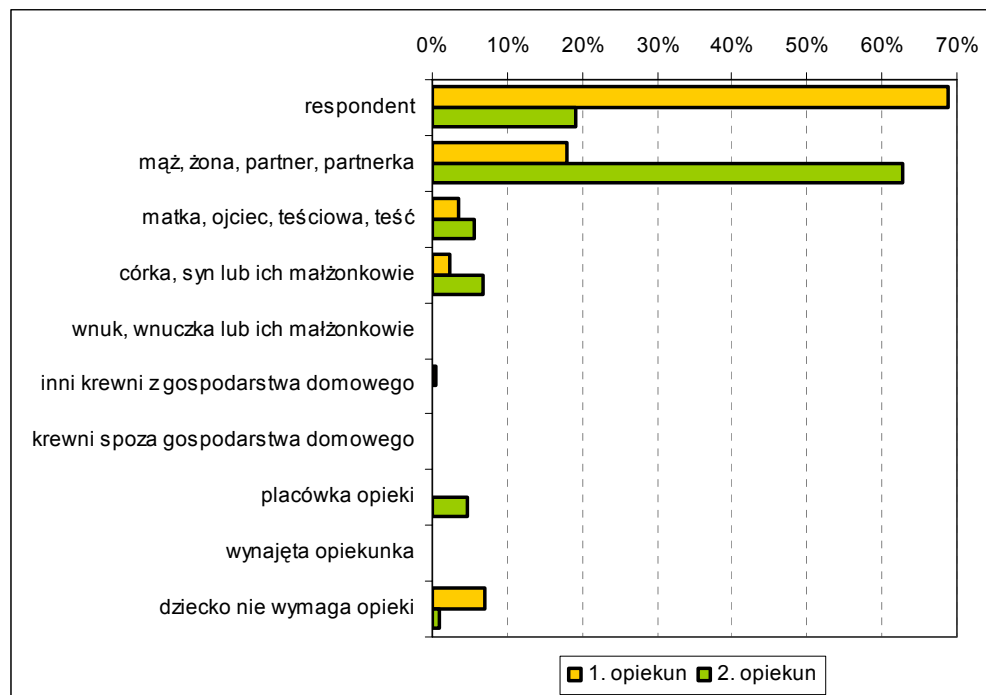
W gospodarstwach domowych respondentów zidentyfikowano ponad 1200 dzieci w wieku do 14 lat, z czego dla ponad 1100 uzyskano informacje o sposobie sprawowania opieki. Dzieci, które występowały w gospodarstwie domowym respondentów były albo jego dziećmi⁸, albo jego wnukami. Zdecydowanie częściej były to wnuki (83%), co jest zrozumiałe, biorąc pod uwagę, że respondenci mieli co najmniej 50 lat. Jeżeli zatem w gospodarstwie domowym mieliśmy do czynienia z dziećmi respondenta do 14. roku życia, to były to najczęściej dzieci spóźnione albo dzieci rodziców, pomiędzy którymi występowała znaczna różnica wieku. Ze względu na odmienną sytuację, kiedy dzieci występujące w gospodarstwie domowym są biologicznymi dziećmi lub wnukami, są one rozpatrywane osobno.

⁸ Występuje trudność terminologiczna, bo z jednej strony jako dziecko określana jest osoba do 14. roku życia, a z drugiej, osoba w określonej relacji pokrewieństwa. Żeby rozróżniać obie sytuacje – tam, gdzie jest to możliwe – o dzieciach reprezentujących relację pokrewieństwa mówić będzie się jako o czyichś dzieciach, na przykład „dzieci respondenta”.

Jeżeli dziecko występujące w gospodarstwie domowym jest dzieckiem respondenta, to niemal pełną opiekę zapewniają mu jego rodzice, tj. respondent i partner respondenta. Charakterystyczne jest, że respondenci wskazywali siebie w pierwszej kolejności niezależnie od płci, a na drugim miejscu wymieniali partnerów. W opiece nad dziećmi respondentów uczestniczy generalnie niewiele podmiotów – wskazania opiekuna na drugim miejscu występują jedynie dla około 60% dzieci, dla których wskazano opiekuna na pierwszym miejscu, natomiast opiekun na trzecim miejscu wymieniany jest zaledwie w około 15% przypadków. Oprócz respondenta i jego partnera jako opiekunowie występują także rodzice respondenta, jego inne dzieci oraz placówki opieki. Jednak te podmioty były wskazywane tylko dla kilku procent dzieci, częściej na drugim niż na pierwszym miejscu.

Podstawowym źródłem opieki dla dzieci respondenta są wewnętrzne zasoby opieki gospodarstwa domowego, natomiast opieka zewnętrzna – świadczona przez krewnych i znajomych spoza gospodarstwa domowego, placówki opieki albo opiekunki – wykorzystywana jest bardzo rzadko.

Rysunek 3.1.-5. Opiekunowie dzieci w gospodarstwie domowym będących dziećmi respondenta wg relacji pokrewieństwa do respondenta (% wskazań w pozycji pierwszego i drugiego opiekuna)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Jeżeli dziecko do lat 14. jest wnukiem (bądź wnuczką) respondenta, to sposób zapewnienia mu opieki zmienia się zdecydowanie. Wynika to przede wszystkim z faktu, że sytuacje takie występują najczęściej w wielopokoleniowych gospodarstwach domowych, w których istnieje możliwość skorzystania z opieki dziadków. Na pierwszym i na drugim miejscu jako opiekunowie ponownie wymieniani są rodzice dziecka (córkę i synowie respondenta wraz z małżonkami⁹), na trzecim i czwartym miejscu – najczęściej dziadkowie dziecka (respondent i jego partner). Z zewnętrznych form opieki nad dziećmi wykorzystywane są jedynie placówki opieki¹⁰, które częściej wymieniane są jako kolejne, a zatem uzupełniające, podmioty uczestniczące w opiece nad dzieckiem. Łącznie, niezależnie od miejsca, na którym wskazano placówkę opieki, wystąpiły one jedynie w przypadku niecałych 7% dzieci będących wnukami respondentów.

Niskie wykorzystanie opieki zewnętrznej w tym wypadku nie budzi jednak zdziwienia, ponieważ specyficzna jest sytuacja rodzinna gospodarstw domowych, w których występują dzieci będące wnukami respondenta – są to w przeważającej mierze rodziny wielopokoleniowe, w których zasoby wewnętrznej opieki są na tyle duże, że pozwalają zrezygnować z opieki zewnętrznej.

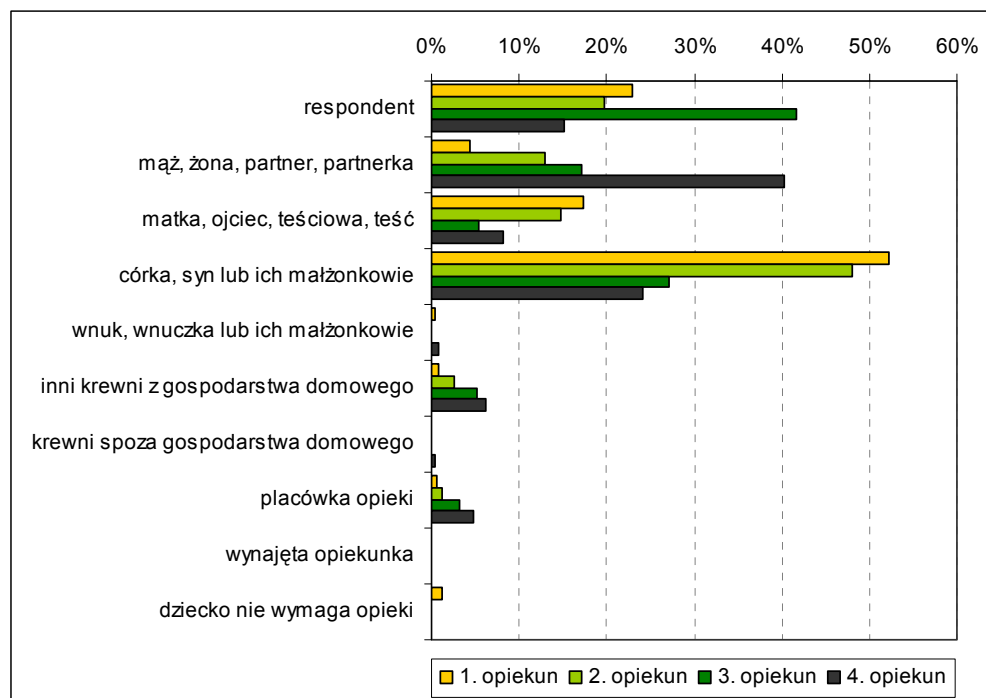
Wielopokoleniowość rodziny stanowi zapewne także wyjaśnienie większego zróżnicowania podmiotów uczestniczących w sprawowaniu opieki nad dziećmi będącymi wnukami respondentów niż miało to miejsce w przypadku dzieci będących dziećmi respondentów. O ile dla dzieci respondenta wskazania opiekunów ograniczały się w zasadzie do dwóch podmiotów, to w przypadku wnuków nawet na czwartej pozycji wskazywana jest znacząca liczba opiekunów (ponad jedną czwartą dzieci ma co najmniej czterech opiekunów)¹¹.

⁹ Przyjmowanie, że opiekujący się wnukiem respondenta córka, syn i ich małżonkowie są rodzicami dziecka pod opieką, jest oczywiście pewnym przybliżeniem, ponieważ może zdarzyć się, że dla dziecka będzie to brat lub siostra rodziców. Dokładniejsze rozstrzygnięcie tej kwestii wymagałoby dosyć skomplikowanego postępowania z danymi i na tym etapie było niemożliwe. Można jednak założyć, że popełniany błąd polegający na zaliczeniu ciotek i wujów dziecka do grona jego rodziców jest niewielki.

¹⁰ Zaledwie trojgiem dzieci opiekuje się wynajęta opiekunka, a czworgiem – krewni spoza gospodarstwa domowego.

¹¹ Stosunkowo często jako opiekunowie tych dzieci występują ich pradiadkowie (rodzice lub teściowie respondenta), co wydaje się mało prawdopodobne – szczególnie, jeżeli wymieniani są jako opiekunowie na pierwszym i na drugim miejscu. Wynika to prawdopodobnie z trudności zadania, jakie postawiono przed respondentem, aby opiekunów charakteryzował poprzez relację pokrewieństwa względem siebie. Można przypuszczać, że w tych wypadkach respondent nie wypełnił polecenia precyzyjnie i mówiąc o swojej matce lub ojcu, miał na myśli matkę lub ojca dziecka, a nie swoich rodziców.

Rysunek 3.1.-6. Opiekunowie dzieci w gospodarstwie domowym będących wnukami respondenta wg relacji pokrewieństwa do respondenta (% wskazań w pozycji od pierwszego do czwartego opiekuna)

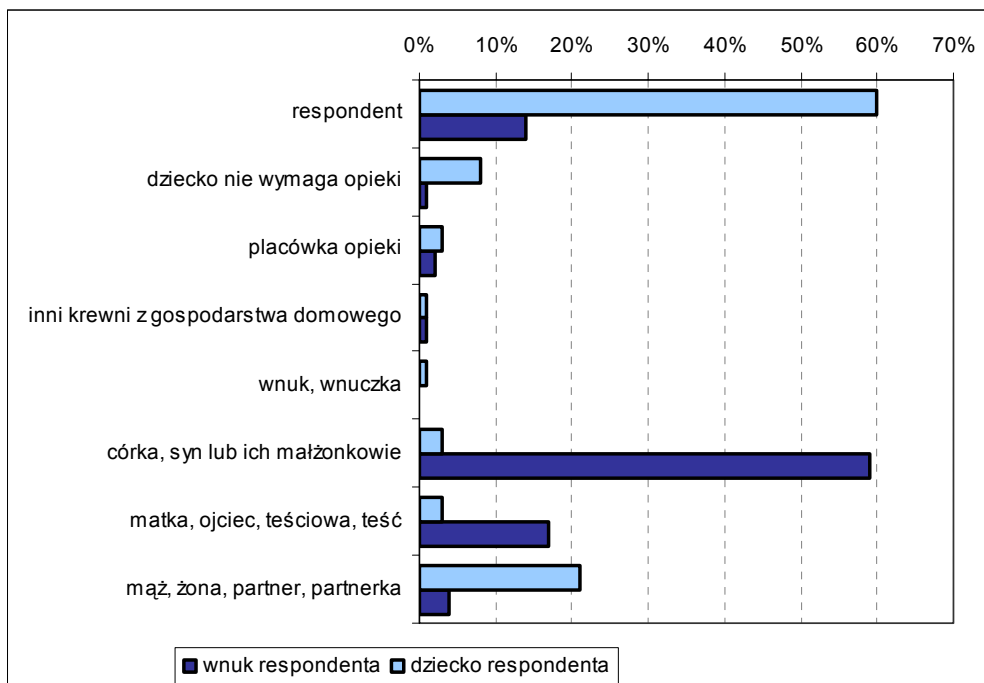


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

W stosunku do każdego dziecka zadano pytanie, pod opieką której z osób lub placówek uczestniczących w zapewnieniu opieki dziecko spędza najwięcej czasu. Odpowiedzi są ponownie zróżnicowane, w zależności od tego, jaka jest relacja pokrewieństwa dziecka w stosunku do respondenta. Jeżeli dziecko jest dzieckiem respondenta, to najczęściej najwięcej czasu na opiekę nad nim poświęca respondent, a w drugiej w kolejności – partner respondenta. Jeżeli dziecko jest wnukiem respondenta, to najwięcej czasu na opiekę poświęcają również rodzice dziecka (czyli dzieci respondenta z małżonkami). Obok pradiadków dziecka (rodzice respondenta) ważną rolę pełni także respondent (dla 14% dzieci był głównym opiekunem) i jego partner (4%). W sumie więc co piąte dziecko żyjące w rodzinie wielopokoleniowej najwięcej czasu spędza pod opieką babci lub dziadka.

W przypadku dzieci będących wnukami respondentów można zaobserwować, że niektóre cechy gospodarstwa domowego wpływają na częstość występowania poszczególnych podmiotów w roli głównego opiekuna (w przypadku dzieci będących dziećmi respondenta na analizę taką nie pozwalają małe liczebności).

Rysunek 3.1.-7. Osoby, pod opieką których dziecko spędza najwięcej czasu, według relacji pokrewieństwa do respondenta (% wskazań na osobę w danej relacji pokrewieństwa)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Zdecydowanie rzadziej w roli głównego opiekuna wnuka występują respondenci-mężczyźni (4% w porównaniu do 18% dla respondentek). Jeżeli respondent jest mężczyzną, to częściej głównym opiekunem jest jego partnerka (10% w porównaniu do 2%) oraz jedno z rodziców dziecka (65% w porównaniu do 57%). Jeżeli gospodarstwo domowe znajduje się na wsi, to rośnie udział rodziców dziecka wśród głównych opiekunów, mniejszy jest natomiast udział respondenta. Wraz ze wzrostem klasy miejscowości rodzice dziecka rzadziej występują jako główni opiekunowie, częściej natomiast dziadkowie oraz placówki opiekuńcze.

Status respondenta na rynku pracy wpływa na jego obecność jako głównego opiekuna dziecka, ale w sposób niezgodny z oczekiwaniami. Najrzadziej jako główni opiekunowie dziecka wskazywani są respondenci pracujący w rolnictwie indywidualnym (w przypadku 9% dzieci), natomiast pracujący poza rolnictwem indywidualnym oraz bierni zawodowo równie często są głównymi opiekunami swoich wnuków. Można było spodziewać się, że dziadkowie, którzy wycofali się z rynku pracy, będą bardziej aktywni od pracujących, szczególnie zaś tych w sektorze pozarolniczym.

Opieka nad dorosłymi z gospodarstwa domowego

Osoby dorosłe wymagające opieki mogły w gospodarstwie domowym występować w różnych relacjach pokrewieństwa względem respondenta i pod tym względem sytuacja była bardziej zróżnicowana niż w przypadku dzieci w gospodarstwie domowym, które mogły być albo wnukami, albo dziećmi respondenta. Wymagający opieki dorośli członkowie gospodarstw domowych respondentów najczęściej byli rodzicami lub teściami respondenta, drugą pod względem częstości kategorią był małżonek lub partner respondenta, a trzecią – dzieci respondenta lub ich małżonkowie.

Tabela 3.1.-2. Osoby dorosłe wymagające opieki w gospodarstwach domowych respondentów wg relacji pokrewieństwa względem respondenta

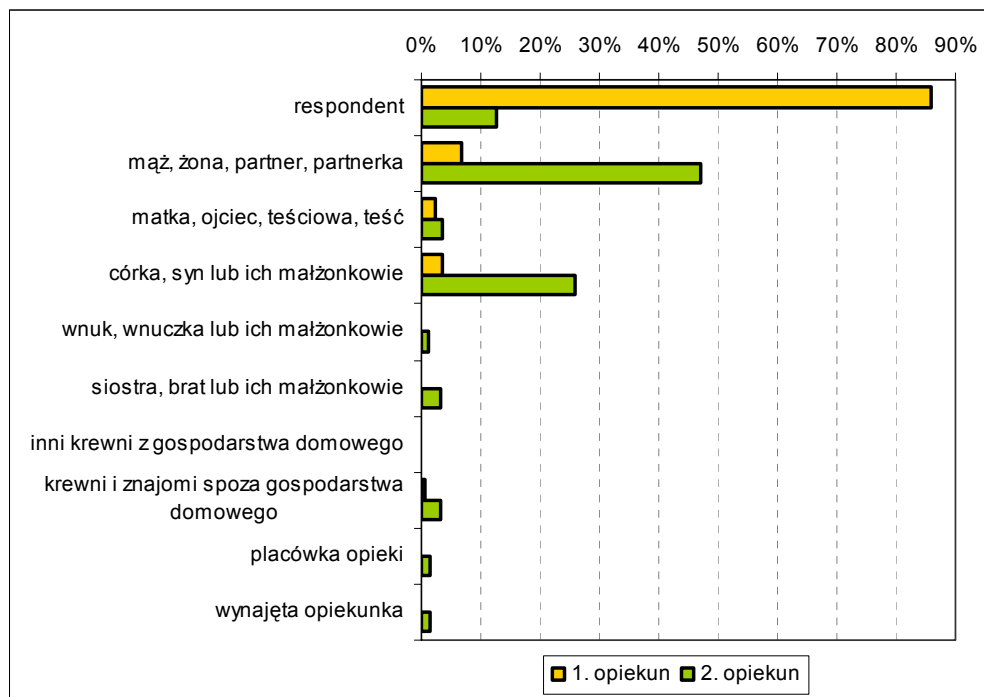
Relacja pokrewieństwa	Liczebność	Częstość (w %)
żona, mąż, partnerka, partner	263	34,3
matka, ojciec, teść, teściowa	301	39,3
córka, syn lub ich małżonkowie	163	21,3
wnuk	15	2,0
brat lub siostra	22	2,9
babcia lub dziadek	2	0,3
Razem	766	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Jako opiekunowie dorosłych członków gospodarstwa domowego wymagających opieki aktywni byli przede wszystkim respondenci, jego partner, a także dzieci respondenta, przy czym respondenci z dominującą przewagą wskazywali na siebie samego na pierwszym miejscu (86%), na drugim najczęściej wymieniany był partner respondenta (47%), jego dziecko lub małżonek dziecka (26%) oraz respondenci (13%). Okazuje się, że zróżnicowanie podmiotów mających znaczny udział w sprawowaniu opieki nad osobami dorosłymi w gospodarstwach domowych respondentów jest niewielkie. Widać to także poprzez liczbę opiekunów, którzy przypisani są osobie dorosłej wymagającej opieki. Spośród osób wymagających opieki, dla których wskazano pierwszego opiekuna, jedynie 45% ma także wskazanego drugiego opiekuna, a 14% – trzeciego.

Tak samo, jak u dzieci wymagających opieki, znikome okazało się znaczenie placówek opieki i opiekunek – korzystało z nich odpowiednio 2% i 1,5% dorosłych wymagających opieki. Z jednej strony, widoczne jest rzadsze korzystanie z placówek opieki, ale z drugiej strony, wśród podmiotów uczestniczących w sprawowaniu opieki pojawiła się wynajmowana opiekunka, która była zupełnie „niewidoczna” w przypadku opieki nad dziećmi.

Rysunek 3.1.-8. Osoby sprawujące opiekę nad osobami dorosłymi z gospodarstwa domowego według relacji pokrewieństwa do respondenta (% wskazań w pozycji pierwszego i drugiego opiekuna)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Jeżeli spośród dorosłych członków gospodarstwa domowego wymagających opieki wyodrębni się jedynie partnerów respondenta, to ciężar opieki w jeszcze większym stopniu koncentruje się na respondentach (92%¹² wskazań jako pierwszy opiekun), na drugim miejscu znaczącą rolę odgrywają dzieci respondenta (ponad 80% wskazań). Jeżeli natomiast rozpatrywana jest opieka nad rodzicami lub teściami respondenta, sytuacja zmienia się o tyle, że w układzie opieki znaczącą rolę zaczyna odgrywać partner respondenta zmniejszając nieco dominację respondenta w pozycji pierwszego opiekuna (87% respondent, 9% partner) i zastępując dzieci w pozycji drugiego opiekuna (54% partner, 18% respondent, 15% dzieci).

Niewielkie zróżnicowanie podmiotów uczestniczących w opiece nad dorosłymi członkami gospodarstwa domowego widoczne jest także przy określaniu

¹² Wskaźnik byłby jeszcze wyższy, jeżeli uwzględniłby odpowiedzi, że partnerem opiekuje się sam partner, które prawdopodobnie są wynikiem zdefiniowania przez respondenta pokrewieństwa względem osoby pod opieką a nie siebie samego.

osoby, pod opieką której dorosły spędza najwięcej czasu (główny opiekun). Dla 82% dorosłych pod opieką jest to respondent, dla 10% – partner, a dla 4% – dzieci respondenta i ich małżonkowie.

Wydatki na opiekę dla dzieci i dorosłych

Fakt rzadkiego wymieniania wśród podmiotów sprawujących opiekę nad członkami gospodarstwa domowego zarówno placówek opieki, jak i opiekunek spowodował, że bardzo skąpe są informacje na temat kosztów korzystania z usług placówek opiekuńczych i opiekunek. Stosunkowo najwięcej informacji uzyskano o wydatkach na placówki opiekuńcze dla dzieci. Ich poziom jest umiarkowany: 50% gospodarstw domowych respondentów korzystających z tej formy opieki wydaje miesięcznie na opiekę instytucjonalną do 150 PLN, a 90% – do 400 PLN. Wymieniane przez respondentów kwoty wydatków na opiekunkę dla dzieci i dla dorosłych oraz na placówki opieki dla dorosłych wskazują na to, że koszty pozostałych form opieki są generalnie wyższe niż placówek opieki dla dzieci, jakkolwiek liczebności są tak małe, że podane kwoty mogą być przypadkowe, więc tym bardziej nie można posłużyć się żadnymi statystykami opisowymi.

3.1.3. Sprawowanie opieki zewnętrznej przez członków gospodarstwa domowego

Respondentów zapytano, czy członkowie ich gospodarstwa domowego byli zaangażowani w opiekę nad osobami spoza niego. Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 15% respondentów, przy czym częstość odpowiedzi różniła się w zależności od wybranych cech opisujących respondenta albo jego gospodarstwo domowe.

Podstawową cechą różnicującą sprawowanie opieki zewnętrznej przez członków gospodarstwa domowego była sytuacja rodzinna w gospodarstwie domowym respondenta. Jeżeli w gospodarstwie domowym były osoby spoza rodziny nuklearnej respondenta (respondent bez partnera i inne osoby, respondent z partnerem i inne osoby), to rzadziej sprawowano opiekę zewnętrzną niż w pozostałych dwóch sytuacjach rodzinnych (gospodarstwa jednoosobowego lub gospodarstwa dwuosobowego składającego się z respondenta i jego partnera). Pierwsze dwa typy gospodarstw domowych wyróżniają się z pewnością ze względu na swoją wielkość, dlatego warto sprawdzić, czy to nie wielkość gospodarstwa domowego jest czynnikiem różnicującym. Okazuje się jednak, że tak nie jest (na przykład dwuosobowe gospodarstwa domowe nie różnią się pod względem świadczenia pomocy od gospodarstw jednoosobowych), zatem to nie tyle wielkość, ale skład gospodarstwa domowego i relacje pokrewieństwa pomiędzy jego członkami mają znaczenie dla zewnętrznej aktywności opiekuńczej jego członków. Jeżeli weźmie się pod uwagę, że ogół gospodarstw domowych kieruje zewnętrzną pomocą opiekuńczą do wnuków lub rodziców głowy gospodarstwa domowego, a szczególne skupienie, wręcz ograniczenie do tych dwóch kierunków świadczenia pomocy występuje w gospodarstwach domowych z głową w wieku 55–64 lata (por. Styrc 2007), to

nieobecność osób tych dwóch kategorii wewnątrz gospodarstw domowych jednoosobowych i dwuosobowych składających się z respondenta i jego partnera stwarza potencjalnie większe zapotrzebowanie na taką pomoc w sieci krewniaczej respondentów, które – jak pokazują dane – gospodarstwa domowe starają się zaspokoić. Prowadząc dalej takie rozumowanie, obecność dzieci do lat 14 w gospodarstwie domowym, będących w większości wnukami respondenta, przenosi zapotrzebowanie na opiekę do tego gospodarstwa, ograniczając potrzebę świadczenia opieki na zewnątrz. Znajduje to potwierdzenie w danych, bo gospodarstwa domowe, w których są dzieci do lat 14 znacznie rzadziej angażują się w opiekę zewnętrzną (15% w stosunku do 10%). Podobnie jest w przypadku obecności osób w wieku 80 lat i więcej wymagających opieki, gdzie różnica jest już mniej wyraźna, ale nadal statystycznie istotna (15% w stosunku do 13%). Obecność osób w wieku co najmniej 65 lat wymagających opieki nie różnicuje sprawowania opieki zewnętrznej, natomiast dla osób wymagających opieki w wieku 15–64 lata kierunek wpływu jest odwrotny – ich obecność sprzyja sprawowaniu opieki zewnętrznej.

Wraz ze wzrostem klasy miejscowości zamieszkania członkowie gospodarstwa domowego częściej angażują się w sprawowanie opieki nad osobami spoza niego. Przynajmniej częściowo jest to związane ze zwiększaniem się – wraz ze wzrostem klasy miejscowości – udziału gospodarstw domowych jednoosobowych oraz dwuosobowych w ogólnej liczbie gospodarstw domowych. Częstość świadczenia pomocy zewnętrznej rośnie również wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia głowy gospodarstwa domowego. Częściej pomoc zewnętrzną świadczą także respondenci ubezpieczeni w ZUS niż w KRUS, ale i w tym wypadku wpływ na to ma zróżnicowanie struktury respondentów ubezpieczonych w ZUS i KRUS według sytuacji rodzinnej.

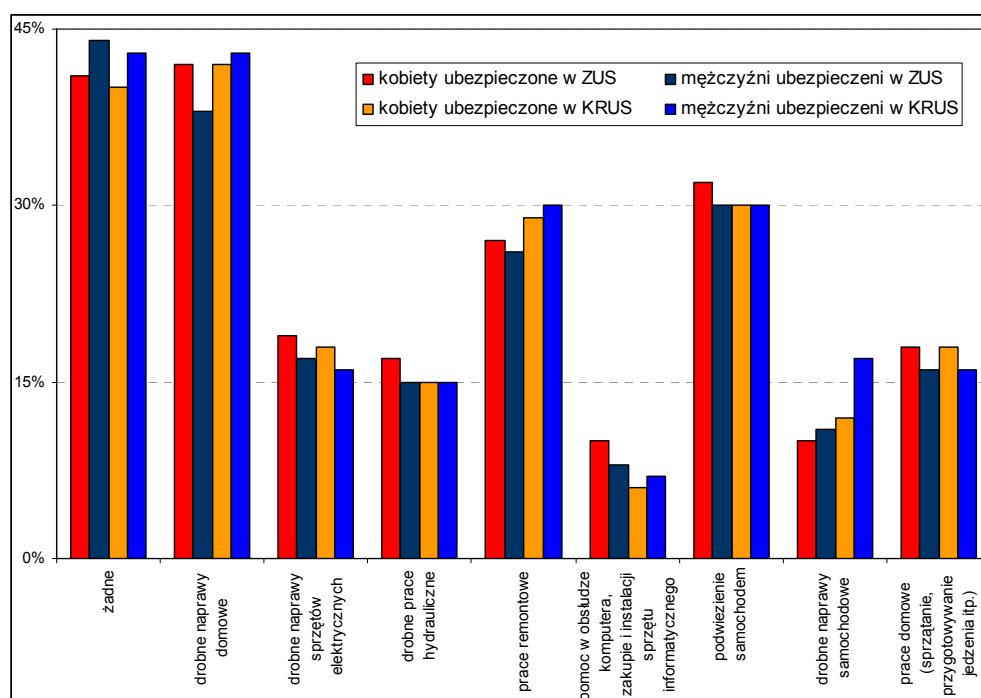
3.1.4. Usługi nieopiekuńcze dla i od gospodarstwa domowego

Oprócz pytań o przepływy w postaci usług opiekuńczych pomiędzy gospodarstwami domowymi, rozpatrywano także inne usługi przekazywane pomiędzy gospodarstwami domowymi, które były przede wszystkim usługami wymagającymi specjalistycznej lub technicznej wiedzy lub umiejętności (drobne naprawy domowe, sprzętów hydraulicznych, samochodowe, prace remontowe, obsługa komputera) lub posiadania określonych dóbr (podwiezienie samochodem). Z dodatkowymi wymogami nie wiązała się jedynie pomoc w pracach domowych (sprzątaniu, przygotowaniu posiłków itp.).

Respondentów pytano zarówno o to, czy ich gospodarstwa domowe miały możliwość korzystania z takich usług, jak i o to, czy krewni i znajomi mogli liczyć na nieodpłatną pomoc w takich formach ze strony członków gospodarstwa domowego respondenta. Wybrano przy tym formę pytania o możliwości, a nie o fakt skorzystania lub udzielenia pomocy, ponieważ chciano uwzględnić także te sytuacje, kiedy nie było potrzeby świadczenia pomocy, ale istniała potencjalna możliwość ku temu.

Możliwość nieodpłatnego korzystania z pomocy krewnych i znajomych w co najmniej jednej z wymienionych kwestii zadeklarowało prawie 60% gospodarstw domowych. Pomiedzy odpowiedziami respondentów ubezpieczonych w ZUS i KRUS występowały niewielkie różnice, jednak nie dają one podstaw do interpretacji i wyniki będą omawiane łącznie.

Rysunek 3.1.-9. Gospodarstwa domowe posiadające możliwość nieodpłatnego korzystania z usług różnych rodzajów świadczonych przez krewnych i znajomych (w % gospodarstw domowych)

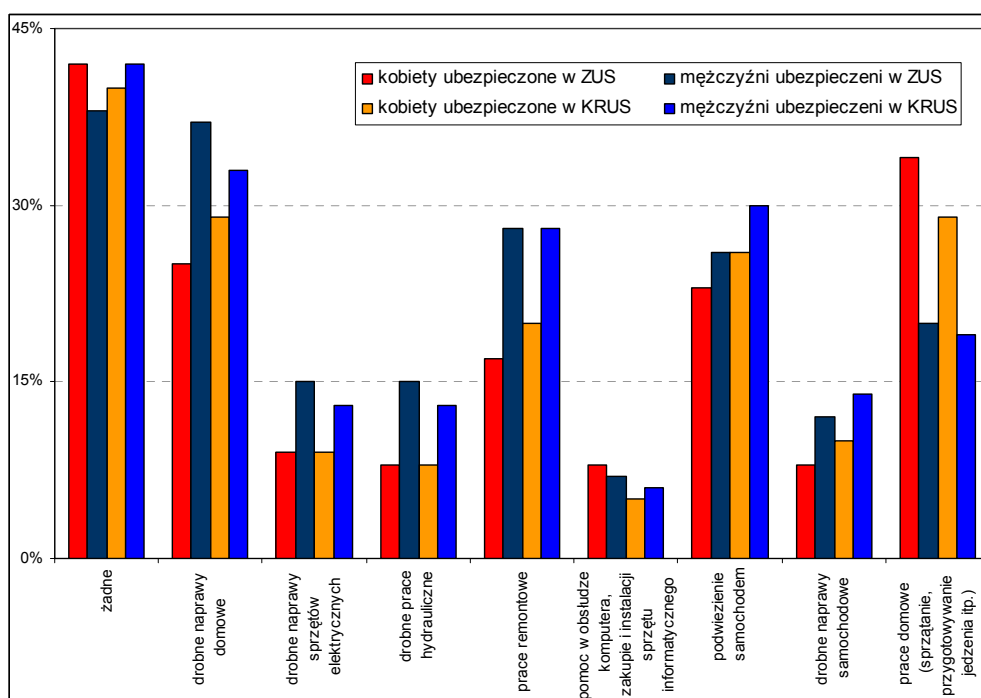


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Najlepiej respondenci oceniają swoje możliwości korzystania z nieodpłatnej pomocy w drobnych naprawach domowych – około 40% gospodarstw domowych miało taką możliwość. Następnymi pod względem dostępności formami pomocy było podwiezienie samochodem (około 30%) oraz prace remontowe (nieco poniżej 30%). Prawie dwukrotnie rzadziej respondenci stwierdzali, że mają możliwość korzystania z drobnych napraw sprzętów elektrycznych, z pomocy w pracach domowych i z drobnych prac hydraulicznych, a prawie trzykrotnie rzadziej – z drobnych napraw samochodowych. Zdecydowanie najrzadziej gospodarstwa domowe mogły korzystać z pomocy informatycznej.

Odpowiedzi respondentów na pytanie, czy krewni i znajomi mogą liczyć w wymienionych kwestiach na nieodpłatną pomoc ze strony członków ich gospodarstwa domowego, znowu nie różnią się zbytnio dla respondentów ubezpieczonych w ZUS i KRUS. W tym wypadku ujawniło się natomiast silne zróżnicowanie według płci respondentów, co wymaga szczególnego podkreślenia, ponieważ respondenci proszeni byli o wypowiedź na temat gotowości do pomocy wszystkich członków gospodarstwa domowego, a nie swojej. Tymczasem mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety deklarowali gotowość swojego gospodarstwa domowego do pomocy w usługach zwyczajowo wykonywanych przez mężczyzn (prace remontowe, drobne naprawy domowe, drobne naprawy hydrauliczne, elektryczne i samochodowe), lekka przewaga występowała nawet przy „podwieszeniu samochodu”. Natomiast kobiety zdecydowanie częściej od mężczyzn deklarowały gotowość swoich gospodarstw domowych do pomocy w pracach domowych. Najwyraźniej ocena własnych chęci i możliwości respondenta w tej sprawie ma inną wagę niż jego ocena chęci i możliwości pozostałych członków gospodarstwa domowego. Okazuje się zatem, że cechy indywidualne respondenta wpływają na jego odpowiedzi dotyczące innych członków gospodarstwa domowego.

Rysunek 3.1.-10. Gotowość członków gospodarstw domowych respondentów do nieodpłatnej pomocy w różnych formach (w % gospodarstw domowych)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Jeżeli porównuje się gotowość udzielenia pomocy w poszczególnych formach z możliwościami skorzystania z niej, to okazuje się, że dla każdej formy pomocy – z wyjątkiem prac domowych – nieco mniej gospodarstw domowych wyraża gotowość świadczenia danej usługi niż miało możliwość korzystania z niej. Jest to logiczne, ponieważ możliwość korzystania zależy od potencjału gospodarstw domowych – najczęściej wielu, tworzących sieć wsparcia gospodarstwa respondenta. Natomiast ocena możliwości opiera się na potencjale i woli zaledwie jednego gospodarstwa domowego – szansa na znalezienie osoby posiadającej wybrane umiejętności jest tym większa, im więcej gospodarstw domowych jest do dyspozycji. Jednocześnie odsetek respondentów deklarujących, że od ich gospodarstw domowych żadnej z wymienionych form pomocy nie można się spodziewać, nie był większy niż odsetek respondentów, których gospodarstwa domowe nie miały możliwości skorzystania z takich usług.

3.1.5. Podsumowanie

W zależności od tego, w jakiej relacji pokrewieństwa wobec respondenta byli członkowie gospodarstwa domowego, różnił się sposób zapewnienia im opieki. Jeżeli opieki wymagało dziecko do 14. roku życia, to zaangażowani w opiekę byli przede wszystkim rodzice dziecka. Tak było zarówno w przypadku dzieci będących wnukami jak i dziećmi respondenta. Różnica polegała na tym, że w przypadku wnuków znaczący udział w opiece mieli także dziadkowie. Oznacza to, że w celu zapewnienia dziecku opieki była wykorzystywana większa dostępność wewnętrznych zasobów opieki, wynikająca z istnienia rodziny wielopokoleniowej.

Spośród wielu istniejących relacji pokrewieństwa, w jakiej znajdował się potrzebujący opieki dorosły członek gospodarstwa domowego, analizie poddano dwie, które występowały najczęściej – (1) osoba pod opieką była partnerem respondenta; (2) osoba pod opieką była rodzicem lub teściem respondenta. W obydwu sytuacjach znaczący udział w sprawowaniu opieki miały dzieci osoby pod opieką, z tym że w przypadku partnera respondenta ujawniło się bardzo silne zaangażowanie w opiekę respondenta czyli partnera osoby pod opieką. Zaangażowanie partnera osoby pod opieką nie było natomiast obserwowane, jeżeli osoba pod opieką była rodzicem lub teściem respondenta.

Zarówno dzieci, jak i dorośli wymagający opieki rzadko korzystali z opieki w placówkach opiekuńczych lub z wynajętych opiekunek. Najbardziej znaczące z obserwowanych wariantów korzystania z opieki odpłatnej było przebywanie dzieci w placówkach opiekuńczych, które okazało się jednocześnie najtańszym rozwiązaniem w porównaniu do pozostałych.

Dla zewnętrznej aktywności opiekuńczej członków gospodarstwa domowego podstawowe znaczenie miała sytuacja rodzinna. Czynnikiem ograniczającym była obecność osób wymagających opieki wewnątrz gospodarstwa domowego oraz obecność w gospodarstwie domowym osób spoza rodziny nuklearnej respondenta.

Większość gospodarstw domowych deklaruje możliwość korzystania z co najmniej jednej usługi nieopiekuńczej, wymagającej fachowej wiedzy lub posiadania określonych dóbr, świadczonej nieodpłatnie przez krewnych lub znajomych spoza gospodarstwa domowego. Równie często respondenci deklarują, że inne gospodarstwa domowe mogą skorzystać z takiej pomocy, świadczonej przez członków ich gospodarstwa domowego. Generalnie im bardziej specjalistycznej wiedzy wymaga dana usługa, tym mniejsze są możliwości korzystania z niej, jakkolwiek istnieją różnice miejsc w rankingu częstości usług potencjalnie możliwych do otrzymania lub świadczenia przez gospodarstwo domowe respondenta. Zdecydowanie najrzadziej gospodarstwa domowe respondentów mogą skorzystać z pomocy wymagającej wiedzy informatycznej.

3.2. Zaangażowanie osób w wieku okołoemerytalnym w świadczenie opieki

3.2.1. Charakterystyka osób sprawujących opiekę

Osoby sprawujące opiekę

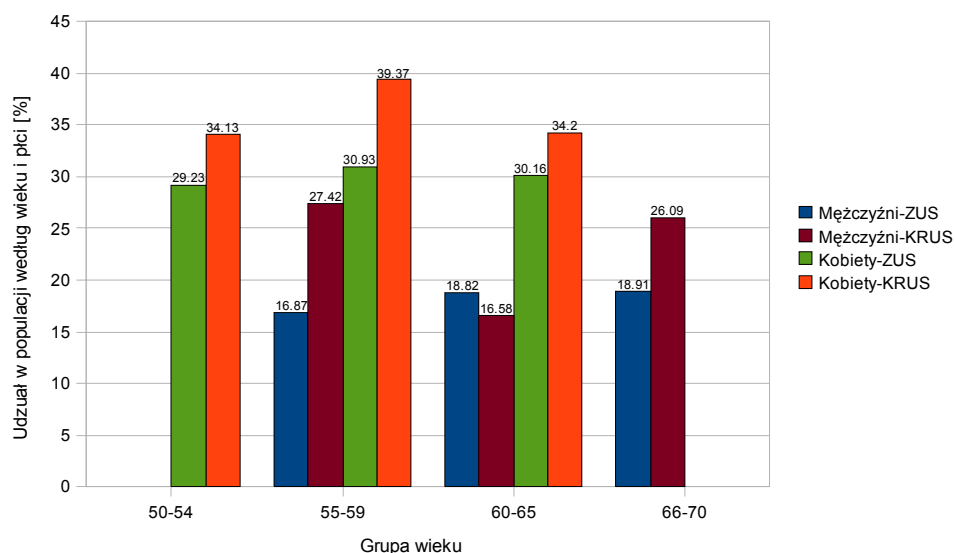
Opieka została w badaniu zdefiniowana jako „wszystkie czynności związane z udzieleniem pomocy osobom, które nie są w stanie samodzielnie wykonywać codziennych czynności, ale potrzebują w tym pomocy lub wyręczenia. Opieka sprawowana jest nad dziećmi, osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, osobami starszymi. Opieka sprawowana jest osobiście, regularnie i nieodpłatnie.”¹³ W badaniu pytano respondentów o to, czy sprawowali opiekę w ostatnim roku. Tak więc wśród respondentów, którzy zadeklarowali opiekę znajdują się osoby, które sprawowały opiekę w ostatnim roku ale już jej nie sprawują, jak również takie, które sprawowały opiekę w okresie, w którym przeprowadzone było badanie.

W badanej populacji kobiet w wieku 50–65 lat oraz mężczyzn w wieku 55–70 lat opiekę sprawowało 31% kobiet i 20% mężczyzn. Większa częstotliwość sprawowania opieki przez kobiety niż mężczyzn jest niezależna od instytucji ubezpieczenia emerytalnego (ZUS/KRUS) i znajduje swoje uzasadnienie w sferze norm i zwyczajów. Osoby ubezpieczone w KRUS częściej deklarowały sprawowanie opieki niż osoby ubezpieczone w ZUS (36% kobiet i 24% mężczyzn ubezpieczonych w KRUS wobec 30% kobiet i 18% mężczyzn ubezpie-

¹³ Jednocześnie „Opieką nie są takie czynności, które wprawdzie są wykonywane dla osób wymagających opieki, ale jednocześnie byłyby wykonywane także niezależnie od obecności tych osób. Przykładowo, przygotowanie posiłku dla wszystkich członków gospodarstwa domowego nie jest traktowane jako opieka, natomiast przygotowanie posiłku specjalnie dla osoby wymagającej opieki jest równoznaczne ze sprawowaniem opieki.”

czonych w ZUS). Różnice w aktywności opiekuńczej w zależności od instytucji ubezpieczenia odzwierciedlają głębsze różnice populacji osób ubezpieczonych w KRUS i ZUS. Po pierwsze, gospodarstwa domowe osób ubezpieczonych w KRUS są na ogół większe (często wielopokoleniowe) niż gospodarstwa domowe osób ubezpieczonych w ZUS. Pozwala to osobom starszym, zamieszkałym wspólnie ze swoimi dziećmi i wnukami, na sprawowanie opieki nad innymi członkami gospodarstwa domowego. Ponadto, osoby ubezpieczone w KRUS dużo częściej niż ubezpieczone w ZUS pracują w indywidualnym gospodarstwie rolnym. Jak pokazują dalsze analizy przeprowadzone w niniejszym rozdziale, te dwa czynniki różnicują aktywność opiekuńczą. Większy udział osób sprawujących opiekę wśród populacji osób ubezpieczonych w KRUS niż w ZUS może być też wynikiem gorszego dostępu do placówek opieki, co związane jest z miejscem zamieszkania osób ubezpieczonych w KRUS (w przeważającym stopniu wieś). Opieka sprawowana przez członków rodziny ma bowiem często, co również wynika z analiz prezentowanych w niniejszym rozdziale, charakter substytucyjny wobec opieki zapewnianej przez placówki opieki lub płatne opiekunki. Ponadto, większe uczestnictwo osób ubezpieczonych w KRUS w sprawowaniu opieki może być też wynikiem różnic kulturowych, dotyczących stosunku do sprawowania opieki. Jak wynika z rozdziału, sprawowanie opieki może być wyjaśniane w dużej mierze czynnikami kulturowymi.

Rysunek 3.2.-1. Udział sprawujących opiekę w populacji według wieku, płci i instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Aktywność opiekuńcza kobiet rośnie do wieku 60 lat, by zacząć opadać po 60. roku życia. Efekt ten jest silniejszy u kobiet ubezpieczonych w KRUS niż w ZUS. W przypadku mężczyzn aktywność opiekuńcza wydaje się być względnie stabilna w badanych grupach wieku¹⁴ (rys. 3.2-1).

Różnice w częstotliwości sprawowania opieki według poziomu wykształcenia nie są znaczne. Wśród respondentów ubezpieczonych w ZUS większą częstotliwością opieki odznaczają się osoby z wykształceniem wyższym oraz podstawowym i niepełnym podstawowym lub bez wykształcenia, natomiast rzadziej opiekę sprawują osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim. W przypadku osób ubezpieczonych w KRUS różnice w częstotliwości opieki według wykształcenia są bardziej znaczące (najczęściej sprawują opiekę osoby z wykształceniem wyższym), lecz niewielka reprezentacja w tej grupie osób w wykształceniu średnim lub wyższym¹⁵ nie pozwala na uogólnianie wniosków. W grupie tej znaczną przewagę mają osoby z wykształceniem podstawowym (niepełnym podstawowym lub brakiem wykształcenia) i z wykształceniem zasadniczym zawodowym, wśród nich nieco wyższą częstotliwością opieki charakteryzują się osoby z wykształceniem podstawowym.

Status na rynku pracy oraz charakter wykonywanej pracy wpływają odmiennie na częstotliwość sprawowania opieki u osób ubezpieczonych w ZUS i KRUS. U osób ubezpieczonych w ZUS bierność zawodowa i bezrobocie mają wpływ pozytywny lub neutralny na zwiększenie aktywności opiekuńczej. Kobiety bierne zawodowo i bezrobotne tak samo często sprawują opiekę jak kobiety pracujące (30%). Mężczyźni bierni zawodowo (lub bezrobotni) sprawują opiekę częściej niż pracujący (odpowiednio 20% i 17%). W przypadku osób ubezpieczonych w KRUS bierność zawodowa (i bezrobocie) towarzyszy niższej aktywności opiekuńczej, niż pracy. U kobiet sprawowanie opieki jest rzadziej związane z biernością (i bezrobociem) niż z wykonywaniem pracy (odpowiednio 34% i 37%). Mężczyźni bierni zawodowo, ubezpieczeni w KRUS, również sprawują opiekę rzadziej niż pracujący (odpowiednio: 21% i 26%).

Jednym z czynników wyjaśniających różnice w aktywności opiekuńczej populacji ubezpieczonych w KRUS i ZUS pod względem ich statusu na rynku pracy jest charakter wykonywanej pracy. Praca w indywidualnym gospodarstwie rolnym zwiększa częstotliwość sprawowania opieki zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn. Natomiast praca poza rolnictwem zmniejsza częstotliwość sprawowania opieki. Większość kobiet ubezpieczonych w ZUS pracuje poza rolnictwem indywidualnym (39%) lub jest bierna zawodowo (53%). Kobiety pracujące poza

¹⁴ W przypadku mężczyzn ubezpieczonych w KRUS, spadek aktywności na wykresie w wieku 60–65 jest najprawdopodobniej jedynie efektem doboru próby.

¹⁵ 78 kobiet oraz 27 mężczyzn.

rolnictwem sprawują opiekę nieco rzadziej niż biernie (29% i 30%)¹⁶. Większość kobiet ubezpieczonych w KRUS pracuje w rolnictwie indywidualnym (53%) lub jest bierna (43%). Wśród tych dwóch grup większą intensywnością opieki charakteryzują się kobiety pracujące w rolnictwie indywidualnym niż biernie zawodowo (odpowiednio 37% i 33%)¹⁷. Również w przypadku mężczyzn praca w gospodarstwie rolnym sprzyja wyraźnie sprawowaniu opieki (ubezpieczeni w ZUS i KRUS – 26%). Najrzadziej sprawują opiekę mężczyźni ubezpieczeni w ZUS pracujący poza rolnictwem indywidualnym (16%) oraz mężczyźni ubezpieczeni w KRUS bierni zawodowo (21%).

Negatywna subiektywna ocena stanu zdrowia respondentów nie jest przeszkodą w sprawowaniu opieki¹⁸. Osoby oceniające swój stan zdrowia w oparciu o pięciostopniową skalę jako „bardzo złe” lub „złe” częściej sprawują opiekę niż osoby oceniające swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” lub „dobry” (kobiety ubezpieczone w ZUS odpowiednio 35% i 27%, w KRUS – 38% i 29%; mężczyźni ubezpieczeni w ZUS 22% i 18%, w KRUS – po 20%)¹⁹. Również posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności nie jest barierą w sprawowaniu opieki. Wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS 35% osób z orzeczoną niepełnosprawnością, a więc częściej niż przeciętnie w tej populacji, zajmuje się opieką (29% bez takiego orzeczenia), wśród kobiet objętych ubezpieczeniem KRUS 38% (bez orzeczenia – 35%). Wśród mężczyzn ubezpieczonych w ZUS odsetki te kształtują się następująco: 20% osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności sprawuje opiekę (17% bez takiego orzeczenia), wśród ubezpieczonych w KRUS odsetki te kształtują się tak samo, niezależnie do posiadania orzeczenia o niepełnosprawności, na poziomie 24%.

Badana populacja znajduje się w wieku intensywnej dezaktywizacji związanej z dostępem do świadczeń zastępujących dochody z pracy: emerytur – w tym wcześniejszych emerytur, rent inwalidzkich i świadczeń przedemerytalnych. Większość badanej populacji pobierała świadczenia zastępujące dochody z pracy: emerytury, renty inwalidzkie i świadczenia przedemerytalne (kobiety ubezpieczone w ZUS – 59%, w KRUS – 57%; mężczyźni ubezpieczeni w ZUS – 63%, w KRUS – 57%). Analiza wyników badań wskazuje, że pobieranie świadczeń może mieć

¹⁶ Najczęściej sprawują opiekę kobiety ZUS pracujące w rolnictwie indywidualnym (48%), jednakże niewielka liczebność tej populacji nakazuje ostrożność w wyciąganiu wniosków uogólniających (49 osób).

¹⁷ Mimo wysokiej intensywności opieki sprawowanej przez kobiety KRUS pracujące poza rolnictwem indywidualnym lub bezrobotne, ze względu na bardzo niewielkie liczebności tych populacji (14 i 6) nieuprawnione byłoby wyciąganie wniosków o odmienności charakterystyki sprawujących opiekę kobiet KRUS według ich statusu na rynku pracy.

¹⁸ Ocena ta nastąpiła w oparciu o pięciostopniową skalę: bardzo dobry, dobry, taki sobie, zły, bardzo zły.

¹⁹ Wyjątkiem jest populacja mężczyzn KRUS. Tu jednak skrajne grupy (bardzo dobry i bardzo zły stan zdrowia) reprezentowane są przez nieliczne grupy respondentów; po ich odrzuceniu okazuje się, że najczęściej opiekę sprawują osoby deklarujące, że ich stan zdrowia jest „taki sobie”.

jedynie nieznaczny wpływ na aktywność opiekuńczą badanej populacji. Osoby ubezpieczone w ZUS pobierające te świadczenia tylko nieznacznie częściej sprawują opiekę (kobiety – 31%, mężczyźni – 19%) niż populacja ogółem. Wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS, pobierające świadczenia opiekują się tak samo często jak ich niepobierające (36%), natomiast ubezpieczeni tam mężczyźni pobierający świadczenia sprawują opiekę nieznacznie częściej (25%) niż mężczyźni ogółem.

Sprawowanie opieki nad dziećmi – wyniki analizy modelowej

W tej części przedstawiono wyniki analizy ekonometrycznej sprawowania opieki nad dziećmi przez respondentów w zależności od różnych ich cech i sytuacji rodzinnej²⁰. Badanie dotyczy osób w wieku okołoemerytalnym, zatem można oczekiwać, iż tylko część respondentów będzie sprawować opiekę nad własnymi dziećmi, a większa grupa zajmować się będzie wnukami. 23% respondentów, sprawujących opiekę nad dziećmi wewnątrz gospodarstwa domowego, zajmowało się własnymi dziećmi, a 76% wnukami. Respondenci sprawują opiekę nad dziećmi ze swojego gospodarstwa domowego i spoza niego. Ponad połowa osób sprawujących opiekę nad dziećmi, ubezpieczonych w ZUS, zajmuje się dziećmi spoza swojego gospodarstwa domowego, w przypadku KRUS jest to około 40%.

Analizę zależności pomiędzy faktem sprawowania opieki zarówno nad dziećmi²¹ z tego samego gospodarstwa domowego, jak i spoza niego (zmienna zależna) przeprowadzono przy użyciu modelu probitowego, z estymatorem błędu standardowego Huber/White/sandwicz. Analiza obejmuje zmienne opisujące samego respondenta, jak i sytuację jego rodziny i gospodarstwa domowego. Ponadto w analizie uwzględniono czynniki strukturalne i kulturowe niekorzystania przez

²⁰ W analizie wykorzystano zmienne: płeć; wykształcenie; ubezpieczenie w ZUS/KRUS; główne źródło utrzymania respondenta; miejsce zamieszkania; otrzymywanie przez respondenta świadczeń społecznych: emerytury, renty inwalidzkiej, świadczeń przedemerytalnych; czy respondent jest głową gospodarstwa domowego; stan zdrowia respondenta; fakt posiadania przez dowolnego członka rodziny gospodarstwa rolnego; liczba osób dorosłych w gospodarstwie domowym; liczba osób dorosłych niewymagających opieki; liczba jak i obecność dzieci w wieku 0–6, 7–14, 0–14 lat; praca w rolnictwie; praca jako pracownik najemny; praca na własny rachunek/działalność gospodarcza poza rolnictwem indywidualnym; pomagający członek rodziny poza rolnictwem indywidualnym; obecność najbliższej rodziny nie będącej częścią gospodarstwa domowego w tym samym budynku/na tej samej ulicy; typ gospodarstwa domowego; podanie przez respondenta niedostępności placówki opieki (ze względu na stan zdrowia osoby wymagającej opieki, koszty, jakość, niedostosowanie placówki do potrzeb oraz brak takiej placówki w pobliżu) jako jednego z powodów niekorzystania z placówek opieki; podanie przez respondenta jednego z powyższych powodów jako jednego z głównych powodów niekorzystania z placówek opieki; podanie przez respondenta uwarunkowań kulturowych jako powodu niekorzystania z placówek opieki; podanie powodów kulturowych jako jednego z dwóch głównych powodów niekorzystania z placówek opieki. Obecność w gospodarstwie domowym respondenta jego własnych dzieci poniżej 15 roku życia.

²¹ Przez dzieci rozumie się osoby, które mają co najwyżej 14 lat.

gospodarstwa domowe respondentów z placówek opieki. Czynniki kulturowe zostały zdefiniowane poprzez odpowiedzi respondentów, mówiące iż powodem niekorzystania z instytucjonalnych form opieki jest ich niechęć do oddawania dziecka do takiej placówki²². Czynniki strukturalne to problemy z dostępem do takich placówek: niezadowalająca jakość, niedostosowanie do potrzeb dziecka (ze względu na stan jego zdrowia), rodzica (zbyt krótkie godziny otwarcia), koszty lub brak takich placówek w okolicy respondenta. Można oczekiwać, iż część zmiennych będzie wpływać na aktywność opiekuńczą respondenta zarówno wewnątrz jak i poza gospodarstwem domowym, inne – jak problemy z dostępem do placówek opieki – będą powiązane jedynie ze sprawowaniem opieki wewnątrz gospodarstwa domowego.

Przetestowano różne specyfikacje modelu, zarówno ze względu na zmienne niezależne, jak i analizowaną populację (populacja ogółem, odrębnie kobiety i mężczyźni oraz według instytucji ubezpieczenia emerytalnego). Najlepsze z uzyskanych modeli przedstawia tabela 3.2-1. Ponieważ dla kobiet ubezpieczonych w KRUS wszystkie zmienne mogące opisywać opiekę sprawowaną nad dziećmi spoza gospodarstwa domowego okazały się statystycznie nieistotne, zawarty w tabeli model, opisujący zależności dla nich, został ograniczony jedynie do kobiet zamieszkujących w gospodarstwach domowych z dziećmi, a zmienna zależna do sprawowania opieki nad dziećmi mieszkającymi razem z respondentkami.

Obecność dzieci w gospodarstwie domowym najsilniej wpływa na sprawowanie opieki nad dziećmi, zarówno dla mężczyzn jak i kobiet. Obecność dzieci w gospodarstwie respondenta wydaje się być czynnikiem oczywistym, wpływającym na sprawowanie przez niego opieki. Biorąc jednak pod uwagę, iż około 47% respondentów ubezpieczonych w ZUS i ponad połowa ubezpieczonych w KRUS, mieszkających z dziećmi nie sprawuje nad nimi opieki, oraz wspomnianą wcześniej obserwację, iż znaczna część respondentów sprawuje opiekę nad dziećmi, które nie mieszkają w gospodarstwie domowym respondenta, umieszczenie w modelu tej zmiennej wydaje się zasadne.

Negatywna wartość współczynnika przy zmiennej opisującej liczbę osób dorosłych w gospodarstwie domowym, niewymagających opieki ani pomocy sugeruje, iż w większych gospodarstwach kobiet ubezpieczonych w ZUS występuje podział pracy i obowiązków. Wyniki te potwierdzają wcześniejsze badania nad czynnikami wpływającymi na sprawowanie opieki (Wóycicka, Rurarz 2007).

²² Jako czynniki kulturowe zdefiniowane zostały następujące odpowiedzi na pytanie dotyczące przyczyn nieskorzystania przez gospodarstwo domowe z instytucji opieki: dziecko nie powinno być oddawane do żłobka lub przedszkola, opieka matki (rodziców, rodziny) jest najlepsza dla dziecka, opieka rodziny jest lepsza niż placówka opieki.

Tabela 3.2.-1. Determinanty sprawowania opieki nad dziećmi (łącznie opieka wewnętrzna i zewnętrzna – poza kobietami ubezpieczonymi w KRUS) model probitowy odporny, efekty krańcowe dla poziomów średnich

Zmienna niezależna	Mężczyźni ZUS	Mężczyźni KRUS	Kobiety ZUS	Kobiety KRUS ²³
Praca w rolnictwie		*3,7%	*7,5%	
Emerytura	3,2%		5,8%	
Renta inwalidzka	*3,8%		5,5%	
Obecność dzieci w gospodarstwie domowym	44,0%	46,3%	36,8%	
Obecność w gospodarstwie domowym respondenta jego własnych dzieci poniżej 15 roku życia	*7,9%			
Występowanie na tej samej ulicy/w tym samym budynku rodziny respondenta nie będącej częścią jego gospodarstwa domowego			8,7%	
Liczba osób dorosłych w gospodarstwie domowym niewymagających opieki ani pomocy			-1,4%	
Respondent mieszka jedynie z partnerem/partnerką	6,0%	12,6%		
Respondent podał brak dostępu do placówek opieki jako jeden z powodów niekorzystania z tych instytucji	8,6%		16,2%	17,3%
Respondent podał powody kulturowe jako jeden z dwóch głównych powodów niekorzystania z placówek opieki			14,7%	26,0%
Pseudo R2	18,7%	22,6%	15,0%	7,6%
Liczebność badanej próby	1840	676	3508	213

Uwaga: Wszystkie zmienne, łącznie jak i pojedynczo istotne na poziomie istotności 0,05 lub 0,10*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

²³ Zmienna zależna sprawowanie opieki nad dziećmi wewnątrz gospodarstwa domowego, regresja przeprowadzona tylko na respondentkach ubezpieczonych w KRUS, z którymi mieszkały dzieci.

Ponieważ osoby mieszkające jedynie z partnerem nie mogą sprawować opieki nad dziećmi wewnątrz gospodarstwa, zatem ten współczynnik opisuje sprawowanie opieki nad dziećmi spoza gospodarstwa domowego. Zmienna ta jest istotna jedynie dla mężczyzn i zwiększa ich aktywność opiekuńczą, co ciekawe – bardziej ubezpieczonych w KRUS niż w ZUS.

Bliskość rodziny zwiększa przeciętnie o ponad 9% aktywność opiekuńczą kobiet ubezpieczonych w ZUS. Jest to prawdopodobnie związane z łatwością sprawowania opieki również nad dziećmi spoza gospodarstwa domowego – niewielka odległość nie powoduje problemów związanych z kosztami transportu i czasem dojazdu.

Praca w rolnictwie zwiększa aktywność opiekuńczą kobiet ubezpieczonych w ZUS oraz mężczyzn ubezpieczonych w KRUS. Praca w rolnictwie, jako bardziej elastyczna, prawdopodobnie jest mniejszą przeszkodą w sprawowaniu opieki przez respondentów. Jej nieistotność statystyczna dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS oraz kobiet ubezpieczonych w KRUS wynika z jednorodności tych populacji z punktu widzenia związków z rolnictwem indywidualnym – próba zawiera jedynie 9 kobiet sprawujących opiekę nad dziećmi, ubezpieczonych w KRUS i pracujących poza rolnictwem indywidualnym oraz 7 mężczyzn ubezpieczonych w ZUS, pracujących w rolnictwie indywidualnym.

Otrzymywanie świadczeń zastępujących dochody z pracy jest skorelowane ze sprawowaniem opieki nad dziećmi przez respondentów ubezpieczonych w ZUS. Związek pomiędzy pobieraniem świadczeń a sprawowaniem opieki można wyjaśnić w dwojaki sposób. Po pierwsze, kulturowe czynniki powodują, że od osób pobierających świadczenia społeczne zastępujące dochody z pracy (a więc nie zmuszonych do pracy z przyczyn ekonomicznych) oczekuje się częściej niż od innych podjęcia obowiązków opiekuńczych. Po drugie, pobieranie świadczeń ułatwia, z tych samych powodów co poprzednio, sprawowanie opieki. Silniejszy związek tej zmiennej dla kobiet może wynikać z faktu, iż na kobietach ciąży silniejsza presja społeczna na sprawowanie przez nie opieki.

Sprawdzono czy zgłaszane przez respondentów powody niekorzystania z placówek opiekuńczych mają wpływ na ich aktywność opiekuńczą. Zarówno problemy strukturalne (dostęp do placówek opiekuńczych), jak i powody uwarunkowane kulturowo nie są statystycznie istotne dla mężczyzn ubezpieczonych w KRUS. Dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS czynnikiem istotnym są jedynie problemy z dostępem do placówek opieki. Dla kobiet istotne są zarówno czynniki kulturowe jak i strukturalne. Na aktywność opiekuńczą respondentek ubezpieczonych w ZUS oba czynniki oddziałują z porównywalną siłą. Dla kobiet ubezpieczonych w KRUS wyraźnie istotniejsze są powody o podłożu kulturowym (ze względu na inną specyfikację modeli nie można porównywać siły tych czynników dla obu grup kobiet).

Sprawowanie opieki nad osobami dorosłymi – wyniki analizy modelowej

Analogiczną analizę przeprowadzono dla zależności pomiędzy sprawowaniem opieki nad dorosłymi a cechami respondentów i ich sytuacją rodzinną²⁴. Respondenci mogą sprawować opiekę zarówno wewnątrz gospodarstwa domowego, jak i poza nim. 61% respondentów sprawowało opiekę jedynie nad dorosłymi wewnątrz swojego gospodarstwa domowego, 36% jedynie nad dorosłymi spoza swojego gospodarstwa domowego.

Analizę przeprowadzono, podobnie jak dla opieki nad dziećmi, przy użyciu modelu probitowego z estymatorem błędu standardowego Huber/White/sandwicz. Dla kobiet najlepsze efekty uzyskano dla zmiennej zależnej sprawowanie opieki nad dorosłymi (zarówno tych zamieszkałych razem z respondentem, jak i spoza gospodarstwa domowego). Dla mężczyzn zmienne mogące być skorelowane ze sprawowaniem opieki nad dorosłymi poza gospodarstwem domowym okazały się statystycznie nieistotne, dlatego dla tej grupy przygotowano modele opieki jedynie dla mężczyzn zamieszkałych z osobami dorosłymi wymagającymi opieki lub pomocy²⁵ i zmiennej zależnej sprawowania opieki nad osobą dorosłą wewnątrz gospodarstwa domowego. Najlepsze modele opieki nad dorosłymi przedstawia tabela 3.2-2.

²⁴ W analizie wykorzystano zmienne: płeć; wykształcenie; ubezpieczenie w ZUS/KRUS; główne źródło utrzymania respondenta; miejsce zamieszkania; otrzymywanie przez respondenta świadczeń społecznych: emerytury, renty inwalidzkiej, świadczeń przedemerytalnych; czy respondent tuż przed przejściem na emeryturę otrzymywał świadczenie emerytalne bądź rentę inwalidzką; czy respondent jest głową gospodarstwa domowego; stan zdrowia respondenta, fakt posiadania przez dowolnego członka rodziny gospodarstwa rolnego; liczba osób dorosłych ogółem bądź liczba osób dorosłych niewymagających opieki w gospodarstwie domowym; liczba, jak i obecność dorosłych wymagających opieki, jak również wymagających pomocy w pewnych sprawach; praca w rolnictwie; praca jako pracownik najemny; praca na własny rachunek/działalność gospodarcza poza rolnictwem indywidualnym; pomagający członek rodziny poza rolnictwem indywidualnym; obecność najbliższej rodziny niebędącej częścią gospodarstwa domowego w tym samym budynku/na tej samej ulicy; typ gospodarstwa domowego; podanie przez respondenta problemów z dostępem do placówek opiekuńczych jako jeden z powodów niekorzystania z tych placówek; podanie powyższych powodów jako jednego z głównych powodów niekorzystania z nich; podanie przez respondenta problemów z dostępnością opieki jako jednego z powodów niekorzystania z jej usług; podanie powyższych powodów jako jednego z głównych powodów niekorzystania z jej usług; podanie powodów kulturowych jako jednej z głównych przyczyn niekorzystania z placówek opieki. Jako powody kulturowe uznano podane przez respondenta następujące przyczyny nieskorzystania przez gospodarstwo domowe z placówek opieki/opiekunki: opieka to obowiązek małżonka(i) (partnera(ki)), dorosłych dzieci), osobiste sprawowanie opieki jest wyrazem przywiązania i uczuć do osoby.

²⁵ Definicje pojęć: osoby wymagające opieki i osoby wymagające pomocy znajdują się w części 3.2.1.

Tabela 3.2.-2. Determinanty sprawowania opieki nad dorosłymi (łącznie opieka wewnętrzna i zewnętrzna – poza modelami dla mężczyzn) model probitowy odporny, efekty krańcowe dla poziomów średnich

Zmienna niezależna	Mężczyźni ZUS ²⁶	Mężczyźni KRUS ⁵	Kobiety ZUS	Kobiety KRUS
Praca w charakterze pracownika najemnego			4,8%	
Emerytura			4,6%	*- 4,2%
Obecność osób dorosłych wymagających opieki			31,4%	34,4%
Obecność osób dorosłych radzących sobie na ogół samodzielnie, ale w pewnych sprawach wymagających pomocy	*-16,2%		25,0%	29,2%
Respondent podał powody kulturowe jako jedną z głównych przyczyn niekorzystania z placówek opieki	26,5%	30,4%	24,8%	14,4%
Respondent podał problemy z dostępem do opiekunki jako jeden z dwóch głównych powodów niekorzystania z tego typu usług	26,5%	42,4%	24,7%	27,6%
Pseudo R ²	23,8%	39,4%	32,0%	38,5%
Liczebność badanej próby	194	113	3508	1004

Uwaga: Wszystkie zmienne, łącznie jak i pojedynczo istotne na poziomie istotności: 0,05 lub 0,10*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Obecność w gospodarstwie domowym osób wymagających opieki bądź pomocy najsilniej wpływa na sprawowanie opieki nad osobami dorosłymi przez kobiety, niezależnie od ich instytucji ubezpieczenia społecznego. Silniejszy jest wpływ obecności osób dorosłych wymagających opieki niż wymagających pomocy w gospodarstwie domowym. Podobną wymowę ma negatywny współczynnik przy tej zmiennej dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS. Modele dla mężczyzn opisują jedynie populację zamieszkującą razem z osobami wymagającymi opieki lub pomocy, a osoby obu tych typów występują jednocześnie tylko w 4% gospodarstw domowych tego rodzaju. Dlatego zmienną tę należy interpretować jako mniejszą aktywność opiekuńczą mężczyzn ubezpieczonych w ZUS mieszkających z osobami wymagającymi pomocy, niż mieszkających z osobami wymagającymi opieki. Sugeruje to, iż osoby wymagające pomocy są mniejszym obciążeniem dla innych domowników niż osoby wymagające stałej opieki.

²⁶ Zmienna zależna sprawowanie opieki nad dorosłymi wewnątrz gospodarstwa domowego, regresja na osobach zamieszkujących z osobami dorosłymi wymagającymi opieki lub pomocy.

Otrzymywanie emerytury zwiększa aktywność opiekuńczą kobiet ubezpieczonych w ZUS. Związek ten może wynikać, podobnie jak w analizie opieki nad dziećmi, z czynników kulturowych, które sprawiają, iż od tych osób częściej oczekuje się podjęcia obowiązków opiekuńczych, lub też osoby te uważają, że powinny się podjąć takich obowiązków. Podobny efekt jak otrzymywanie emerytury ma praca najemna, dlatego trudno rozstrzygnąć, na ile istotny dla sprawowania opieki nad dorosłymi jest fakt braku ekonomicznego przymusu pracy.

Istnieje silna korelacja pomiędzy sprawowaniem opieki nad osobami dorosłymi przez respondentów, a deklarowaniem przez nich problemów z dostępnością do opiekunów. Dotyczy on wszystkich respondentów, niezależnie od instytucji ubezpieczenia społecznego, do której należą. Wyniki dla mężczyzn i kobiet są jednak nieporównywalne ze względu na różne zdefiniowanie populacji. Podobnie widoczny jest silny wpływ czynnika kulturowego (niechęci do korzystania z instytucjonalnych form opieki) na sprawowanie opieki. W każdym przypadku rola czynnika strukturalnego jest większa lub taka sama, jak czynnika kulturowego.

3.2.2. Uwarunkowania rodzinne osób sprawujących opiekę

Sprawowanie opieki a typ gospodarstw domowych osób sprawujących opiekę

Analiza dotycząca sprawowania opieki przez respondentów w kontekście ich gospodarstw domowych oparta została na kategoryzacji gospodarstw domowych w zależności od relacji respondenta z innymi osobami dorosłymi z gospodarstwa domowego (obecność lub nieobecność partnera) oraz obecności innych niż respondent (i jego partner) osób żyjących w gospodarstwie. Są to: (1) gospodarstwa domowe jednoosobowe, (2) gospodarstwa domowe respondenta żyjącego bez małżonka (partnera), lecz z innymi osobami, (3) gospodarstwa domowe dwuosobowe, w którym żyje respondent z małżonkiem (partnerem) oraz (4) gospodarstwa domowe z respondentem i jego małżonkiem (partnerem) i innymi osobami.

Jak wynika z badania, opieka sprawowana jest dużo częściej przez respondentów pochodzących z większych gospodarstw domowych (typ 2 i 4) niż z gospodarstw mniejszych (typ 1 i 3). Różnice w częstotliwości sprawowania opieki pomiędzy osobami pochodzącymi z dużych i małych gospodarstw domowych są znaczące: 38% kobiet ubezpieczonych w ZUS i jeszcze większy odsetek kobiet ubezpieczonych w KRUS (41%) żyjących w większych gospodarstwach domowych sprawuje opiekę. Taka sama charakterystyka dotyczy również mężczyzn (25% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS i 20% ubezpieczonych w KRUS). W małych gospodarstwach domowych sprawowanie opieki jest znacznie rzadsze (kobiety: 22% ubezpieczonych w ZUS i 26% ubezpieczonych w KRUS; mężczyźni: 14% ubezpieczonych w ZUS i 18% w KRUS). Zwraca uwagę, że różnice w częstotliwości sprawowania opieki w zależności od typu gospodarstwa domowego w znacznie większym stopniu odnoszą się do kobiet niż mężczyzn.

Różnice w częstotliwości sprawowania opieki według typów gospodarstw domowych respondentów związane są z odmienną charakterystyką sprawowanej przez nich opieki w zależności od adresatów opieki i jej formy. Osoby pochodzące z mniejszych gospodarstw domowych zaangażowane są rzadziej w sprawowanie opieki nad osobami żyjącymi we wspólnym gospodarstwie domowym (opieka wewnętrzna) niż osoby pochodzące z większych gospodarstw domowych. Częściej natomiast niż osoby z większych gospodarstw domowych sprawują one opiekę nad osobami spoza gospodarstwa domowego (opieka zewnętrzna). Jednakże ich zaangażowanie w opiekę zewnętrzną nie kompensuje w pełni ich mniejszego zaangażowania w opiekę wewnętrzną.

Wśród respondentów pochodzących z dużych gospodarstw domowych dominuje sprawowanie opieki wewnętrznej: respondenci sprawują ją zarówno nad dziećmi, jak i osobami dorosłymi, przy czym w obu wypadkach częstotliwość sprawowanej przez nich opieki jest większa niż w przypadku respondentów pochodzących z małych gospodarstw domowych. W małych gospodarstwach domowych z kolei opieka wewnętrzna związana jest przede wszystkim z opieką nad osobami dorosłymi i ma ona charakter mniej intensywny, niż w przypadku gospodarstw dużych. Najrzadziej – co oczywiste ze względu na fakt, że duża część opieki sprawowana jest wobec członków gospodarstwa domowego – zajmują się opieką osoby żyjące w jednoosobowych gospodarstwach domowych.

Opieka zewnętrzna jest przede wszystkim domeną respondentów z małych gospodarstw domowych. Przeważa w niej opieka nad dziećmi, która jest realizowana częściej niż w przypadku respondentów pochodzących z dużych gospodarstw domowych. Również opieka zewnętrzna nad osobami dorosłymi jest w przypadku tych respondentów częstsza niż w przypadku gospodarstw dużych (tab. 3.2-3).

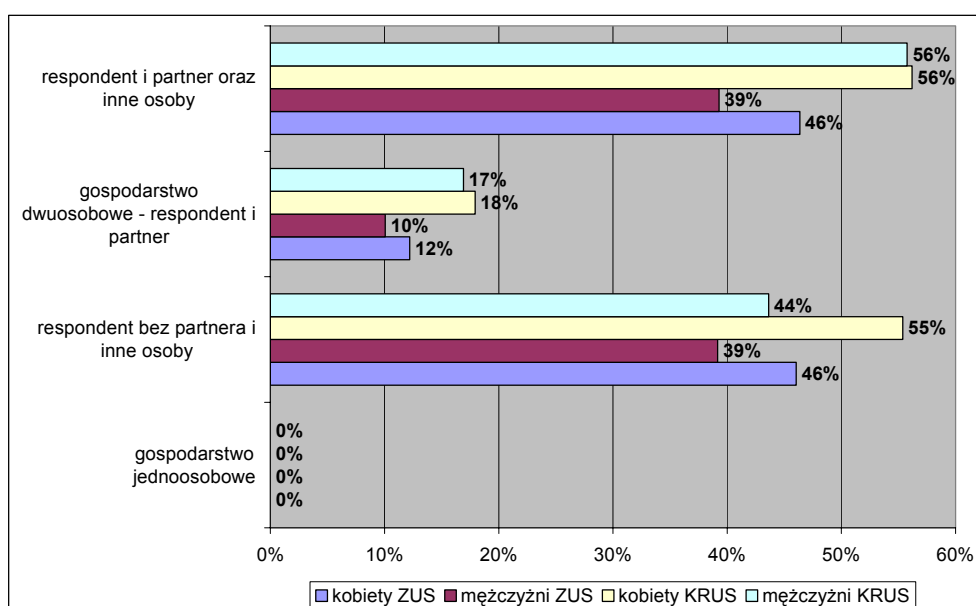
Tabela 3.2.-1. Częstotliwość sprawowania opieki według rodzaju sprawowania opieki i typu gospodarstwa domowego, z którego pochodzi respondent

Typ gospodarstwa domowego	Opieka nad osobami dorosłymi		Opieka nad dziećmi	
	wewnętrzna	zewnętrzna	wewnętrzna	zewnętrzna
Gospodarstwo jednoosobowe	1%	7%	1%	11%
Respondent bez partnera i inne osoby	15%	3%	21%	7%
Gospodarstwo dwuosobowe respondent i partner	7%	6%	1%	12%
Respondent i partner oraz inne osoby	15%	6%	22%	7%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Zwraca uwagę, że sprawowanie opieki przez kobiety z większych gospodarstw domowych występuje tak samo często w przypadku, gdy żyją one z partnerami, jak bez partnerów (kobiety ubezpieczone w ZUS 38–39%, w KRUS 41%). Częstotliwość sprawowania opieki przez mężczyzn jest natomiast znacznie mniejsza w przypadku, gdy żyją oni w gospodarstwie domowym z partnerką (ubezpieczeni w ZUS 23%, w KRUS 29%) niż w przypadku, gdy żyją w gospodarstwie domowym z innymi osobami, lecz bez partnerki (ubezpieczeni w ZUS 33%, w KRUS 29%). Można więc przypuszczać, że potrzeba opieki zaspokajana jest w pierwszym rzędzie przez kobiety, a mężczyźni aktywizują się w sprawowaniu opieki w drugiej kolejności. Zastanawiający jest jednak brak takich samych zachowań wśród mężczyzn KRUS. Może to wynikać z faktu, iż mężczyźni ci (tak samo jak kobiety ubezpieczone w KRUS) najczęściej pracują w gospodarstwie rolnym, gdzie podział zadań w obrębie gospodarstwa domowego jest odmienny niż w przypadku gospodarstw domowych nie związanych z rolnictwem.

Rysunek 3.2.-2. Typy gospodarstw domowych według obecności osób wymagających opieki oraz ich płci i instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”

Różnice w formach opieki i wśród jej adresatów, a co za tym idzie w częstotliwości opieki sprawowanej przez respondentów pochodzących z dużych i małych gospodarstw domowych, wyjaśnić można w dużej mierze zapotrzebowaniem na opiekę, jakie występuje w tych gospodarstwach. Jak wynika z analiz przedstawionych w podrozdziale 3.2.1, sprawowanie opieki przez osoby w wieku okołoemerytalnym uzależnione jest przede wszystkim od zapotrzebowania na opiekę, jakie występuje w ich gospodarstwie domowym. Potwierdza to również analiza norm związanych ze sprawowaniem opieki, w której wysoki priorytet nadany opiece sprawowanej nad członkami rodziny uwarunkowany jest czynnikami kulturowymi. Czynniki kulturowe powoduje, że sprawowanie opieki ma charakter priorytetowy wobec innych form opieki oraz innych aktywności (por. rozdział 4.4).

Najczęściej zapotrzebowanie na opiekę wewnętrzną występuje w gospodarstwach typu (4). Są to często gospodarstwa wielopokoleniowe, w których zapotrzebowanie na opiekę związane jest zarówno z obecnością dzieci, jak i osób dorosłych, wymagających opieki. Podobnie wysokim zapotrzebowaniem na opiekę charakteryzują się gospodarstwa typu 2, które też reprezentowane są najczęściej przez rodziny wielopokoleniowe. Zdecydowanie mniejsze zapotrzebowanie na opiekę istnieje w gospodarstwach dwuosobowych. Tam zapotrzebowanie na opiekę dotyczy osób z tej samej generacji co respondent, najczęściej współmałżonka (lub partnera) (rys. 3.2-2).

Sprawowanie opieki a stan cywilny

Stan cywilny wpływa na częstotliwość i rodzaj sprawowanej opieki. Osoby, które nie są i nie były w związku, bardzo rzadko opiekują się dziećmi, zwłaszcza dziećmi w gospodarstwie domowym, co związane jest z faktem, że opieka sprawowana jest najczęściej nad wnukami (wnuczkami). Jednak opieka nad dziećmi spoza gospodarstwa domowego występuje tu równie często, jak wśród osób pozostających w związku. Osoby te uczestniczą natomiast relatywnie często w opiece nad osobami dorosłymi – zarówno wewnątrz, jak i spoza gospodarstwa domowego.

Tabela 3.2.-2. Częstotliwość i rodzaj sprawowanej opieki w zależności od stanu cywilnego

Stan cywilny	Opieka nad osobami dorosłymi		Opieka nad dziećmi	
	opieka wewnątrzna	opieka zewnątrzna	opieka wewnątrzna	opieka zewnątrzna
kawaler / panna	12%	10%	1%	8%
w związku	11%	5%	12%	8%
rozwódziona / rozwiedziony	6%	4%	9%	11%
wdowiec / wdowa	6%	6%	11%	10%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Osoby pozostające w związku opiekują się z kolei częściej osobami wewnątrz gospodarstwa domowego niż poza gospodarstwem. Dotyczy to zarówno opieki nad dziećmi, jak i opieki nad osobami dorosłymi. Osoby rozwiedzione oraz wdowcy i wdowy częściej sprawują opiekę nad dziećmi niż osobami dorosłymi, co można wyjaśnić faktem, że część opieki nad dorosłymi dotyczy małżonka (małżonki) respondenta (tab. 3.2-4).

Sprawowanie opieki według obecności w gospodarstwie domowym dzieci i osób dorosłych wymagających opieki.

Respondenci w badaniu proszeni byli o zdefiniowanie, które osoby w ich gospodarstwie domowym wymagają opieki albo radzą sobie na ogół samodzielnie, ale w pewnych sprawach trzeba im pomagać²⁷. Obecność w gospodarstwie domowym innych niż respondent osób wymagających opieki jest, co zrozumiale, czynnikiem silnie zwiększającym odsetek osób sprawujących opiekę. Co jednak charakterystyczne dla całej populacji, czynnik ten silniej wpływa na sprawowanie opieki przez kobiety (72% kobiet ubezpieczonych w ZUS i 73% w KRUS) niż przez mężczyzn (61% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS oraz 66% w KRUS).

Fakt występowania w gospodarstwie domowym dzieci do lat 14 zwiększa częstotliwość sprawowania opieki w nieco mniejszym stopniu, niż osób wymagających opieki ze względu na stan zdrowia. Słabszy wpływ obecności dzieci niż osób wymagających opieki ze względu na stan zdrowia w gospodarstwie domowym na aktywność opiekuńczą respondentów wynika z faktu, iż gospodarstwa domowe respondentów, w których żyją dzieci, to na ogół gospodarstwa wielopokoleniowe. Obecność większej liczby osób dorosłych w gospodarstwie domowym pozwala na podział opieki pomiędzy większą liczbą osób.

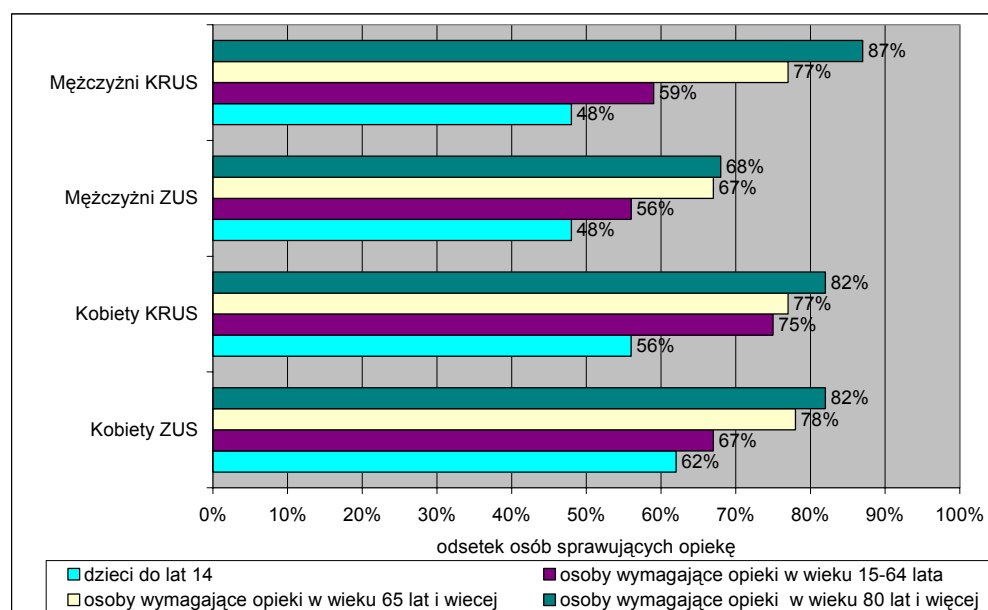
Obecność dzieci w gospodarstwie domowym zdecydowanie silniej angażuje w opiekę kobiety niż mężczyźni. Zwraca uwagę fakt, iż mimo przeciętnie większego zaangażowania w opiekę nad dziećmi kobiet i mężczyzn KRUS, ich aktywność opiekuńcza wobec dzieci żyjących we wspólnym gospodarstwie domowym jest mniejsza, niż osób ubezpieczonych w ZUS. Fakt ten można również wyjaśnić inną strukturą demograficzną gospodarstw domowych osób ubezpieczonych w KRUS (respondenci ubezpieczeni w KRUS charakteryzują się większą liczbą osób dorosłych w gospodarstwie domowym niż ubezpieczeni w ZUS)²⁸, co pozwala na podział opieki pomiędzy członkami rodziny, w tym również dorosłymi dziećmi (rys. 3.2-3).

²⁷ Osoby wymagające opieki, tzn. osoby, których stan zdrowia powoduje, że wymagają opieki lub radzą sobie na ogół samodzielnie ale w pewnych sprawach trzeba im pomagać. W niniejszej analizie osoby wymagające opieki oznaczają łącznie obie grupy.

²⁸ Przeciętna liczba osób dorosłych w gospodarstwach domowych kobiet i mężczyzn ubezpieczonych w ZUS wynosi odpowiednio: 2,2 i 1,9 a ubezpieczonych w KRUS odpowiednio: 2,7 i 2,3 osób.

Częstotliwość sprawowania opieki jest związana z wiekiem osób jej wymagających. Największy odsetek respondentów sprawujących opiekę ma miejsce w gospodarstwach domowych, w których obecne są osoby wymagające opieki w najstarszym wieku (80 lat i więcej). Rozszerzenie tej grupy osób do wieku 65 i więcej lat zmniejsza nieco częstotliwość opieki, z czego wynika, że osoby młodsze (w wieku 65–79 lat) wymagające opieki w mniejszym stopniu aktywizują opiekuńczo członków ich gospodarstwa domowego. Jeszcze mniej absorbującą grupą są osoby wymagające opieki w wieku 15–64 lata. Najmniejsza częstotliwość sprawowania opieki jest związana z obecnością w gospodarstwie domowym dzieci. Zmniejszenie częstotliwości sprawowania opieki przez respondentów w gospodarstwach domowych z osobami dorosłymi wymagającymi opieki wraz z wiekiem tych osób, wynika z faktu, że w młodszych grupach osób dorosłych wymagających opieki większy odsetek osób należy do grupy wymagającej pomocy tylko w pewnych sprawach (por. podrozdział 3.3.1).

Rysunek 3.2.-3. Odsetek osób sprawujących opiekę w zależności od wieku osób wymagających opieki w gospodarstwie domowym według wieku oraz płci i instytucji ubezpieczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż 21% kobiet ubezpieczonych w ZUS (23% w KRUS) oraz 12% mężczyzn (niezależnie od instytucji ubezpieczającej) sprawuje opiekę, mimo iż w gospodarstwie domowym nie ma osób wymagających opieki.

3.2.3. *Opieka sprawowana przez respondenta według form i adresatów opieki*

Sprawowanie opieki według adresatów opieki i jej rodzajów

Wraz z wiekiem opiekunów zmieniają się adresaci opieki. W wieku młodszym (do 45 lat) dominuje głównie opieka nad dziećmi, natomiast w wieku starszym kierunek opieki ulega wyraźnej dywersyfikacji. Wnioski takie, wynikające z badania nad aktywnością ekonomiczną, edukacyjną i rodzinną (por. Wóycicka, Rurarz 2007). Badanie obecne potwierdza, że w starszym wieku aktywność opiekuńcza ulega dywersyfikacji pod względem adresatów opieki. Osoby w wieku okołiemerytalnym, sprawujące opiekę w przybliżeniu w połowie zajmowały się dziećmi, a w połowie opiekowały się osobami dorosłymi. Kobiety nieco częściej opiekowały się dziećmi (18% kobiet) niż osobami dorosłymi (16%). W przeciwieństwie do kobiet, mężczyźni sprawujący opiekę nieco częściej opiekowali się osobami dorosłymi (11%) niż dziećmi (10%).

Wraz z dywersyfikacją adresatów opieki następuje też zróżnicowanie jej form. Jednoznaczna dominacja opieki sprawowanej nad członkami gospodarstwa domowego, widoczna wśród osób młodszych, ulega zmianie. Dla populacji w wieku okołiemerytalnym, sprawującej opiekę, niemal równorzędne znaczenie ma opieka nad osobami spoza gospodarstwa domowego. To również potwierdza wyniki badań dotyczących aktywności zawodowej, edukacyjnej i rodzinnej. Badana populacja angażuje się co prawda nadal częściej w opiekę nad osobami mieszkającymi we wspólnym z respondentem gospodarstwie domowym (opieka wewnętrzna), jednak opieka nad osobami spoza gospodarstwa (opieka zewnętrzna) pełni rolę istotną, zdecydowanie większą niż wśród osób młodszych. W opiekę nad osobami żyjącymi w tym samym gospodarstwie domowym, co respondent, angażuje się więcej kobiet (23%) i mężczyzn (13%). Opiece zewnętrznej poświęca się nieco mniej osób (18% kobiet i 9% mężczyzn). Dotyczy to zarówno ubezpieczonych w ZUS jak i w KRUS, przy czym tendencje te są bardziej wyraźne w przypadku ubezpieczonych w KRUS, co można uzasadnić większym udziałem gospodarstw domowych wielopokoleniowych w tej grupie respondentów.

Kobiety przeciętnie w tym samym stopniu uczestniczą w opiece nad dziećmi z własnego gospodarstwa domowego, jak i spoza niego (po 12%). Mężczyźni natomiast przeciętnie częściej sprawują opiekę nad dziećmi we własnym gospodarstwie domowym (8%) niż nad dziećmi spoza tego gospodarstwa (6%). Charakterystyczny jest fakt, że opieka nad dziećmi wewnątrz gospodarstwa domowego sprawowana jest znacznie częściej przez osoby ubezpieczone w KRUS, a opieka zewnętrzna nad dziećmi spoza gospodarstwa domowego rzadziej przez osoby ubezpieczone w KRUS niż w ZUS. Jest to związane z częstszym występowaniem wśród respondentów ubezpieczonych w KRUS rodzin wielopokoleniowych, w których dziadkowie sprawują opiekę nad wspólnie z nimi zamieszkującymi wnukami (por. tab. 3.2-5).

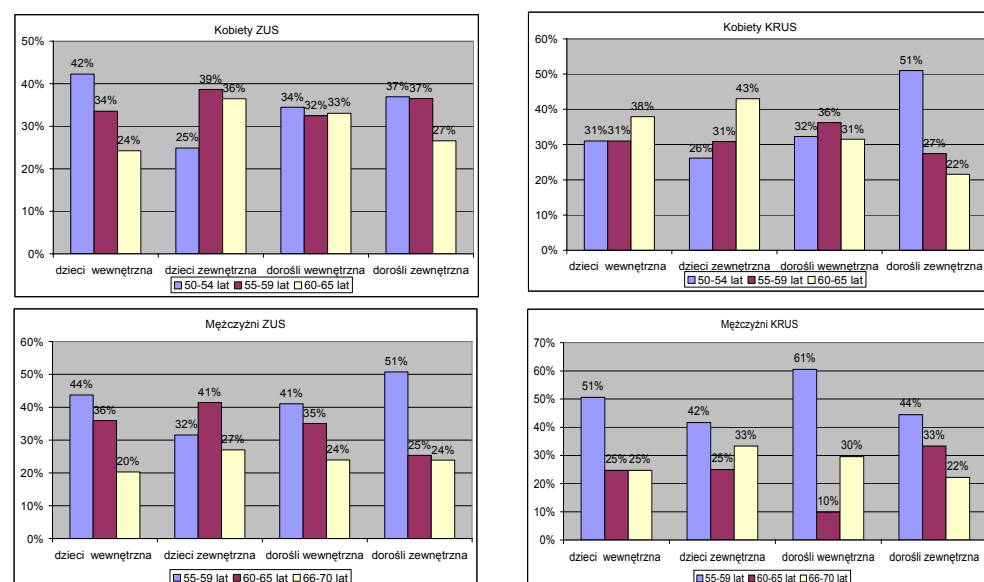
Opieka nad osobami dorosłymi sprawowana jest częściej nad członkami gospodarstw domowych respondentów niż nad osobami spoza ich gospodarstw domowych. 11% kobiet sprawuje opiekę nad osobami dorosłymi w ich gospodarstwie domowym, a 6% nad osobami spoza gospodarstwa. Mężczyźni sprawują opiekę nad dorosłymi członkami gospodarstwa domowego również częściej (7%), niż nad osobami dorosłymi spoza niego (4%). Podobnie jak w przypadku opieki nad dziećmi, większa częstotliwość sprawowania opieki nad osobami dorosłymi żyjącymi w gospodarstwie domowym, jaka charakteryzuje respondentów KRUS oraz ich mniejsze uczestnictwo w opiece zewnętrznej nad osobami dorosłymi wynika ze struktury demograficznej gospodarstw domowych osób ubezpieczonych w KRUS (tab. 3.2-5).

Tabela 3.2.-3. Częstotliwość sprawowania opieki według adresatów i form opieki

Płeć / rodzaj ubezpieczenia	Opieka nad dziećmi		Opieka nad osobami dorosłymi	
	wewnętrzna	zewnętrzna	wewnętrzna	zewnętrzna
Kobiety / ZUS	10%	12%	10%	7%
Kobiety / KRUS	20%	11%	13%	5%
Mężczyźni / ZUS	7%	6%	6%	4%
Mężczyźni / KRUS	12%	5%	11%	5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 3.2.-4. Adresaci i formy opieki według wieku (kobiety)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Kobiety ubezpieczone w ZUS wraz z wiekiem rzadziej opiekują się dziećmi należącymi do ich gospodarstwa domowego, rośnie natomiast tendencja do opieki nad dziećmi spoza gospodarstwa. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że wraz z wiekiem kobiet rośnie liczba ich wnuków i wnuczek żyjących poza gospodarstwem domowym. Częstotliwość opieki nad osobami dorosłymi przez kobiety ubezpieczone w ZUS rozkłada się dość równomiernie, w zależności do wieku i formy opieki. Częstotliwość opieki nad dziećmi kobiet ubezpieczonych w KRUS rośnie wraz z ich wiekiem, natomiast częstotliwość opieki nad osobami dorosłymi wraz z wiekiem spada, dotyczy to jednak przede wszystkim opieki zewnętrznej (rys. 3.2-4). W przypadku mężczyzn ubezpieczonych w ZUS częstotliwość sprawowania opieki spada wraz z wiekiem – niezależnie od jej adresatów i formy. Jeśli chodzi o ubezpieczonych w KRUS, to wielkość próby nie pozwala na tak szczegółowe analizy.

Adresaci opieki i jej formy są zróżnicowane w zależności do statusu na rynku pracy osób sprawujących opiekę. Opiekę zewnętrzną na dziećmi sprawują osoby biernie zawodowo, zdecydowanie częściej niż na to wskazuje ich udział w całej populacji (za wyjątkiem mężczyzn ubezpieczonych w KRUS). Osoby opiekujące się dorosłymi są natomiast rzadziej biernie zawodowo niż populacja ogółem, bez względu na to, czy jest to opieka sprawowana wewnątrz gospodarstwa domowego czy poza nim (tab. 3.2-6).

Tabela 3.2.-4. Udział osób biernych zawodowo w liczbie według form i adresatów opieki oraz płci i instytucji ubezpieczenia społecznego.

Płeć / rodzaj ubezpieczenia	Populacja ogółem	Opieka ogółem	Opieka nad dziećmi		Opieka nad osobami dorosłymi	
			wewnętrzna	zewnętrzna	wewnętrzna	zewnętrzna
Kobiety / ZUS	53%	53%	51%	62%	51%	51%
Mężczyźni / ZUS	51%	56%	58%	65%	47%	25%
Kobiety / KRUS	37%	40%	38%	43%	35%	27%
Mężczyźni / KRUS	41%	36%	29%	36%	39%	33%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

W populacji sprawującej opiekę występują również różnice w częstotliwości pobierania świadczeń społecznych, w zależności od adresatów i form opieki. Wśród osób ubezpieczonych w ZUS nieco częściej sprawują opiekę osoby pobierające emerytury niż ich nie pobierające; dotyczy to w szczególności osób opiekujących się dziećmi spoza gospodarstwa domowego oraz osobami dorosłymi. W przypadku osób ubezpieczonych w KRUS, pobieranie emerytur rzadziej łączy się ze sprawowaniem opieki (tab. 3.2-7).

Tabela 3.2.-5. Udział osób pobierających emerytury lub renty inwalidzkie w liczbie według form i adresatów opieki oraz płci i instytucji ubezpieczenia społecznego

Płeć / rodzaj ubezpieczenia	Populacja ogółem	Opieka ogółem	Opieka nad dziećmi		Opieka nad osobami dorosłymi	
			wewnętrzna	zewnętrzna	wewnętrzna	zewnętrzna
Kobiety / ZUS	48%	50%	41%	59%	51%	54%
Mężczyźni / ZUS	46%	50%	46%	57%	50%	54%
Kobiety / KRUS	46%	42%	45%	42%	40%	29%
Mężczyźni / KRUS	44%	45%	35%	44%	41%	39%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Opieka nad dziećmi

Wśród osób sprawujących opiekę ponad połowa kobiet oraz prawie połowa mężczyzn sprawowała opiekę nad dziećmi do lat 14-tu. Dotyczyło to 55% kobiet ubezpieczonych w ZUS i 59% ubezpieczonych w KRUS oraz 49% mężczyzn (niezależnie od instytucji ubezpieczającej), sprawujących opiekę.

Sprawowanie opieki nad dziećmi dotyczy częściej osób zamieszkujących z dziećmi we wspólnym gospodarstwie domowym niż osób z nimi nie zamieszkujących (70% kobiet oraz 79% mężczyzn sprawujących opiekę nad dziećmi opiekuje się dziećmi mieszkającymi we wspólnym gospodarstwie domowym, 66% kobiet oraz 61% mężczyzn sprawujących opiekę nad dziećmi opiekuje się dziećmi spoza gospodarstwa domowego). Dziećmi częściej opiekują się osoby, które żyją w większych gospodarstwach domowych, co związane jest z obecnością dzieci w tych gospodarstwach, niż osoby żyjące w gospodarstwach domowych dwu- lub jednoosobowych.

Opieka nad dziećmi sprawowana zarówno w gospodarstwie domowym, jak i poza nim to przede wszystkim opieka nad wnukami lub wnuczkami. Opiekę wewnętrzną nad wnukami sprawuje 82% badanych kobiet oraz 80% badanych mężczyzn sprawujących opiekę wewnętrzną nad dziećmi. W opiece zewnętrznej opieka nad wnukami (wnuczkami) dominuje jeszcze wyraźniej niż w przypadku opieki sprawowanej w gospodarstwie domowym respondenta. Zajmuje się nią 89% kobiet oraz 88% badanych mężczyzn sprawujących opiekę zewnętrzną nad dziećmi. Zwraca uwagę występowanie osób sprawujących opiekę zewnętrzną nad dziećmi niespokrewnionymi (dotyczy to jednak tylko 6% kobiet oraz 3% mężczyzn).

Opieka nad dziećmi koncentruje się głównie na prostych czynnościach, takich jak „przypilnowanie”, w drugiej kolejności na przygotowywaniu obiadu i innych zajęciach domowych, w trzeciej na pielęgnacji. Nieco ponad 1/4 respon-

dentów wskazuje również na opiekę polegającą na pomocy w odrabianiu lekcji²⁹. Wskazuje to na potencjalne możliwości rozwoju usług domowych i oraz bardziej specjalistycznych usług opiekuńczych i edukacyjnych dla dzieci, które mogłyby zmniejszyć zapotrzebowanie na opiekę „rodzinną”.

Większość osób ubezpieczonych w ZUS, sprawujących opiekę nad dziećmi jest bierna zawodowo lub bezrobotna, natomiast wśród ubezpieczonych w KRUS dominują osoby pracujące (bierne lub bezrobotne kobiety ubezpieczone w ZUS 60%, kobiety ubezpieczone w KRUS 45%; mężczyźni: ubezpieczeni w ZUS 60%, w KRUS 25%). Udział osób pracujących sprawujących opiekę nad dziećmi jest nieco mniejszy niż udział osób pracujących w całej populacji.

Większość osób sprawujących opiekę nad dziećmi pobiera świadczenia zastępujące dochody z pracy (emeryturę, rentę inwalidzką i zasiłek przedemerytalny). W grupie tej dominują osoby pobierające emerytury (kobiety: 51% ubezpieczonych w ZUS sprawujących opiekę nad dziećmi, 43% ubezpieczonych w KRUS; mężczyźni: 50% ubezpieczonych w ZUS i 45% ubezpieczonych w KRUS). Udział osób pobierających renty inwalidzkie i zasiłki przedemerytalne w całej populacji osób sprawujących opiekę wynosił 16%. Udział osób pobierających emerytury w liczbie osób sprawujących opiekę nad dzieckiem rośnie wraz z wiekiem.

Opieka zewnętrzna nad dziećmi

Dzieci objęte opieką zewnętrzną pochodzą w większości z rodzin pełnych (90%). Zapotrzebowanie na opiekę jest tylko w niewielkim stopniu związane z potrzebami rodzin niepełnych. Prawidłowością jest, że opieka nad dziećmi z rodzin niepełnych ma miejsce rzadziej na wsi (7% kobiet ubezpieczonych w ZUS pełniących opiekę zewnętrzną nad dziećmi) niż w miastach (11% w miastach liczących 100 tys. i więcej mieszkańców oraz 10% w mniejszych ośrodkach miejskich), co jest związane z większym zapotrzebowaniem na tę formę opieki w miastach, wynikającym z większego udziału w miastach gospodarstw domowych jednorodzinnych.

Opieka zewnętrzna nad dziećmi jest często komplementarna do opieki instytucjonalnej, jednak tam, gdzie taka opieka nie jest dostępna lub nie jest wykorzystywana, pełni ona również rolę substytucyjną. Łącznie 47% dzieci, nad którymi sprawowana jest opieka zewnętrzna, uczęszcza do placówek opieki lub też ma opiekunkę (w tym 40% uczęszcza do placówek). Jest to zdecydowanie większy odsetek niż odsetek dzieci korzystających z takich placówek, mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym respondenta (7%). Różnice można wyjaśnić faktem, że sprawowanie opieki zewnętrznej nad dziećmi jest prawdopodobnie związane z tym, że nie ma możliwości zaspokojenia zapotrzebowania na opiekę przez członków gospodarstwa domowego tych dzieci (na przykład ze względu na

²⁹ Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną możliwość.

aktywność zawodową jego dorosłych członków). W tej sytuacji opiekę organizuje się przy wykorzystaniu różnorodnych dostępnych jej form.

Korzystanie z placówek opieki (lub opiekunki) dotyczy częściej dzieci mieszkających w dużych ośrodkach miejskich (52% dzieci uczęszcza do placówek a 9% ma opiekunkę) niż w mniejszych ośrodkach miejskich (poniżej 100 tys. mieszkańców) i na wsi (odpowiednio 35% i 34% uczęszcza do placówek opieki a 4% i 6% korzysta z opieki opiekunki). Różnice w korzystaniu z placówek opieki w zależności od miejsca zamieszkania są związane z różnicami w dostępności do tych placówek.

Opieka nad osobami dorosłymi

Wśród osób sprawujących opiekę ponad połowa sprawuje opiekę nad osobami dorosłymi (kobiety: 53% ubezpieczonych w ZUS i 50% ubezpieczonych w KRUS; mężczyźni: 54% ubezpieczonych w ZUS oraz 55% ubezpieczonych w KRUS).

Opieka nad osobami dorosłymi sprawowana była częściej przez respondentów zamieszkujących wraz z osobami wymagającymi opieki we wspólnym gospodarstwie domowym niż poza nim. Zwraca uwagę fakt, że opiekę zewnętrzną częściej sprawowali ubezpieczeni w ZUS, co jest związane z odmienną strukturą demograficzną rodzin tych ubezpieczonych w porównaniu z ubezpieczonymi w KRUS (tab. 3.2-8).

Tabela 3.2.-6. Respondenci sprawujący opiekę nad osobami dorosłymi według formy sprawowanej opieki

Płeć/rodzaj ubezpieczenia	Opieka wewnętrzna	Opieka zewnętrzna
Kobiety ubezpieczone w ZUS	64%	43%
Kobiety ubezpieczone w KRUS	71%	29%
Mężczyźni ubezpieczeni w ZUS	66%	37%
Mężczyźni ubezpieczeni w KRUS	80%	21%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Opieka wewnętrzna nad osobami dorosłymi dotyczy przede wszystkim wstępnych (matki i teściowej oraz ojca i teścia) – 49%. Nieco rzadziej jej adresatami są osoby z tej samej generacji (przede wszystkim mąż, żona, znacznie rzadziej inne osoby), a najrzadziej opieka ta dotyczy zstępnych (głównie dorosłych dzieci) – 22%. Opieka zewnętrzna sprawowana jest przede wszystkim nad wstępnymi (ponad 60% respondentów). 19% respondentów sprawowało opiekę nad innymi krewnymi, a 17% – nad osobami niespokrewnionymi.

Opieka nad osobami dorosłymi polega najczęściej na wykonywaniu czynności nie wymagających specjalnego przygotowania, takich jak robienie zakupów,

pomoc w pracach gospodarstwa domowego, pomoc w kontaktach zewnętrznych. Mogłyby one, w odpowiednich warunkach, być zastąpione przez usługi zewnętrzne. Inne czynności mogą wymagać bardziej specjalistycznego przygotowania (pomoc w czynnościach osobistych, pielęgnacja osoby obłożenie chorej).

Najczęstszym powodem sprawowania opieki nad osobami dorosłymi jest ich wiek (56%). Inne, równorzędne przyczyny to przewlekła choroba (38%) oraz niepełnosprawność (32%)³⁰.

Większość osób ubezpieczonych w ZUS i sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi jest bierna zawodowo lub bezrobotna (kobiety: 55% ubezpieczonych w ZUS, 37% w KRUS; mężczyźni: 57% ubezpieczonych w ZUS i 46% w KRUS). Odwrotną tendencję można zaobserwować w przypadku osób ubezpieczonych w KRUS, jednakże niewielka liczba respondentów nie pozwala w tym wypadku na wyciąganie uogólniających wniosków.

Większość osób ubezpieczonych w ZUS, sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi pobiera świadczenia zastępujące dochody z pracy (emeryturę, rentę inwalidzką i zasiłek przedemerytalny). W grupie tej dominują osoby pobierające emerytury (48% kobiet oraz 50% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS, sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi)³¹. Udział osób pobierających renty inwalidzkie i zasiłki przedemerytalne w całej populacji osób sprawujących opiekę wynosił 13%.

Opieka zewnętrzna nad osobami dorosłymi

Opieka zewnętrzna nad osobami dorosłymi sprawowana jest najczęściej nad osobami samotnymi żyjącymi w gospodarstwie jednoosobowym (69%), osobą żyjącą z partnerem w gospodarstwie dwuosobowym (13%), osobą żyjącą bez małżonka, lecz z innymi osobami (12%) oraz osobami żyjącymi w małżonkiem i innymi osobami (2%).

Tak jak w przypadku opieki zewnętrznej nad dziećmi, również opieka zewnętrzna nad osobami dorosłymi jest częściowo komplementarna a częściowo substytucyjna wobec opieki instytucjonalnej lub opiekunki. Łącznie 23% osób dorosłych objętych opieką zewnętrzną korzysta z dziennych form opieki instytucjonalnej a 12% z pomocy opiekunki. Korzystanie przez osoby, nad którymi sprawowana jest opieka z placówek opieki dziennej jest częstsze w dużych ośrodkach miejskich niż w mniejszych, ma natomiast najrzadziej miejsce na wsi, co jest związane najprawdopodobniej z dostępnością takich form opieki. Z pomocy opiekunki korzystają najczęściej również osoby z dużych ośrodków miejskich, a także mieszkające na wsi. Natomiast rzadziej taka forma opieki ma miejsce w mniejszych ośrodkach miejskich (poniżej 100 tys. mieszkańców).

³⁰ Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną możliwość.

³¹ Nie analizujemy pobierania świadczeń przez osoby ubezpieczone w KRUS opiekujące się osobami dorosłymi, ze względu na małą liczbę respondentów.

Trudności w sprawowaniu opieki

Mimo iż respondenci intensywnie uczestniczą w sprawowaniu opieki nad członkami swojego gospodarstwa domowego i osobami spoza niego, niektórzy z nich napotykają bariery w sprawowaniu tych funkcji. Niemożność zapewnienia opieki przez respondenta osobom z najbliższej rodziny zdarza się rzadko. Taką sytuację deklaruje 5% badanej populacji. Jednakże zważywszy na fakt, iż opiekę sprawuje około 1/4 respondentów, odsetek osób nie mogących zaspokoić zapotrzebowania na opiekę wydaje się być znaczący.

Wśród głównych powodów niemożności zapewnienia opieki respondenci wymieniali: zamieszkiwanie osób wymagających opieki w innej niż respondent miejscowości oraz niemożność zapewnienia takiego rodzaju opieki (47%). Na brak czasu jako przyczynę niemożności zapewnienia opieki nad członkami rodziny wskazywało mniej, bo 26% respondentów.

3.2.4. Podsumowanie

Analiza wyników badań wykazała, że populacja osób w wieku okołoemerytalnym jest włączona intensywnie w sprawowanie opieki (zarówno nad dziećmi jak i osobami dorosłymi). Różnice w częstotliwości sprawowania opieki pomiędzy kobietami i mężczyznami można wyjaśnić czynnikami kulturowymi. Należy dodać, że są one mniejsze niż różnice w częstotliwości sprawowania opieki, jakie charakteryzują młodszą populację (por. Wóycicka, Rurarz 2007).

Podstawowym czynnikiem wyjaśniającym sprawowanie opieki przez osoby w wieku okołoemerytalnym jest występowanie w gospodarstwie domowym osób wymagających opieki. Innym czynnikiem zwiększającym częstotliwość opieki jest bliskość miejsca zamieszkania osób sprawujących opiekę i jej wymagających. Zarówno czynniki strukturalne (brak dostępu do odpowiednich usług), jak i kulturowe (postawy wobec opieki wykonywanej przez członków rodziny) w dużym stopniu wyjaśniają sprawowanie opieki. Czynniki strukturalne wpływają silniej, lub w podobnym stopniu jak kulturowe, na sprawowanie opieki nad dziećmi przez osoby ubezpieczone w ZUS oraz na sprawowanie opieki nad osobami starszymi. Czynniki kulturowe przeważają nad strukturalnymi w wyjaśnianiu opieki sprawowanej nad dziećmi przez kobiety ubezpieczone w KRUS.

Różnice w częstotliwości sprawowania opieki według typów gospodarstw domowych respondentów związane są z odmienną charakterystyką sprawowanej przez nich opieki, w zależności od adresatów opieki i jej formy. Osoby pochodzące z mniejszych gospodarstw domowych zaangażowane są rzadziej w sprawowanie opieki nad osobami żyjącymi we wspólnym gospodarstwie domowym (opieka wewnętrzna) niż osoby pochodzące z większych gospodarstw domowych. Częściej natomiast sprawują one opiekę nad osobami spoza gospodarstwa domowego (opieka zewnętrzna). Jednakże zaangażowanie w opiekę zewnętrzną nie kompensuje w pełni ich mniejszego zaangażowania w opiekę wewnętrzną. Należy więc przypuszczać, że wraz ze zmianą struktury gospodarstw domowych (wzrostem liczby

gospodarstw jednorodzinnych i zmniejszaniem się liczby gospodarstw wielorodzinnych) oraz zwiększeniem mobilności przestrzennej populacji, zaangażowanie w opiekę osób w wieku okołoemerytalnym będzie maleć. Z drugiej jednak strony starzenie się ludności będzie wywoływać wzrost zapotrzebowania na sprawowanie opieki, które – ze względu na odległość pomiędzy gospodarstwami domowymi osób mogących sprawować opiekę oraz osób jej wymagających – nie będzie mogło być zaspokojone poprzez pomoc krewniczą.

Zmniejszenie zaangażowania w sprawowanie opieki dotyczyć może zwłaszcza osób ubezpieczonych w KRUS. Występujące różnice w częstotliwości sprawowania opieki pomiędzy osobami ubezpieczonymi w omawianych instytucjach wyjaśnić można wieloma czynnikami. Często występująca wielopokoleniowość gospodarstw domowych oraz praca w gospodarstwie rolnym to podstawowe czynniki wyjaśniające większą częstotliwość sprawowania opieki przez osoby ubezpieczone w KRUS. Ograniczanie w przyszłości liczby osób zaangażowanych w pracę w gospodarstwie rolnym, związane z restrukturyzacją wsi i rolnictwa oraz przekształcenia struktury demograficznej wiejskich gospodarstw domowych będą więc prowadzić do zmniejszenia zaangażowania w sprawowanie opieki osób w wieku okołoemerytalnym, ubezpieczonych w KRUS.

Można przypuszczać, że również tendencje dotyczące zakładania i trwania związków małżeńskich będą wpływać na zmniejszenie zaangażowania populacji osób w wieku okołoemerytalnym w sprawowanie opieki. Będzie się zmniejszać znaczenie opieki sprawowanej wewnątrz gospodarstwa domowego. Rola opieki zewnętrznej – zwłaszcza opieki sprawowanej nad dziećmi – też ulegnie ograniczeniu, choć w mniejszym stopniu niż opieka wewnętrzna.

Podniesienie wieku emerytalnego może stworzyć utrudnienia w zapewnieniu opieki. Dotyczy to w szczególności opieki nad dziećmi i osobami dorosłymi spoza gospodarstwa domowego, sprawowanej przez kobiety i mężczyzn ubezpieczonych w ZUS. Przeważająca część populacji osób ubezpieczonych w ZUS, zaangażowanych w opiekę, pobiera świadczenia emerytalno-rentowe oraz jest bierna zawodowo. Zaobserwowany też został pozytywny wpływ pobierania świadczeń zastępujących dochody z pracy na sprawowanie opieki nad dziećmi wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS. Wskazuje to na potencjalne trudności w zaspokojeniu zapotrzebowania na sprawowanie opieki, w wyniku planowanego – i niezbędnego w świetle starzenia się ludności – ograniczenia dostępu do wcześniejszych emerytur i podniesienia wieku emerytalnego kobiet.

Z badań wynika, że największe zapotrzebowanie na opiekę osób w wieku okołoemerytalnym tworzy obecność w gospodarstwie domowym osób w wieku 80 lat i więcej, w nieco mniejszym stopniu dotyczy to obecności osób w wieku 65–79 lat, najslabiej natomiast dzieci. Można więc przypuszczać, że wraz ze wzrostem liczby osób w wieku 80 lat i więcej zapotrzebowanie na opiekę sprawowaną przez osoby w wieku około emerytalnym będzie rosnąć.

Zwraca uwagę znacząca rola opieki sprawowanej przez osoby w wieku okołoemerytalnym nad ich wnukami i wnuczkami. Opieka wewnętrzna, związana ze wspólnym zamieszkiwaniem z dzieckiem, ma charakter wyraźnie substytucyjny wobec korzystania z placówek opieki lub pomocy opiekunki. Opieka zewnętrzna nad dziećmi częściej dotyczy dzieci, które korzystają również z opieki instytucjonalnej. Można zakładać, że zmniejszanie się liczby gospodarstw domowych wielopokoleniowych i ograniczenie możliwości sprawowania opieki wewnętrznej nad dziećmi będzie wywoływało wzrost zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną (lub opiekunki). Ponadto, z uwagi na charakter czynności wykonywanych w ramach opieki nad dziećmi, można ją z łatwością zastąpić dobrze zorganizowaną opieką instytucjonalną.

Również opieka nad osobami dorosłymi wymagającymi opieki ma głównie charakter krewniaczy. Podobnie jak w przypadku opieki nad dziećmi, opieka wewnętrzna rzadko związana jest z korzystaniem z innych (w tym instytucjonalnych) form opieki. Częściej taka sytuacja ma miejsce w przypadku opieki sprawowanej nad osobą spoza gospodarstwa domowego. Tu znowu, zmniejszanie się liczby rodzin wielopokoleniowych będzie zwiększało zapotrzebowanie na inne niż krewniacza formy pomocy.

Reasumując, zmiany w obrębie struktury demograficznej gospodarstw domowych, zakładania i trwania związków małżeńskich, mobilności przestrzennej oraz restrukturyzacji wsi i rolnictwa prowadzi będą do ograniczenia możliwości sprawowania opieki przez osoby w wieku okołoemerytalnym. W tym samym kierunku prowadzić też może polityka podnoszenia wieku emerytalnego. W coraz większym stopniu również zmianom tym towarzyszyć będzie wzrost zapotrzebowania na opiekę zewnętrzną, oraz ograniczenia w zapotrzebowaniu na opiekę wewnętrzną. Jednocześnie proces starzenia się ludności Polski będzie znacząco wpływać na wzrost liczby osób dorosłych wymagających opieki. Konflikt pomiędzy zapotrzebowaniem na opiekę a możliwością jej zaspokojenia będzie narastać. Łagodzić go mogą działania adaptacyjne do przewidywanych zmian, polegające na poprawie dostępności do innych niż krewniacza form opieki, w tym opieki instytucjonalnej.

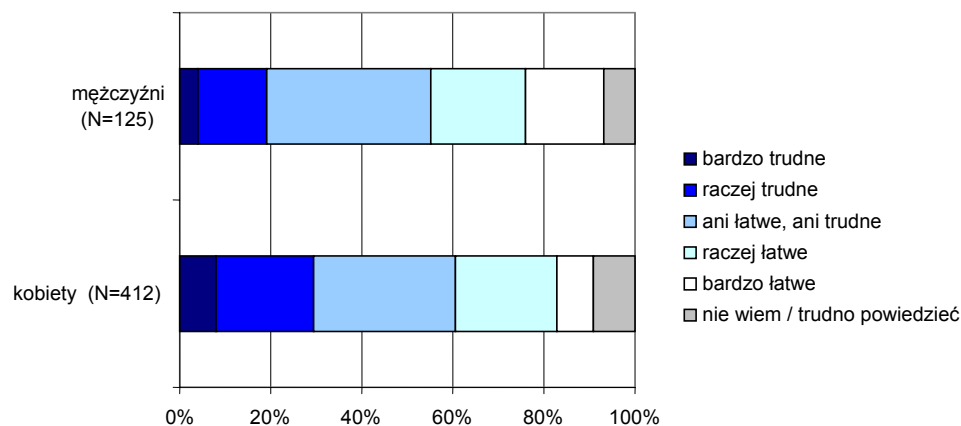
4. Opieka jako bariera w aktywności zawodowej

4.1. Łączenie pracy i opieki

Do respondentów pracujących i jednocześnie sprawujących opiekę skierowano serię pytań mających na celu ocenę skali trudności, jakie powoduje godzenie obu tych aktywności, a także poznanie preferencji odnośnie sposobów organizacji życia zawodowego i opieki. Populacja osób łączących obie te aktywności wśród kobiet w wieku 50–65 lat i mężczyzn w wieku 55–70 lat (czyli objętych badaniem) okazała się być jednak niewielka. Zwłaszcza niewielkie liczebności otrzymano dla osób ubezpieczonych w KRUS (14 kobiet i 5 mężczyzn). Wynika to głównie z niskiej aktywności zawodowej ludności w tym wieku. Z tego względu dane przedstawione w niniejszym punkcie dotyczą wyłącznie osób ubezpieczonych w ZUS. Ponadto, z tych samych powodów skoncentrowano się głównie na podstawowych rozkładach, nie przeprowadzając pogłębionej analizy odpowiedzi według cech społeczno-ekonomicznych respondentów.

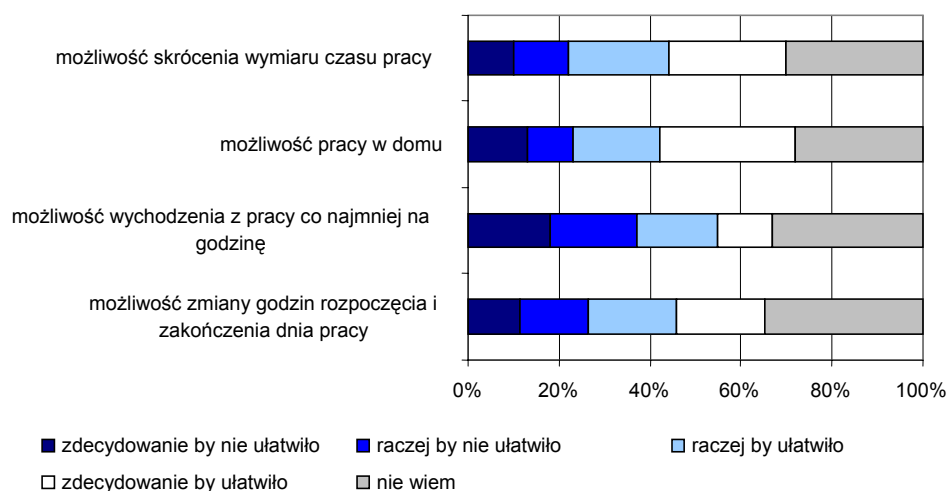
Łączenie pracy zawodowej z opieką stanowi obciążenie dla pewnej grupy osób, choć generalnie nie jest zadaniem bardzo dotkliwym (rys. 4.1-1). Częściej trudności na tym polu doświadczają kobiety niż mężczyźni. Za bardzo trudne uznało je 8% kobiet i 4% mężczyzn. Dla 29% kobiet i 19% mężczyzn jest ono raczej trudne, podczas gdy za raczej łatwe lub bardzo łatwe uważa je 30% kobiet i 38% mężczyzn. Zadanie to wydaje się być nieco trudniejsze dla kobiet zamieszkujących w dużych miastach, z wykształceniem co najmniej zasadniczym zawodowym, a także dzielących gospodarstwo domowe z osobami dorosłymi wymagającymi opieki. Podczas gdy około 40% zamieszkujących z dorosłymi wymagającymi opieki uznało łączenie obu aktywności za raczej trudne lub zdecydowanie trudne, o tyle wśród kobiet nie dzielących mieszkania z takimi osobami udział ten wyniósł niecałe 30%. Dokładnie odwrotną zależność zaobserwowano, jeśli chodzi o współzamieszkiwanie z dziećmi do lat 14 – osoby nie zamieszkujące z dziećmi do lat 14 częściej uznawały łączenie pracy i opieki za trudne niż kobiety zamieszkujące z dziećmi w tym wieku (32% w porównaniu do 19%). Być może wynika to z faktu, że trudności w łączeniu pracy z opieką w takiej sytuacji nasilają się dodatkowo w związku z koniecznością dojeżdżania do wnuków, wymagających opieki. Dla mężczyzn współzamieszkiwanie z dziećmi do lat 14 bądź osobami starszymi wymagającymi opieki nie różnicowało istotnie oceny trudności w łączeniu pracy z opieką.

Rysunek 4.1.-1. Czy łączenie pracy i obowiązków opiekuńczych jest dla Pana(i) bardzo trudne, raczej trudne, raczej łatwe czy bardzo łatwe?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 4.1.-2. Na ile poszczególne sposoby organizacji pracy ułatwiłyby Pani łączenie pracy i opieki? Kobiety, N = 412

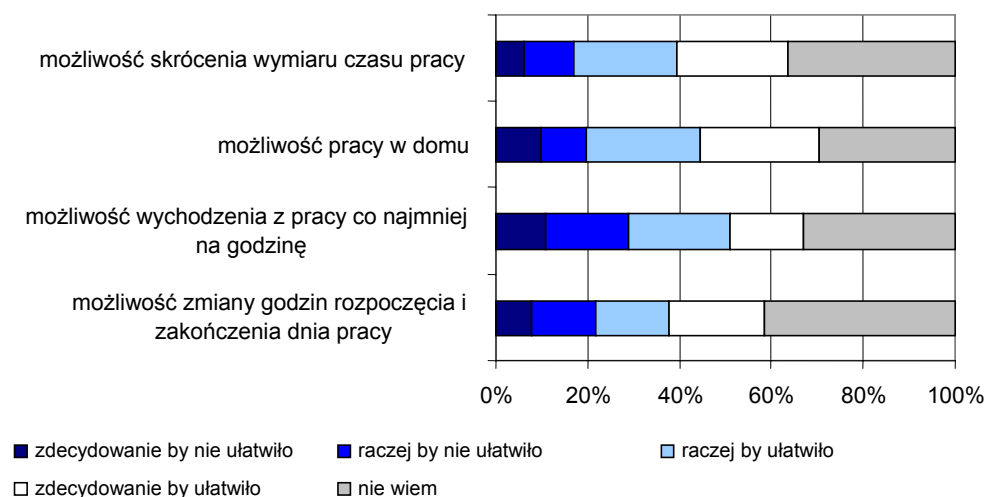


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Zdaniem respondentów, łączenie pracy i opieki najbardziej ułatwiłyby im: możliwość pracy w domu oraz możliwość skrócenia wymiaru czasu pracy (rys. 4.1-2 i 4.1-3). Deklaruje tak co drugi respondent (bez względu na płeć). Ponadto, możliwość skrócenia czasu pracy cieszy się wyraźnym zainteresowaniem osób z wykształceniem co najmniej średnim oraz zamieszkujących duże miasta. Na kolejnym mie-

scu znalazła się możliwość zmiany godzin pracy (prawie 40% badanych). Mężczyźni za równie pomocny instrument uważają także możliwość wychodzenia z pracy co najmniej na godzinę. Kobiety opowiadają się za tą opcją nieco rzadziej (30%).

Rysunek 4.1.-3. Na ile poszczególne sposoby organizacji pracy ułatwiłyby Panu łączenie pracy i opieki? Mężczyźni, N = 125



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Respondenci zapytani, czy chcieliby zmniejszyć wymiar czasu poświęcanego na jedną z trzech aktywności: praca – opieka – obowiązki domowe, bądź ewentualnie mieć możliwość elastycznego ustalania warunków pracy (zarówno miejsca jak i czasu), w większości odpowiedzieli, że nie są zainteresowani żadną zmianą. Odpowiedzi takiej udzieliło 58% kobiet oraz 67% mężczyzn. Na kolejnych pozycjach znalazły się:

- chciał(a)bym pracować mniej – 16% kobiet i 11% mężczyzn,
- chciał(a)bym mieć możliwość elastycznego ustalania warunków pracy (czas i miejsce) – 12% kobiet i 10% mężczyzn,
- chciał(a)bym, aby zmniejszeniu uległo moje obciążenie obowiązkami domowymi – 10% kobiet i 6% mężczyzn,
- chciał(a)bym, aby zmniejszeniu uległo moje obciążenie sprawowaniem opieki – 5% kobiet i 6% mężczyzn.

W grupie tych, którzy chcieliby pracować mniej, relatywnie częściej znajdują się osoby z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym i o niskich dochodach (zatem świadczenie przez nie pracy jest prawdopodobnie wymuszone czynnikami ekonomicznymi).

Reasumując, dla pracujących respondentów opieka nie stanowi dużego problemu. Jej łączenie z pracą stosunkowo rzadko jest postrzegane jako trudne. Respondenci rzadko są zainteresowani zmniejszeniem obciążenia opieką. Można przypuszczać, że ci, którzy pracują, to osoby, które nie są silnie obciążone opieką bądź też znalazły sposób na jej połączenie z pracą zawodową.

4.2. Uwarunkowania powrotu do pracy

W niniejszej części opracowania poświęcono uwagę uwarunkowaniom podjęcia pracy. W tym celu zaprezentowano dane opisujące:

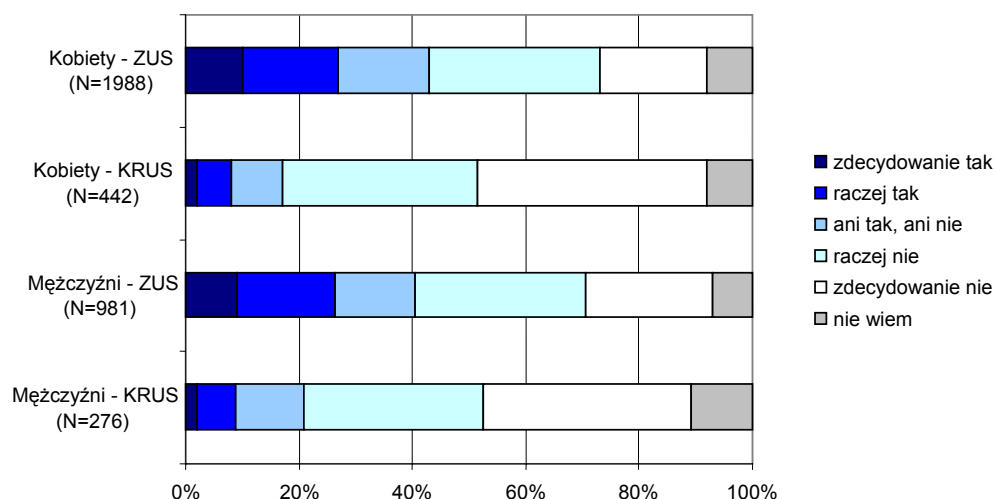
- chęć podjęcia pracy (pytanie: „Czy chciał(a)by Pan(i) podjąć pracę?”),
- czynniki utrudniające podjęcie pracy (pytanie: „Które [czynniki] utrudniają w Pana(i) sytuacji podjęcie pracy?”),
- czynniki warunkujące podjęcie pracy (pytanie: „Które [warunki] mogłyby mieć wpływ na podjęcie przez Pana(ią) pracy?”).

Analizowaną populacją są osoby niepracujące.

Chęć podjęcia pracy

Chęć podjęcia pracy wyraża co czwarta osoba niepracująca ubezpieczona w ZUS (rys. 4.2-1). Analogiczne odsetki w grupie ubezpieczonych w KRUS są znacznie mniejsze i wynoszą nieco poniżej 10%. Dane te dotyczą w takim samym stopniu mężczyzn, jak i kobiet.

Rysunek 4.2.-1. Czy chciał(a)by Pan(i) podjąć pracę?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Chęć podjęcia pracy zależy silnie od wieku badanych – im osoba młodsza, tym bardziej chętna podjąć pracę. O ile nieco ponad 40% kobiet ubezpieczonych w ZUS i 25% kobiet ubezpieczonych w KRUS w najniższej analizowanej grupie wieku (50–54 lata) jest zainteresowana podjęciem pracy, o tyle w grupie 60–65 lat analogiczny odsetek wynosi 15%. Wśród mężczyzn sytuacja wygląda podobnie – z tą tylko różnicą, że mężczyźni wylosowani do badania są przeciętnie starsi od kobiet (wylosowano mężczyzn w wieku 55–70 lat). Oznacza to, że chęć do podjęcia pracy przez kobiety szybciej ulega obniżeniu wraz z wiekiem, niż w przypadku mężczyzn.

Wśród ubezpieczonych w ZUS zaobserwowano większą chęć do podjęcia pracy w mieście niż na wsi (około 30% wobec 18%, zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet). Zaskakujący jest brak zależności pomiędzy chęcią podjęcia pracy a wykształceniem. Choć można by się spodziewać, że zainteresowanie pracą wzrasta wraz z poziomem wykształcenia, a przynajmniej jest relatywnie wysokie w grupie osób z wykształceniem wyższym, to jednak takiej zależności nie zaobserwowano. Może to wynikać z faktu, że osoby lepiej wykształcone przeważnie pracują, a te, które znajdują się poza zatrudnieniem, widocznie z jakichś względów preferują taki stan rzeczy.

Wzrost zainteresowania podjęciem pracy zaobserwowano także wraz z pogarszaniem się sytuacji finansowej respondenta – zarówno obiektywnej, jak i subiektywnej. Osoby o niższym dochodzie na osobę w gospodarstwie domowym oraz oceniające swoje dochody jako za niskie w stosunku do potrzeb wyrażały większą chęć podjęcia pracy niż pozostali. Podjęciem pracy są także bardziej zainteresowane osoby, które nie przeszły jeszcze na emeryturę (dotyczy to raczej ubezpieczonych w ZUS, gdyż wśród ubezpieczonych w KRUS objętych badaniem większość jest już na emeryturze).

Stan zdrowia jest także pozytywnie skorelowany z chęcią podjęcia pracy, choć korelacja ta jest stosunkowo słaba. Osoby oceniające stan swojego zdrowia jako gorszy, bądź też posiadające orzeczenie o niezdolności do pracy są mniej zainteresowane podjęciem zatrudnienia.

Obciążenie opieką słabo różnicuje chęć podjęcia pracy. Kierunek obserwowanej zależności jest odwrotny niż można by się spodziewać. Wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS sprawujących opiekę odsetek chętnych do podjęcia pracy jest wyższy (32%) niż w grupie niesprawujących opieki (24%), mniej jest natomiast niezdecydowanych w tej kwestii (13% wobec 18%). Zależność o podobnym kierunku, ale mniejszej sile obserwuje się także wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS. Dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS brak takiej zależności, podczas gdy mężczyźni ubezpieczeni w KRUS niesprawujący opieki częściej deklarują, że nie chcieliby podjąć pracy (71%) niż sprawujący opiekę (60%), którzy są w tej kwestii częściej niezdecydowani. Jednak współzamieszkiwanie z osobami wymagającymi opieki oraz czas poświęcany na opiekę nie różnicują już chęci podjęcia pracy.

Reasumując, zainteresowanie podjęciem pracy najsilniej różnicują: rodzaj ubezpieczenia (ZUS/KRUS), wiek oraz sytuacja finansowa badanych. Obserwuje się także pewną zależność od stanu zdrowia. Obciążenie opieką słabo wiąże się z chęcią podjęcia pracy. Co więcej, kierunek tej zależności nie wskazuje na postrzeganie opieki jako ograniczenia dla podjęcia pracy. Nie znaczy to jednak, że nie stanowi ona takiego ograniczenia, a jedynie – że nie ujawnia się ono na poziomie motywacji.

Czynniki utrudniające podjęcie pracy

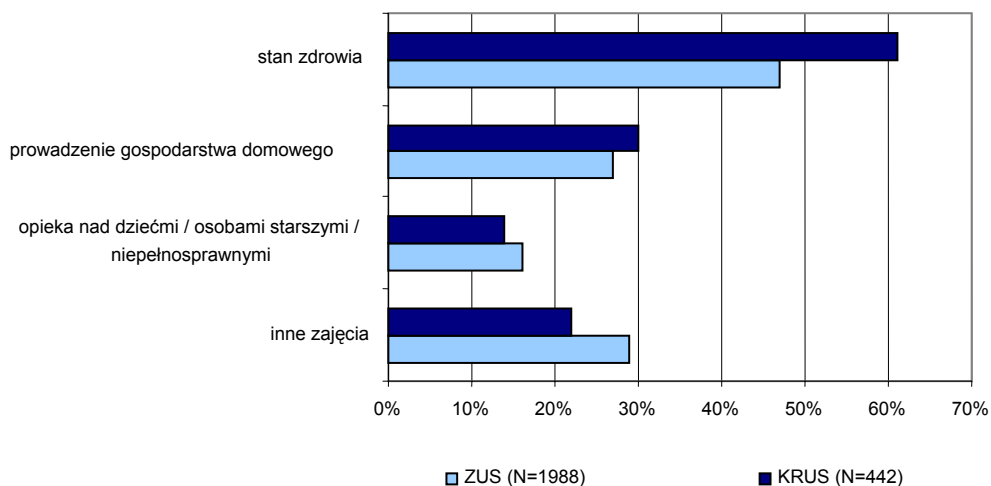
Wśród czynników utrudniających podjęcie pracy respondenci zdecydowanie najczęściej wymieniali stan zdrowia. Za najważniejszy uznał go co drugi mężczyzna (zarówno ubezpieczony w ZUS jak i w KRUS) oraz co druga kobieta ubezpieczona w KRUS. Kobiety ubezpieczone w ZUS uznały stan zdrowia za najważniejszy czynnik ograniczający podjęcie pracy nieco rzadziej niż pozostali (36%). Ponieważ respondenci mogli wybrać tak wiele czynników, ile oferowała im ankieta (ze wskazaniem na najważniejszy), liczba wskazań na stan zdrowia była w istocie wyższa: obejmowała nieco ponad 60% ubezpieczonych w KRUS, 57% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS oraz 47% kobiet ubezpieczonych w ZUS (rys. 4.2-2 i 4.2-3).

Poza stanem zdrowia wymienione w ankiecie czynniki nie zdobyły zbyt dużej liczby wskazań. Relatywnie wysokie odsetki osób wybierających odpowiedzi: „mam inne zajęcia, z którymi praca mogłaby kolidować” oraz „nie wiem/trudno powiedzieć” (łącznie 28–42%) oznaczają, że ankieta nie zidentyfikowała dobrze barier podjęcia pracy. Oznacza to jednak także, że pozostałe czynniki wymienione w ankiecie, dotyczące obciążenia opieką i prowadzenia gospodarstwa domowego, choć stanowią pewną barierę dla podjęcia pracy, to jednak jest ona relatywnie słaba.

Warto też podkreślić, że w porównaniu do obciążenia opieką obowiązek prowadzenia gospodarstwa domowego wydaje się silniej ograniczać podjęcie pracy. Za najważniejszy czynnik ten uznało 15% kobiet ubezpieczonych w ZUS oraz 19% kobiet ubezpieczonych w KRUS. Ogółem czynnik ten pojawił się w 27% ankiet wypełnianych przez kobiety ubezpieczone w ZUS i w 30% przez kobiety ubezpieczone w KRUS. Mężczyźni znacznie rzadziej postrzegali obowiązki związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego jako barierę dla podjęcia pracy. Za najważniejsze ograniczenie uznało je nieco mniej niż 10% ankietowanych mężczyzn (bez względu na rodzaj ubezpieczenia). Ogółem na czynnik ten wskazało 13% mężczyzn.

Sprawowanie opieki nad dziećmi, osobami starszymi i/lub niepełnosprawnymi oraz brak możliwości zorganizowania tej opieki w inny sposób zostało uznane za najważniejszą barierę podjęcia pracy przez 10% kobiet ubezpieczonych w ZUS. Pozostali, tj. kobiety ubezpieczone w KRUS oraz mężczyźni, wskazywali na to ograniczenie dwukrotnie rzadziej. Ogółem na sprawowanie opieki jako ograniczenie dla podjęcia pracy wskazało około 15% kobiet oraz nieco mniej niż 10% mężczyzn.

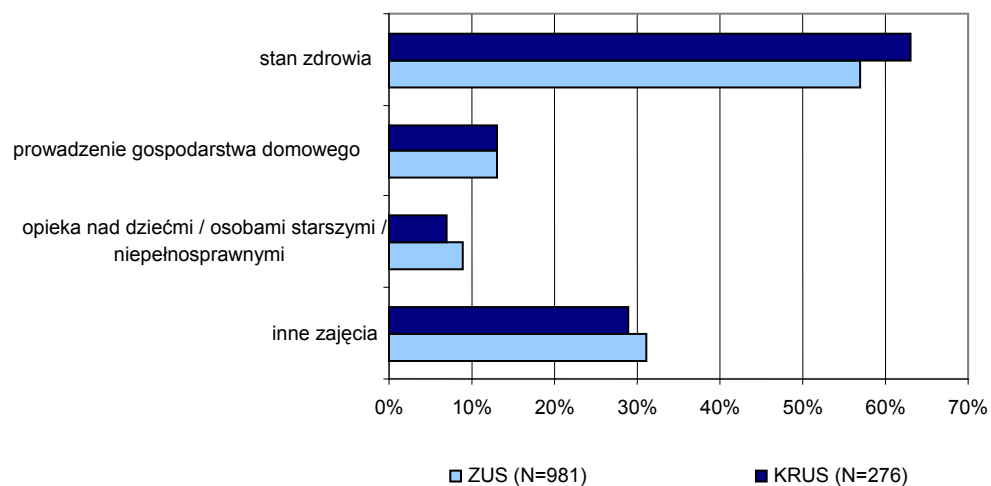
Rysunek 4.2.-2. Czynniki utrudniające podjęcie pracy w percepcji respondenta, kobiety



Uwaga: Częstości przedstawione na wykresach odnoszą się do sytuacji, w której respondenci mogli wybrać więcej niż jeden czynnik.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 4.2.-3. Czynniki utrudniające podjęcie pracy w percepcji respondenta, mężczyźni



Uwaga: Częstości przedstawione na wykresach odnoszą się do sytuacji, w której respondenci mogli wybrać więcej niż jeden czynnik.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Stan zdrowia jako ograniczenie dla podjęcia pracy był wskazywany tym częściej, im niższy poziom wykształcenia respondenta, co jest zgodne z wynikami dotyczącymi zależności między oceną stanu zdrowia oraz wykształceniem (por. punkt 2.4), oraz im gorsza jego sytuacja dochodowa (zarówno w ocenie subiektywnej, jak i mierzona wysokością dochodów na osobę). Częściej jest on także wymieniany przez osoby mieszkające na wsi (wyjątkiem są kobiety ubezpieczone w ZUS).

Nie zaobserwowano żadnych istotnych zależności pomiędzy cechami społeczno-ekonomicznymi respondentów a częstością wskazań na obciążenie obowiązkami domowymi jako czynnikiem ograniczającym podjęcie pracy. Częstość wskazań na obciążenie opieką wiąże się głównie ze sprawowaniem opieki, obecnością osób wymagających opieki w gospodarstwie domowym oraz czasem poświęcanym na opiekę. Jako barierę dla podjęcia pracy czynnik ten wymieniło 39% kobiet ubezpieczonych w ZUS, 29% kobiet ubezpieczonych w KRUS oraz około 17–24% mężczyzn sprawujących opiekę (wobec 4–7% wśród osób niesprawujących opieki). Wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS, dla których opieka zdaje się najsilniej ograniczać podjęcie pracy w porównaniu do pozostałych analizowanych grup, odsetek wymieniających tę przyczynę jest tym większy, im starsze są osoby wymagające opieki, z którymi kobieta dzieli gospodarstwo domowe. O ile 29% kobiet współzamieszkujących z dziećmi do lat 14 podaje, że opieka utrudnia im podjęcie pracy, to wśród kobiet zamieszkujących z osobami w wieku 65 lat i więcej wymagającymi opieki 44% wymienia tę przyczynę. Dla pozostałych analizowanych grup ludności zależności te są nieco mniej wyraźne, aczkolwiek nadal widoczne. Ponadto częstość wskazań na obciążenie opieką rośnie wraz z wydłużaniem się czasu poświęcanego opiece. Dla sprawujących opiekę nie dłużej niż 10 godzin w tygodniu częstość ta wyniosła 20% wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS oraz co najwyżej 10% wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS i wśród mężczyzn. W grupie sprawujących opiekę co najmniej 40 godzin tygodniowo analogiczne odsetki wyniosły: 55% dla kobiet ubezpieczonych w ZUS, 47% dla kobiet ubezpieczonych w KRUS, 44% dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS i 33% dla mężczyzn ubezpieczonych w KRUS.

Reasumując, najważniejszym ograniczeniem podjęcia pracy w percepcji respondentów jest ich stan zdrowia. Opieka w znacznie mniejszym stopniu ogranicza możliwości podjęcia pracy. Należy zaznaczyć, że choć w grupie osób sprawujących opiekę odsetki deklarujących trudności z podjęciem pracy z tego powodu są znacznie wyższe niż w ogóle badanych, to jednak także w tej grupie zły stan zdrowia stanowi ważniejszą przyczynę bierności zawodowej.

Czynniki warunkujące podjęcie pracy

Spośród dwunastu czynników warunkujących podjęcie pracy respondenci za najważniejsze uznali dobrą płacę oraz poprawę stanu zdrowia. Zaobserwowano jednak pewne różnice w preferencjach ze względu na płeć oraz rodzaj ubezpiecze-

nia. Dobra płaca zajęła pierwsze miejsce w odpowiedziach kobiet ubezpieczonych w ZUS (24% wobec 16% dla poprawy stanu zdrowia), mężczyźni ubezpieczeni w ZUS cenili oba czynniki w jednakowym stopniu (22–23%) a ubezpieczeni w KRUS preferowali przede wszystkim poprawę stanu zdrowia (około 23–26% wobec 15–18% dla dobrej płacy). Oprócz tych dwóch czynników respondenci relatywnie często wymieniali jako najważniejsze:

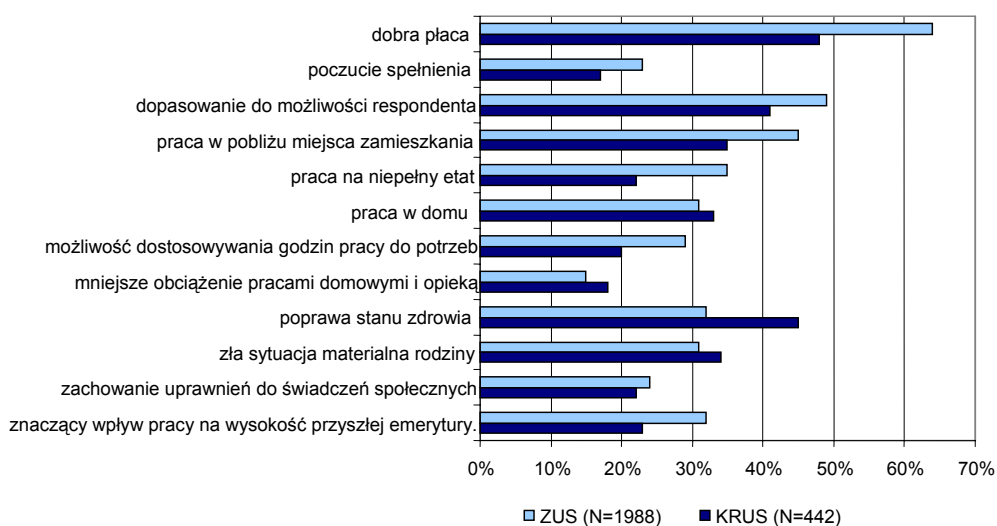
- dopasowanie pracy do ich możliwości (8–10%), oraz
- złą sytuację materialną rodziny (7–11%).

Najniższy procent wskazań jako najważniejszy czynnik uzyskały:

- odczuwanie spełnienia w pracy (2–4%),
- mniejsze obciążenie opieką (1–4%), oraz
- możliwości ustalania godzin pracy stosowanie do potrzeb (3–4%).

Wymienione powyżej częstości odnoszą się do sytuacji, w której respondenci mieli zaznaczyć jeden najważniejszy czynnik warunkujący podjęcie pracy. W rezultacie jednak, nie postawieni przed takim ograniczeniem, często wybierali ich więcej. Częstości wyboru każdego z czynników przedstawiono na rysunkach 4.2-4 i 4.2-5.

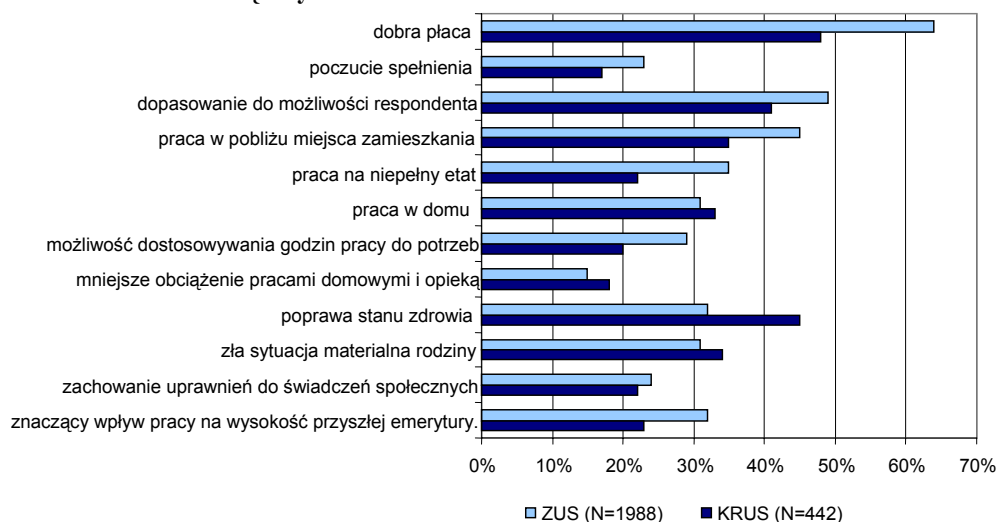
Rysunek 4.2.-4. Czynniki warunkujące podjęcie pracy w percepcji respondenta, kobiety



Uwaga: Częstości przedstawione na wykresach odnoszą się do sytuacji, w której respondenci mogli wybrać więcej niż jeden czynnik.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Rysunek 4.2.-5. Czynniki warunkujące podjęcie pracy w percepcji respondenta, mężczyźni



Uwaga: Częstości przedstawione na wykresach odnoszą się do sytuacji, w której respondenci mogli wybrać więcej niż jeden czynnik.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Dane przedstawione na wykresach potwierdzają, że dobra płaca (zwłaszcza dla ubezpieczonych w ZUS) i poprawa stanu zdrowia (zwłaszcza dla ubezpieczonych w KRUS) mają istotne znaczenie dla podjęcia pracy. Ponadto, ważne są także znalezienie pracy dostosowanej do możliwości respondenta oraz pracy w pobliżu miejsca zamieszkania.

Osoby, które podjęłyby pracę, gdyby zaoferowano im dobrą płacę, to nieco częściej osoby, które nie przekroczyły jeszcze wieku emerytalnego i zamieszkujące w miastach, zwłaszcza tych największych. Zależność taką obserwuje się jednak tylko dla ubezpieczonych w ZUS i nie jest ona zbyt silna. Sytuacja materialna, wykształcenie czy też obecność osób wymagających opieki w gospodarstwie domowym nie różnicowały znaczenia tego warunku dla podjęcia pracy.

Jak można się spodziewać, im gorszy stan zdrowia (zarówno w odczuciu subiektywnym, jak i mierzony stopniem niepełnosprawności), tym silniej respondenci uzależniają podjęcie pracy od jego poprawy.

Pracę odpowiadającą możliwościom respondenta chętniej podjęliby mieszkańcy miast. Im miasto większe, tym ważniejsze znaczenie tego czynnika. Dotyczy to jednak tylko ubezpieczonych w ZUS, gdyż populacja KRUS zamieszkała w miastach jest stosunkowo nieliczna. Co ciekawe, znaczenie tego warunku nie jest zróżnicowane ze względu na poziom wykształcenia.

Bliskość miejsca pracy od miejsca zamieszkania ma nieco większe znaczenie dla kobiet ubezpieczonych w ZUS i mieszkających w dużych miastach niż w miastach małych i na wsi. Choć można by się spodziewać zróżnicowania tego czynnika ze względu na obciążenie opieką, w tym ze względu na obecność w gospodarstwie domowym osób wymagających opieki, to jednak zróżnicowanie takie nie zostało zaobserwowane.

Poza dobrą płacą, poprawą stanu zdrowia, dopasowaniem pracy do możliwości respondenta oraz odpowiednią odległością miejsca pracy od miejsca zamieszkania pewne znaczenie dla respondentów mają także czynniki związane z elastyczną organizacją czasu pracy, takie jak praca w niepełnym wymiarze, możliwość pracy w domu czy też możliwość dostosowywania godzin pracy do potrzeb respondenta. Wskazuje na nie mniej więcej co trzecia kobieta ubezpieczona w ZUS i co czwarty mężczyzna tam ubezpieczony. Poza możliwością pracy w domu ubezpieczeni w KRUS są nieco mniej zainteresowani elastycznością czasu pracy (około 20% wśród mężczyzn jak i kobiet). Choć elastyczna organizacja czasu pracy mogłaby mieć niebagatelne znaczenie dla osób sprawujących opiekę, to jednak odsetek osób w tej grupie wskazujących wyżej opisane czynniki nie różni się istotnie od analogicznego odsetka w grupie niesprawujących opieki. Także współzamieszkiwanie z osobami wymagającymi opieki zdaje się nie zwiększać częstości wskazań na rozwiązania uelastyczniające organizację czasu pracy. W niektórych przypadkach obserwuje się nawet zależność odwrotną, np. kobiety ubezpieczone w ZUS współzamieszkujące z osobami dorosłymi w wieku 15–64 lata potrzebującymi opieki rzadziej preferują pracę na niepełny etat czy też możliwość ustalania godzin pracy w stosunku do potrzeb niż pozostałe kobiety ubezpieczone w ZUS. Inne cechy społeczno-ekonomiczne respondentów zdają się silniej różnicować zainteresowanie rozwiązaniami uelastyczniającymi czas pracy niż sprawowanie opieki. Wśród ubezpieczonych w ZUS rozwiązania te mają większe znaczenie dla mieszkańców dużych miast, najmniejsze natomiast dla mieszkańców wsi. Wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS większą wagę przywiązują do nich te z wykształceniem wyższym. Także sytuacja materialna, zarówno obiektywna jak i subiektywna, różnicuje znaczenie tych czynników dla podjęcia pracy. Zależność tę obserwuje się jednak tylko wśród kobiet (bez względu na rodzaj ubezpieczenia). Im wyższy dochód na osobę w gospodarstwie domowym i im wyższe poczucie, że dochody są wystarczające dla realizacji potrzeb, tym większe znaczenie elastyczności czasu pracy dla podjęcia pracy. Dla pobierających emeryturę ZUS znaczenie elastycznych rozwiązań jest także tym większe, im wyższa wysokość tego świadczenia.

Analogiczne znaczenie dla podjęcia pracy ma zła sytuacja materialna rodziny. Około 30% badanych podjęłoby pracę, gdyby wymagała tego sytuacja materialna rodziny. Zła sytuacja materialna jest częściej wymieniana przez osoby o wyższych dochodach i lepszej ocenie wystarczalności dochodów w stosunku do potrzeb gospodarstwa domowego. Wynik ten jest dosyć zaskakujący, gdyż mogłoby się wydawać, że raczej osoby znajdujące się w złej sytuacji materialnej powinny

dążyć do jej poprawy poprzez podjęcie pracy. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że część spośród osób o złej sytuacji materialnej właśnie z tego powodu pracuje, a ci, którzy nie pracują – albo nie mogą znaleźć pracy, albo jej nie posiadają z innych przyczyn. Inne cechy społeczno-ekonomiczne nie różnicują znaczenia złej sytuacji materialnej dla podjęcia pracy.

Okolo 30% badanych podjęłoby pracę, gdyby wiedziało, że będzie to miało pozytywny wpływ na wysokość ich przyszłej emerytury. Wyjątkiem są tu kobiety ubezpieczone w KRUS, dla których ten warunek ma nieco mniejsze znaczenie (23%). Częstotliwość wskazań na korzyść z podjęcia pracy dla wysokości przyszłej emerytury nie jest zbyt zróżnicowana ze względu na cechy społeczno-ekonomiczne respondentów. Jedynie wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS pewną rolę odgrywa wykształcenie – im wyższe, tym wyższa waga przywiązywana do tego czynnika. Zależności takiej nie zaobserwowano dla mężczyzn.

Mniej więcej co czwarty badany podjąłby pracę, gdyby mógł zachować uprawnienia do świadczeń społecznych, otrzymywanych w okresie pozostawania poza zatrudnieniem. Odsetek wskazań na zachowanie uprawnień do świadczeń jest wyższy wśród osób pobierających świadczenia przedemerytalne ZUS. Daje się także zaobserwować jego wzrost wraz ze wzrostem emerytury ZUS.

Poczucie spełnienia z pracy motywuje do podjęcia pracy stosunkowo rzadko (około 20% wskazań wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS i mężczyzn, nieco niższy odsetek obserwuje się dla kobiet ubezpieczonych w KRUS – 17%). W grupie osób ubezpieczonych w ZUS jego znaczenie rośnie jednak wraz z wykształceniem oraz wielkością miejscowości zamieszkania. O ile kobiety z wykształceniem co najwyżej podstawowym deklarują, że podjęłyby pracę, gdyby dawała im ona poczucie spełnienia, tylko w 18% a mężczyźni w 16%, to analogiczne odsetki dla osób z wykształceniem wyższym wynoszą 33% i 26%. Podobnie mieszkańcy wsi, w tym zwłaszcza mężczyźni, są rzadziej zainteresowani poczuciem spełnienia w pracy niż mieszkańcy dużych miast (kobiety: 20% wobec 25%, mężczyźni: 13% wobec 26%).

Zmniejszenie obciążenia pracami domowymi i opieką w najmniejszym stopniu warunkuje podjęcie pracy. Czynniki te wymieniane są nieco częściej przez kobiety niż przez mężczyzn. Wskazało na niego 15% kobiet ubezpieczonych w ZUS i 18% ubezpieczonych w KRUS. Dla mężczyzn analogiczne odsetki wynoszą 7% i 11%. Spośród analizowanych cech społeczno-ekonomicznych częstotliwość wskazań na ten czynnik różnicuje jedynie fakt sprawowania opieki, obecność osób wymagających opieki w gospodarstwie domowym oraz czas poświęcany na opiekę. Sprawujący opiekę częściej deklarują, że zmniejszenie obciążenia obowiązkami domowymi i opieką mogłoby mieć wpływ na podjęcie przez nich pracy. Zależność taka jest najbardziej widoczna wśród kobiet sprawujących opiekę – co czwarta kobieta udzieliła takiej odpowiedzi (wobec około 10–14% wśród niesprawujących opieki). Analogiczne odsetki dla mężczyzn są nieco niższe. Także współzamieszkiwanie z osobami wymagającymi opieki zwiększa częstotliwość

wskazań na obciążenie opieką i obowiązkami domowymi jako na czynnik utrudniający pracę. W gospodarstwach, w których obecne są dzieci do lat 14 lub osoby dorosłe wymagające opieki, kobiety o około 35–40% częściej deklarują, że podjęłyby pracę, gdyby były w mniejszym stopniu obciążone obowiązkami domowymi i opieką, niż kobiety, które nie dzielą gospodarstwa domowego z osobami wymagającymi opieki. Ponadto, opieka nad osobami dorosłymi w wieku 65 lat i więcej wydaje się być bardziej obciążająca niż opieka nad osobami młodszymi. Dla przykładu, około co siódma kobieta ubezpieczona w ZUS, w której gospodarstwie domowym nie zamieszkują osoby wymagające opieki, wskazuje na obciążenie opieką jako na czynnik utrudniający jej podjęcie pracy. Jeśli w gospodarstwie domowym tej kobiety zamieszkują dzieci w wieku do lat 14 lub osoby dorosłe w wieku 15–64 lata, to częstotliwość wskazań wzrasta do nieco ponad 20%. Gdy kobieta dzieli gospodarstwo z osobami w wieku 65 lat, i więcej, obciążenie opieką stanowi ograniczenie dla podjęcia pracy dla 39% kobiet. Odsetek wskazań na obciążenie opieką i obowiązkami domowymi rośnie także wraz z wydłużaniem się czasu poświęconego na opiekę. Jeśli opieka sprawowana jest w wymiarze ponad 40 godzin tygodniowo, to około co trzecia osoba deklaruje, że podjęcie pracy utrudnia obciążenie opieką i obowiązkami domowymi (poza mężczyznami ubezpieczonymi w KRUS, których liczebności w grupie sprawujących opiekę są zbyt niskie, aby przeprowadzić wnioskowanie). W grupie osób opiekujących się co najwyżej 10 godzin w tygodniu analogiczny odsetek wynosi około 18–19% dla kobiet (bez względu na rodzaj ubezpieczenia) oraz 3% dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS.

Reasumując, zmniejszenie obciążenia opieką w słabym stopniu warunkuje podjęcie pracy. Choć odsetek deklarujących, że podjęliby pracę, gdyby mogli w mniejszym stopniu sprawować opiekę, rośnie wraz ze wzrostem obciążenia opieką, to jednak jest on nadal niski w porównaniu z odsetkiem osób deklarujących podjęcie pracy w sytuacji poprawy stanu zdrowia czy też uzyskania oferty pracy atrakcyjnej finansowo. Ponadto, elastyczne formy zatrudnienia nie zachęcają osób sprawujących opiekę do podjęcia pracy.

Opieka jako bariera dla podjęcia pracy

Jak wynika z analiz przedstawionych w niniejszym podrozdziale, opieka nie stanowi istotnej bariery dla podjęcia pracy przez osoby niepracujące. Okazuje się bowiem, że osoby sprawujące opiekę są nieco częściej chętne podjąć pracę niż pozostałe. Rzutuje to zapewne na rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące barier podjęcia pracy. Respondenci poproszeni o wskazanie czynników, które utrudniają im podjęcie pracy oraz warunków, pod jakimi podjęliby pracę, relatywnie rzadko wskazują na czynniki związane z obciążeniem opieką. W zamian najczęściej wymieniają zły stan zdrowia czy brak atrakcyjnych finansowo ofert pracy. Odsetek wskazań na obciążenie opieką jako bariery dla podjęcia pracy wzrasta wraz ze wzrostem obciążenia opieką. W grupie sprawujących opiekę około co czwarta

kobieta ubezpieczona w ZUS podjęłaby pracę, gdyby obciążenie obowiązkami opiekuńczymi uległo zmniejszeniu. Odsetek ten wzrasta wraz z wiekiem osób wymagających opieki do około 40% (w przypadku kobiet ubezpieczonych w ZUS) oraz z czasem sprawowania opieki (do około 32% dla osób sprawujących opiekę ponad 40 godzin tygodniowo). Jednakże nawet w tych grupach stan zdrowia czy brak atrakcyjnej finansowo oferty pracy mają podobne, a często nawet większe znaczenie dla respondentów. Ponadto, biorąc pod uwagę fakt, że sprawujący opiekę stanowią około 1/3 niepracujących, współzamieszkujący z dorosłymi wymagającymi opieki – poniżej 10% (w tym 3% z osobami w wieku 80 lat i więcej), a kobiety sprawujące opiekę w wymiarze powyżej 20 godzin tygodniowo – poniżej 20%, to wyniki te świadczą naszym zdaniem, że obecnie opieka nie stanowi istotnej przeszkody aktywizacji zawodowej osób w wieku przedemerytalnym i wczesnym emerytalnym. Zdecydowanie większe znaczenie mają stan zdrowia oraz brak możliwości znalezienia pracy, w tym pracy za satysfakcjonującą płacę. Wydaje się zatem, że bariery te powinny zostać obecnie usunięte w pierwszej kolejności. Niewykluczone jednak, że wraz z postępującymi przemianami struktury ludności według wieku oraz zmianami struktur gospodarstw domowych w przyszłości wzrośnie znaczenie opieki dla aktywności zawodowej, w tym opieki nad osobami starszymi.

4.3. Obciążenie opieką

W ramach tej części analizy poddane zostaną kwestie związane z obciążeniem opieką tych respondentów, którzy zadeklarowali, że w ostatnim roku sprawowali opiekę nad jakąkolwiek osobą. Stanowią oni 31% badanej zbiorowości kobiet (1399 osoby) oraz 20% zbiorowości mężczyzn (503 osoby) (por. punkt 3.2.1). Przedmiotem zainteresowania jest częstotliwość opieki (codziennie, kilka razy w tygodniu), jej wymiar godzinowy i elastyczność sprawowania oraz to, czy jest ona dostosowana do potrzeb respondenta, szczególnie tych dotyczących rynku pracy. Kolejnym krokiem analizy będzie ustalenie, czy respondenci chcą ograniczyć czas przeznaczony na opiekę oraz na co przeznaczyliby czas zaoszczędzony na opiece. W końcowej części poruszone zostaną kwestie zastępowalności respondentów w opiece, zarówno chwilowej, jak i stałej. Celem tej analizy jest odpowiedź na pytanie czy respondenci sprawujący opiekę mogą być w niej zastąpieni i na ile w ogóle wyrażają chęć zmniejszenia czasu przeznaczonego na opiekę.

Analiza dotyczy osób ubezpieczonych w ZUS, zarówno płacących składki jak i świadczeniobiorców. Ponadto, tam gdzie liczebności są wystarczające, przedstawiono podstawowy rozkład dla osób ubezpieczonych w KRUS.

Ze względu na fakt, że liczba mężczyzn ubezpieczonych w ZUS, którzy w ostatnim roku sprawowali opiekę jest niewielka, a ich udział w próbie wyniósł 24%, analiza rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania według cech społecz-

no-demograficznych przeprowadzona zostanie głównie dla kobiet. Jedynie tam, gdzie liczebności na to pozwolą, podane zostaną wartości odpowiednich wskaźników także dla mężczyzn. Natomiast dla ubezpieczonych w KRUS podstawowy rozkład zostanie podany jedynie dla kobiet.

Częstotliwość świadczenia opieki

Osoby świadczące opiekę (ubezpieczone w ZUS) w ostatnim roku w przeważającej mierze czyniły to codziennie (kobiety 55%, mężczyźni 51%) lub kilka razy w tygodniu (kobiety 27%, mężczyźni 31%). Sprawowanie opieki ma więc charakter ciągły. Analogicznie, 61% kobiet ubezpieczonych w KRUS sprawuje opiekę codziennie, a 22% – kilka razy w tygodniu.

Nie zaobserwowano zróżnicowania odpowiedzi kobiet ubezpieczonych w ZUS, dotyczących częstotliwości sprawowania opieki ze względu na miejsce zamieszkania. Należy jedynie zaznaczyć, że kobiety zamieszkujące miasta stosunkowo rzadziej wskazywały na konieczność sprawowania codziennej opieki (54–55% w porównaniu z 59%). Wśród mężczyzn ubezpieczonych w ZUS sytuacja była odwrotna – mieszkańcy miast stosunkowo częściej wskazywali na konieczność sprawowania codziennej opieki niż mieszkańcy wsi (51–52% w porównaniu z 48%), ale za to mieszkańcy miast rzadziej niż mieszkańcy wsi wskazywali na opiekę kilka razy w tygodniu (29–31% w porównaniu z 36%). Większy odsetek mężczyzn mieszkających na wsi, którzy sprawowali opiekę kilka razy w tygodniu świadczyć może o tym, że na wsiach obowiązek sprawowania opieki jest dzielony pomiędzy członków rodziny.

Zróżnicowanie częstotliwości opieki według poziomu wykształcenia respondentów ubezpieczonych w ZUS jest stosunkowo duże. Osoby z wykształceniem wyższym częściej wskazują na opiekę kilka razy w tygodniu, a rzadziej na opiekę codzienną niż osoby o innych poziomach wykształcenia (kobiety: 35% i 46% w porównaniu do 26% i 55% dla wykształcenia średniego, 26% i 61% dla wykształcenia zasadniczego zawodowego oraz 28% i 53% dla wykształcenia co najwyżej zasadniczego zawodowego).

Co zaskakujące, status na rynku pracy dla osób ubezpieczonych w ZUS nie jest czynnikiem różnicującym częstotliwość sprawowania opieki codziennej – dla kobiet pracujących poza rolnictwem oraz dla biernych zawodowo wskaźnik wyniósł 55%; dwukrotnie rzadziej sprawowały opiekę kilka razy w tygodniu (27% kobiet pracujących poza rolnictwem i 26% biernych zawodowo). Wśród mężczyzn udziały zaangażowanych w opiekę są niemal identyczne dla pracujących jak i biernych zawodowo: 51% sprawuje opiekę codziennie, a 31% kilka razy w tygodniu. Praca zawodowa nie jest zatem czynnikiem wpływającym na częstotliwość sprawowania opieki.

Na opiekę codzienną znacznie częściej wskazywały kobiety ubezpieczone w ZUS, żyjące w gospodarstwach wieloosobowych (bez partnera lub z partnerem) – 64–65% wobec 20–22% wskazań na opiekę kilka razy w tygodniu. Kobiety

z gospodarstw jednoosobowych rzadziej były zaangażowane w opiekę codzienną (30%) niż w opiekę sprawowaną kilka razy w tygodniu (41%). Dla gospodarstw dwuosobowych (respondent i partner) udziały te wynosiły odpowiednio 45% i 34%. Tak znaczne różnice pomiędzy respondentami z poszczególnych typów gospodarstw wynikają najprawdopodobniej z tego, że w gospodarstwach wieloosobowych, gdzie odsetek osób sprawujących opiekę był tak wysoki, osobami potrzebującymi opieki były inne osoby z gospodarstwa domowego, a więc osoby wspólnie zamieszkujące z respondentem. Z tego względu opieka codzienna w tych gospodarstwach jest dominująca.

Kobiety ubezpieczone w ZUS, oceniające swoje dochody jako o wiele za niskie w stosunku do potrzeb częściej wskazują częściej na opiekę codzienną, a rzadziej na opiekę kilka razy w tygodniu (59% i 23%) niż kobiety oceniające swoje dochody jako wystarczające (54% i 30%).

Wymiar godzinowy świadczenia opieki

Analiza czasu sprawowania opieki zostanie przeprowadzona odrębnie dla opieki nad dziećmi oraz osobami dorosłymi.

Wśród ubezpieczonych w ZUS 33% kobiet i 39% mężczyzn przeznaczało do 10 godzin na opiekę nad dziećmi w gospodarstwie domowym i poza nim, zaś 37% kobiet oraz 39% mężczyzn poświęcało od 11 do 30 godzin tygodniowo. Pozostali respondenci (tj. 29% kobiet i 21% mężczyzn) sprawowali opiekę nad dziećmi dłużej niż 30 godzin tygodniowo. Należy jednak pamiętać, że ankietowane były osoby starsze, dla których opieka nad dziećmi przyjmowała głównie formę opieki nad wnukami. Główny ciężar opieki nad dziećmi podejmowali ich rodzice, a opieka dziadków była uzupełnieniem opieki rodziców. Kobiety częściej niż mężczyźni świadczą opiekę w wymiarze powyżej 30 godzin, a rzadziej opiekują się w wymiarze do 10 godzin.

Wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS rozkład odpowiedzi jest analogiczny: 33% wskazało na opiekę w wymiarze do 10 godzin tygodniowo, 37% na opiekę w wymiarze od 11 do 30 godzin, a 29% na powyżej 30 godzin tygodniowo.

Analiza czasu przeznaczonego na opiekę nad dziećmi według cech respondentów poprowadzona zostanie dla kobiet ubezpieczonych w ZUS.

Mieszkanki wsi częściej niż mieszkanki miast wskazują na opiekę do 10 godzin (42% w porównaniu z 37% kobiet z miast liczących powyżej 100 tys. mieszkańców oraz 25% z miast liczących do 100 tys. mieszkańców). Mieszkanki dużych miast, podobnie jak mieszkanki wsi, częściej niż kobiety z miast średnich i małych wskazują na opiekę do 10 godzin. Wydaje się, że można to interpretować następująco: charakter działalności gospodarczej prowadzonej na wsiach sprawia, że rodzice sami są w stanie zapewnić opiekę dzieciom, a pomoc dziadków ma tylko charakter doraźny, uzupełniający; silniej efekt ten jest zauważalny dla mężczyzn. W dużych miastach rodzice dysponują średnio większym dochodem i możliwościami zapewnienia opieki we własnym zakresie, więc zaangażowanie

dziadków w większym wymiarze godzin jest mniej potrzebne niż w mniejszych miastach. Ponadto, dziadkowie stosunkowo częściej jeszcze sami pracują. Nie zanotowano większych różnic w przypadku opieki nad dziećmi sprawowanej przez kobiety w wymiarze od 11 do 30 godzin – 34% mieszkanek miast i 31% mieszkanek wsi wskazało na ten wariant.

Wraz ze wzrostem wykształcenia rosną wskazania na opiekę sprawowaną do 10 godzin tygodniowo, a maleją na opiekę w wymiarze powyżej 30 godzin tygodniowo. Na opiekę sprawowaną do 10 godzin wskazało 28% kobiet z wykształceniem podstawowym, 29% z zasadniczym zawodowym, 36% z średnim i 39% z wyższym, natomiast odsetki kobiet sprawujących opiekę w wymiarze powyżej 30 godzin rozkładają się odpowiednio: 33%, 30%, 28%, 28%. Udział kobiet sprawujących opiekę w wymiarze od 11 do 30 godzin waha się od 33% (wyższe) do 41% (zasadnicze zawodowe). Kobiety o wyższym poziomie wykształcenia są bardziej aktywne zawodowo i przez to mają bardziej ograniczony czas, który mogą przeznaczyć na opiekę nad wnukami, w porównaniu z osobami o niższym wykształceniu.

Powyższe spostrzeżenia potwierdzają wyniki analizy według statusu na rynku pracy respondentki: 38% kobiet pracujących zawodowo poza rolnictwem opiekuje się małymi dziećmi w wymiarze do 10 godzin tygodniowo w porównaniu z 30% biernych zawodowo kobiet, 43% pracujących w porównaniu z 37% biernych zawodowo sprawuje opiekę w wymiarze 11–30 godzin oraz 20% pracujących kobiet w porównaniu z 33% biernych – w wymiarze powyżej 30 godzin tygodniowo.

Kobiety oceniające swoje dochody jako wystarczające do zaspokojenia swych potrzeb zdecydowanie częściej wskazywały na najmniejszy wymiar czasu przeznaczonego na opiekę nad dziećmi w porównaniu z osobami oceniającymi swoje dochody jako nieco lub o wiele za niskie w stosunku do potrzeb (40% wobec 30%). Relacja odwrotna dotyczy opieki powyżej 30 godzin: 27% kobiet oceniających swoje dochody jako wystarczające wskazała na tę formę opieki w porównaniu z 33% osób oceniających swoje dochody jako nieco za niskie i 30% jako o wiele za niskie. Zależności te potwierdza także rozkład według kwotowo wyznaczonych dochodów. Osoby o wyższych dochodach częściej czerpią je z pracy, a więc ich możliwości sprawowania opieki w większym wymiarze czasu są bardziej ograniczone.

Trudno wykazać wyraźną prawidłowość zmian czasu opieki nad dziećmi według sytuacji rodzinnej respondentki. Zdecydowanie bardziej różnicuje odpowiedź fakt obecności w gospodarstwie domowym dzieci do 14. roku życia: 38% kobiet żyjących w gospodarstwach bez dzieci deklaruje, że na opiekę nad dziećmi (w tym wypadku spoza gospodarstw) poświęca do 10 godzin tygodniowo w porównaniu z 20% kobiet żyjących w gospodarstwach z dziećmi. Odwrotna zależność występuje dla czasu opieki powyżej 30 godzin: 25% kobiet w gospodarstwach bez dzieci wskazuje na opiekę w porównaniu z 43% kobiet w gospodarstwach

z dziećmi. Na opiekę w wymiarze 10–30 godzin wskazało 37% kobiet niezależnie od tego, czy w gospodarstwie były dzieci czy nie. Generalnie, obecność dzieci w gospodarstwie domowym wpływa istotnie na ilość czasu poświęconego na opiekę nad dziećmi. W gospodarstwach bez dzieci sprawowana opieka ma krótszy wymiar czasowy i jest zapewne sprawowana w formie dochodzącej w porównaniu z opieką świadczoną przez kobiety, w gospodarstwach których są dzieci.

Analiza czasu poświęconego na opiekę nad dorosłymi wymagającymi opieki, którzy pozostają w tym samym gospodarstwie lub poza nim przez osoby ubezpieczone w ZUS, pokazuje, że płeć nie różnicuje rozkładu czasu opieki. Do 10 godzin tygodniowo przeznaczają na opiekę 39% kobiet i 38% mężczyzn, 33% kobiet i mężczyzn – od 11 do 30 godzin, a 28% kobiet i 29% mężczyzn – powyżej 30 godzin tygodniowo. Rozkład czasu przeznaczanego na opiekę nad dorosłymi jest zbliżony do rozkładu czasu przeznaczanego na opiekę nad dziećmi, ale bardziej równomierny. Najczęściej jest świadczona opieka w najmniejszym wymiarze czasu.

Kobiety ubezpieczone w KRUS wskazują na analogiczny rozkład czasu przeznaczanego na opiekę nad osobami dorosłymi: 39% sprawuje opiekę w wymiarze do 10 godzin, 30% – w wymiarze od 11 do 30 godzin, a 31% – powyżej 30 godzin w tygodniu.

Wraz ze wzrostem wielkości miejscowości zamieszkania rośnie odsetek kobiet ubezpieczonych w ZUS, które opiekują się dorosłymi powyżej 30 godzin tygodniowo (dla wsi odsetek ten wynosi 22%, dla miast 29–30%), maleje zaś odsetek wskazań na opiekę w najkrótszym wymiarze, tj. do 10 godzin tygodniowo (dla wsi odsetek ten wynosi 42%, dla małych i średnich miast 40%, a dla dużych – 37%). Może to być, między innymi, związane z tym, że kobiety zamieszkujące miasta to częściej osoby biernie zawodowo, które w większym stopniu mogą więcej czasu przeznaczyć na opiekę niż mieszkanki wsi prowadzące gospodarstwa lub pomagające w nich.

Podobnie jak w analizie czasu opieki nad dziećmi w zależności od wykształcenia, opieka nad osobami dorosłymi świadczona przez kobiety z wykształceniem wyższym ubezpieczone w ZUS częściej niż w przypadku kobiet o innym poziomie wykształcenia przybiera wymiar do 10 godzin tygodniowo (45% w porównaniu z 40% dla kobiet z wykształceniem średnim i co najwyżej podstawowym oraz 32% w przypadku kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym). Odwrotnie jest w przypadku opieki świadczonej w największym wymiarze czasu, tj. powyżej 30 godzin tygodniowo – odsetek kobiet z wykształceniem wyższym sprawujących opiekę w tym wymiarze wynosi 24% w porównaniu z 27% dla kobiet z wykształceniem średnim oraz 29% z wykształceniem co najwyżej podstawowym oraz 31% – z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Dla osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym rozkład czasu poświęconego na sprawowanie opieki nad dorosłymi jest najbliższy symetrycznemu.

Analogicznie jak w analizie opieki nad dziećmi, powyższe zależności potwierdza analiza według statusu na rynku pracy respondentki ubezpieczonej w ZUS. Kobiety pracujące poza rolnictwem częściej niż kobiety biernie zawodowo sprawują opiekę nad osobami dorosłymi w wymiarze do 10 godzin tygodniowo (40% wobec 36%) oraz w wymiarze od 11 do 30 godzin (37% wobec 30%). Natomiast na wariant opieki w wymiarze powyżej 30 godzin wskazało 24% pracujących w porównaniu z 34% biernych zawodowo kobiet.

Wraz ze wzrostem oceny własnych dochodów rośnie odsetek kobiet ubezpieczonych w ZUS wskazujących na opiekę do 10 godzin, a spada udział osób świadczących opiekę w wymiarze powyżej 30 godzin tygodniowo. Do 10 godzin tygodniowo przeznaczają na opiekę 32% kobiet oceniających swoje dochody jako zdecydowanie niewystarczające, 42% kobiet oceniających swoje dochody jako nieco za niskie w stosunku do potrzeb oraz 46% kobiet oceniających swoje dochody jako wystarczające w stosunku do potrzeb. Opieka w wymiarze powyżej 30 godzin tygodniowo została wskazana przez 19% kobiet oceniających swoje dochody jako wystarczające, 27% kobiet oceniających swoje dochody jako nieco za niskie oraz 35% osób oceniających je jako zdecydowanie za niskie. Powyższe spostrzeżenia potwierdza także analiza według obiektywnej (kwotowej) oceny dochodów. Podobnie, jak w przypadku opieki nad dziećmi wynika to z faktu, że osoby lepiej zarabiające czerpią swoje dochody głównie z pracy, co sprawia, że czas przeznaczony na opiekę tygodniowo jest mniejszy.

Dla rozkładu czasu opieki nad osobami dorosłymi według sytuacji rodzinnej respondenta wyraźne różnice występują w gospodarstwach domowych respondentek ubezpieczonych w ZUS, żyjących z partnerami. W gospodarstwach dwuosobowych (respondent i partner) opieka jest najprawdopodobniej sprawowana w formie dochodzącej i jest krótkotrwała. Około 46% kobiet żyjących w tym typie gospodarstwa domowego poświęca do 10 godzin tygodniowo na opiekę nad osobami dorosłymi w porównaniu z 34% kobiet żyjących w gospodarstwach z partnerem i innymi osobami. Natomiast 30% kobiet z dwuosobowych gospodarstw domowych w porównaniu z 39% kobiet z gospodarstw domowych z partnerem i innymi osobami sprawuje opiekę w wymiarze od 11 do 30 godzin, a opieka w wymiarze powyżej 30 godzin jest rzadziej sprawowana przez kobiety z gospodarstw dwuosobowych niż kobiety z gospodarstw z partnerem i innymi osobami (23% w porównaniu z 27%). Można zatem sądzić, że osobą potrzebującą opieki w gospodarstwach z partnerem jest częściej osoba spoza gospodarstwa, natomiast w przypadku kobiet żyjących w gospodarstwach z partnerem i innymi osobami opieka wewnętrzna świadczona w ramach jednego gospodarstwa domowego ma większe znaczenie. Dla pozostałych typów gospodarstw tj. jednoosobowych oraz gospodarstw bez partnera respondenta, ale z innymi osobami, około 40% kobiet sprawuje opiekę w wymiarze do 10 godzin. Odsetek kobiet z gospodarstw jednoosobowych sprawujących opiekę powyżej 30 godzin wynosi 25% w porównaniu z 35% kobiet z gospodarstw bez partnera, ale z innymi osobami, zaś sprawujących

opiekę w wymiarze od 11 godzin do 30–35% w porównaniu z 25% kobiet z gospodarstw wieloosobowych bez partnera. Można także sadzić, że w gospodarstwach bez partnera, ale z innymi osobami opieka w znacznym stopniu ma charakter wewnętrzny.

Powyższe wnioski potwierdza analiza czasu opieki ze względu na to, czy w gospodarstwie domowym respondentek ubezpieczonych w ZUS występują osoby dorosłe potrzebujące opieki czy nie. W gospodarstwach z osobami dorosłymi w wieku 15–64 lata wymagającymi opieki świadczona opieka ma w większym stopniu charakter długotrwały – 32% kobiet sprawuje opiekę w wymiarze do 10 godzin, 31% w wymiarze od 11 do 30 godzin, a 38% w wymiarze powyżej 30 godzin. Natomiast kobiety, które nie posiadają w gospodarstwach domowych osób w wieku 15–64 lata wymagających opieki, w 42% sprawują opiekę do 10 godzin tygodniowo, w 35% – od 11 do 30 godzin, a 24% powyżej 30 godzin. Analogiczne zależności, choć już nie tak silne, występują dla gospodarstw domowych, w których znajdują się osoby wymagające opieki w wieku powyżej 65 lat oraz powyżej 80. roku życia. W gospodarstwach, w których występują osoby powyżej 65. roku życia wymagające opieki, kobiety częściej świadczą opiekę w dłuższym wymiarze czasu niż kobiety z gospodarstw bez takich osób. Do 10 godzin przeznacza na opiekę 36% kobiet z pierwszej grupy gospodarstw oraz 40% kobiet z drugiej grupy, od 11 do 30 godzin odpowiednio 32% i 34%, a powyżej 30 godzin odpowiednio 32% oraz 25%. Obecność w gospodarstwach domowych osób powyżej 80. roku życia wymagających opieki jedynie nieznacznie zmienia rozkład czasu poświęcony na opiekę nad osobami w tym wieku. Około 38–39% kobiet zarówno posiadających w swych gospodarstwach domowych osoby powyżej 80. roku życia wymagające opieki, jak i nieposiadających, sprawuje opiekę do 10 godzin tygodniowo, 30% kobiet posiadających osoby powyżej 80. roku życia wymagające opieki w porównaniu z 34% kobiet bez takich osób poświęca na opiekę od 11 do 30 godzin tygodniowo. 33% kobiet posiadających w swoich gospodarstwach domowych osoby powyżej 80. roku życia wymagające opieki w porównaniu z 26% kobiet nieposiadających w gospodarstwach domowych takich osób, sprawuje opiekę w wymiarze powyżej 30 godzin tygodniowo. Osoby w wieku 15–64 lata oraz powyżej 65. roku życia (choć w mniejszym stopniu) wymagające opieki i przebywające w gospodarstwach domowych respondentek, to głównie partnerzy i dorosłe dzieci wymagające opieki, dla których respondentki są podstawowymi opiekunkami.

Podsumowaniem rozważań dotyczących czasowego wymiaru sprawowania opieki jest analiza średniego czasu przeznaczonego na opiekę nad dziećmi i osobami dorosłymi (Tabela 4.3-1 i 4.3-2). Nie zaobserwowano istotnych różnic w średnim czasie przeznaczonym na opiekę nad dziećmi i dorosłymi według rodzaju ubezpieczenia i płci respondenta, co potwierdza spostrzeżenia poczynione powyżej. Kobiety ubezpieczone zarówno w ZUS, jak i w KRUS tygodniowo przeznaczają średnio około 21 godzin na opiekę nad dziećmi w porównaniu z około

18 godzinami dla mężczyzn ubezpieczonych w ZUS. Opieka nad osobami dorosłymi zabiera około 20–21 godzin tygodniowo, zarówno kobietom i mężczyznom ubezpieczonym w ZUS, jak i kobietom ubezpieczonym w KRUS.

Tabela 4.3.-1. Średni czas opieki w tygodniu nad dziećmi i dorosłymi według płci i rodzaju ubezpieczenia

Rodzaj ubezpieczenia / płeć*	Średni czas opieki nad dziećmi	Średni czas opieki nad dorosłymi
Kobiety ubezpieczone w ZUS	20,6	20,3
Mężczyźni ubezpieczeni w ZUS	18,2	20,2
Kobiety ubezpieczone w KRUS	21,2	20,8

* nie wyznaczono średniego czasu opieki dla mężczyzn ubezpieczonych w KRUS, ze względu na niewystarczającą liczebność

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Tabela 4.3.-2. Średni czas opieki w tygodniu nad dziećmi i dorosłymi dla kobiet ubezpieczonych w ZUS według wybranych cech respondentki

Ogółem	Średni czas opieki nad dziećmi	Średni czas opieki nad dorosłymi
Klasa miejscowości zamieszkania		
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	19,8	20,6
miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	22,4	20,5
wieś	18,6	18,5
Wykształcenie		
podstawowe, gimnazjalne lub bez wykształcenia	22,3	21,0
zasadnicze zawodowe	21,0	21,6
średnie ogólnokształcące lub średnie zawodowe	19,9	20,0
wyższe	19,6	18,0
Aktualny status na rynku pracy		
praca poza rolnictwem indywidualnym	17,5	18,7
praca w rolnictwie indywidualnym	*	*
bezrobotny	*	*
bierny	21,9	22,2

Ogółem	Średni czas opieki nad dziećmi	Średni czas opieki nad dorosłymi
Sytuacja rodzinna respondenta		
gospodarstwo jednoosobowe	18,5	19,2
respondent bez partnera i inne osoby	23,8	21,9
gospodarstwo dwuosobowe – respondent i partner	19,6	18,4
respondent i partner oraz inne osoby	21,0	20,7
Subiektywna ocena wysokości dochodów		
o wiele za niskie w stosunku do potrzeb	21,8	22,8
nieco za niskie w stosunku do potrzeb	21,5	19,2
wystarczające na zaspokojenie potrzeb	19,0	17,3
nieco powyżej potrzeb gosp. dom.	*	*
wyraźnie wyższe niż potrzeby gosp. dom.	*	*
nie umiem ocenić	*	*

* nie wyznaczono, ze względu na niewystarczające liczebności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z badania „Sprawowanie opieki i świadczenia społeczne jako bariery aktywności zawodowej kobiet oraz osób w starszym wieku produkcyjnym”.

Szczegółowa analiza średniego czasu poświęconego na opiekę nad dziećmi jest potwierdzeniem wniosków i spostrzeżeń formułowanych na podstawie analiz łącznego rozkładu czasu opieki nad dziećmi oraz charakterystyk respondentki. Kobiety ubezpieczone w ZUS i mieszkające na wsi przeznaczają średnio mniej czasu na opiekę nad dziećmi niż mieszkanki miast. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia maleje średni czas przeznaczony na opiekę nad dziećmi. Kobiety bierne zawodowo przeznaczają średnio o 4,5 godziny więcej tygodniowo na opiekę nad dziećmi w porównaniu z kobietami pracującymi zawodowo. Wyraźnie mniej czasu na opiekę nad dziećmi tygodniowo przeznaczają kobiety zamieszkujące gospodarstwa jednoosobowe, dwuosobowe, wieloosobowe z partnerem niż wieloosobowe bez partnera. Kobiety oceniające swoje dochody jako wystarczające średnio mniej czasu poświęcają tygodniowo na opiekę nad dorosłymi w porównaniu z kobietami oceniającymi swoje dochody jako nieco za niskie oraz o wiele za niskie w stosunku do potrzeb.

Podobnie jak w przypadku dzieci, analiza średniego czasu przeznaczonego tygodniowo na opiekę nad dorosłymi potwierdza prawidłowości zaobserwowane dla łącznego rozkładu czasu oraz charakterystyk respondentki. Kobiety ubezpieczone w ZUS zamieszkujące miasta więcej czasu poświęcały na opiekę nad dorosłymi w tygodniu w porównaniu z mieszkankami wsi. Wraz ze wzrostem wykształcenia maleje ilość godzin przeznaczonych na opiekę nad dorosłymi. Kobiety

bierne zawodowo przeznaczały średnio około 3 godziny tygodniowo więcej na opiekę nad dorosłymi niż kobiety pracujące. Respondentki z gospodarstw jednoosobowych i dwuosobowych nieco mniej czasu spędzały opiekując się dorosłymi, w porównaniu z kobietami z gospodarstw wieloosobowych. Średni tygodniowy czas opieki kobiet oceniających swoje dochody jako wystarczające w stosunku do potrzeb był niższy od czasu opieki kobiet, które oceniały swoje dochody jako nieco za niskie oraz jako zdecydowanie za niskie w stosunku do potrzeb.

Podsumowując, ilość czasu przeznaczanego na opiekę nad dziećmi i dorosłymi jest silnie determinowana przez obecność w gospodarstwie domowym osób, nad którymi sprawowana jest opieka. Na opiekę wewnątrz gospodarstwa domowego przeznaczają się więcej czasu, w szczególności w przypadku opieki nad osobami dorosłymi. Respondenci opiekujący się małymi dziećmi w gospodarstwach domowych to w większości przypadków dziadkowie. Opieka dziadków ma częściej charakter uzupełniający i zewnętrzny. Fakt wykonywania pracy silnie wpływa na czas przeznaczony na opiekę – osoby pracujące o wyższym poziomie wykształcenia oraz wyższym poziomie dochodów mniej czasu przeznaczają na opiekę. Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast poświęcają mniejszą ilość czasu na opiekę. Pomimo tego, że sprawowana opieka w przeważającej mierze ma charakter ciągły, czyli ma miejsce codziennie lub kilka razy w tygodniu, to znaczna część osób przeznaczając na opiekę do 10 godzin tygodniowo, co sugeruje dzielenie się obowiązkami opiekuńczymi w gospodarstwie domowym lub szerzej między osobami spokrewnionymi.

Elastyczność świadczenia opieki

Analiza zakresu elastyczności podczas sprawowania opieki została dokonana na podstawie pytania, czy pora dnia i dzień tygodnia, w których respondent sprawował opiekę mogły być ustalane stosownie do jego potrzeb. Nieco więcej niż połowa respondentów ubezpieczonych w ZUS odpowiedziała (56% kobiet i 55% mężczyzn), że pora dnia lub dzień sprawowania opieki był dostosowany do ich potrzeb. Dla około jednej trzeciej mężczyzn sprawowanie opieki nie było elastyczne. Co dziesiąta osoba nie była w stanie określić, czy sprawowanie opieki było dostosowane do jej potrzeb. Dość zbliżony był rozkład kobiet ubezpieczonych w KRUS – 51% wskazało, że opieka była dostosowana do ich potrzeb, 39% wskazało na nieelastyczność, a 10% nie potrafiło tego określić. Dalsza analiza według cech społeczno-demograficznych i ekonomicznych dotyczy niedostosowania opieki do potrzeb respondentów.

Dalszej analizie według cech respondentów poddane zostaną jedynie osoby ubezpieczone w ZUS.

Na niedostosowanie opieki do potrzeb osób ją sprawujących częściej wskazywali mieszkańcy wsi (kobiety: 37%, mężczyźni: 36%) i miast do 100 tys. mieszkańców (35% zarówno kobiety, jak i mężczyźni), w porównaniu z mieszkańcami miast powyżej 100 tys. mieszkańców (kobiety 32%, mężczyźni 30%).

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia maleje częstość wskazań na niedostosowanie opieki do potrzeb osób ją sprawujących. Dla osób z wykształceniem wyższym odsetek wskazań na nieelastyczność sprawowania opieki wyniósł 29% dla kobiet i mężczyzn, w porównaniu z 31% dla kobiet i 35% dla mężczyzn legitymujących się wykształceniem średnim, 40% dla kobiet i 30% dla mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz 40% dla kobiet i 41% dla mężczyzn z wykształceniem podstawowym.

Dość zaskakujące jest to, że osoby pracujące rzadziej wskazują na niedostosowanie opieki do ich potrzeb (kobiety: 27%, mężczyźni: 31%) w porównaniu z osobami biernymi zawodowo (kobiety: 39%, mężczyźni: 35%). Najprawdopodobniej obowiązki opiekuńcze ustalane są w pierwszej kolejności stosownie do potrzeb osób pracujących.

Kobiety z jednoosobowych gospodarstw domowych najslabiej odczuwają niedostosowanie sprawowania opieki – odsetek wskazujących na niedostosowanie jest najmniejszy i wynosi 28% w porównaniu z kobietami żyjącymi w innych typach gospodarstw: respondent bez partnera i inne osoby – 37%, respondent z partnerem 33%, respondent, partner i inne osoby – 37%. Jak się wydaje, można to tłumaczyć tym, że kobiety z jednoosobowych gospodarstw domowych są opiekunkami dochodzącymi, które mają większą możliwość ustalania dni lub pory dnia przeznaczonych na opiekę.

Warto także zaznaczyć, że wśród kobiet oceniających swoje dochody jako wystarczające do potrzeb, odsetek wskazań na nieelastyczność sprawowania opieki jest najmniejszy i wynosi około 30% w porównaniu do 36–37% kobiet oceniających swoje dochody jako zdecydowanie niewystarczające lub nieco niewystarczające.

Podsumowując, co trzecia osoba świadcząca opiekę w ciągu ostatniego roku wskazała, że opieka ta nie była dostosowana do jej potrzeb, jeśli chodzi o dni tygodnia czy pory dnia. Uwzględniając zatem fakt, że opieka miała głównie charakter ciągły (codziennie lub kilka razy w tygodniu), można uznać, że osoby sprawujące opiekę są stosunkowo często w stanie dopasować sprawowanie opieki do swoich potrzeb.

Chęć i sposoby ograniczania czasu przeznaczonego na opiekę

Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące chęci zmniejszenia czasu poświęconego na opiekę (gdyby to było możliwe) potwierdza powyższy wniosek o dostosowaniu opieki do potrzeb osób ją sprawujących: zaledwie 10% mężczyzn i 15% kobiet sprawujących opiekę chce ograniczenia czasu poświęconego na opiekę, a 78% mężczyzn i 76% kobiet nie chce tego, a blisko co dziesiąta osoba sprawująca opiekę nie miała zdania na ten temat. Większość osób nie chce zatem ograniczenia czasu poświęconego na opiekę, co może wynikać z deklarowanych powodów jej sprawowania. Zarówno 31% kobiet jak i mężczyzn podało, że najważniejszym powodem jest miłość i przywiązanie do osoby, nad którą sprawują

opiekę, a 30% kobiet i mężczyzn wskazało na poczucie obowiązku. Opieka daje satysfakcję 13% kobiet i 14% mężczyzn, zaś 9% kobiet i 8% odpowiedziało, że są na emeryturze i mają sporo wolnego czasu, który mogą poświęcić na opiekę. Wymienione wyżej trzy najczęściej wskazane powody (miłość i przywiązanie oraz poczucie obowiązku, satysfakcja z opieki) znacznie ograniczają chęć do zmniejszenia czasu poświęconego na opiekę.

Dla kobiet ubezpieczonych w KRUS i sprawujących opiekę rozkład odpowiedzi jest zbliżony: 12% kobiet wskazuje, że chciałaby ograniczyć czas przeznaczony na opiekę, podczas gdy 78% nie chce tego, a co dziesiąta kobieta nie ma zdania na ten temat.

Dalszej analizie poddane zostaną jedynie kobiety ubezpieczone w ZUS.

Wraz ze wzrostem wielkości miejscowości zamieszkania wzrasta nieco odsetek kobiet wskazujących na chęć ograniczenia czasu przeznaczonego na opiekę: 16% mieszanek miast powyżej 100 tys. mieszkańców, 14% mieszanek miast do 100 tys. mieszkańców oraz 11% mieszanek wsi potwierdziło chęć ograniczenia czasu przeznaczonego na opiekę.

Wykształcenie nie różnicuje odpowiedzi. Za ograniczeniem czasu przeznaczonego na opiekę opowiedziało się 13% kobiet z wykształceniem wyższym w porównaniu z 15% kobiet z wykształceniem co najwyżej podstawowym.

Status na rynku pracy wyraźnie wpływa na chęć zmniejszenia czasu opieki, ale przeciwnie do naszych oczekiwań – 12% pracujących kobiet wyraziło chęć ograniczenia czasu na opiekę w porównaniu z 17% kobiet biernych zawodowo. Ten zaskakujący wynik może wiązać się z tym, że kobiety bierne zawodowo częściej przeznaczają więcej czasu na opiekę (średnio około 22 godziny na opiekę nad dziećmi i 22,5 godziny na opiekę nad dorosłymi) w porównaniu z kobietami pracującymi (średnio 17,5 godziny na opiekę nad dziećmi i 18,7 godzin na opiekę nad dorosłymi). Od kobiet pracujących oczekuje się zapewne mniejszego zaangażowania w opiekę w porównaniu z osobami biernymi zawodowo. Ponadto, do tego może przyczyniać się też to, że osoby pracujące często charakteryzują się lepszą organizacją czasu, co pozwala im łączyć pracę z innymi rodzajami aktywności.

Sytuacja rodzinna także determinuje chęć ograniczenia czasu na opiekę – najmniejszą wykazywały kobiety zamieszkujące jednoosobowe gospodarstwa domowe (7%), zaś 11% kobiet tworzących wraz z partnerem gospodarstwo domowe wyraziło chęć ograniczenia czasu przeznaczonego na opiekę w porównaniu z 17% kobiet w gospodarstwach domowych z innymi osobami, ale bez partnera oraz z 18% kobiet wieloosobowych gospodarstwach domowych z partnerem. Wynik ten, jak się zdaje, zależy od formy opieki oraz czasu jej sprawowania. Można przypuszczać, że kobiety z jednoosobowych i dwuosobowych gospodarstw świadczą opiekę dla osób spoza gospodarstwa.

Warto także dodać, że kobiety oceniające swoje dochody jako o wiele za niskie w stosunku do potrzeb częściej wskazują na chęć ograniczenia czasu przeznaczanego na opiekę (18%) w porównaniu z osobami oceniającymi swoje

dochody jako nieco poniżej potrzeb (11%) lub jako niewystarczające (11%). W pierwszej grupie opieka może zatem utrudniać pozyskiwanie dochodów w celu poprawy sytuacji materialnej.

Podsumowując, niewielka część kobiet ubezpieczonych w ZUS sprawujących opiekę chciałaby ograniczyć czas poświęcony na jej sprawowanie. Za ograniczaniem czasu opieki opowiadają się częściej kobiety bierne zawodowo, mieszkanki małych gospodarstw domowych, a także kobiety oceniające swoje dochody jako zdecydowanie niewystarczające.

Respondentów, którzy wyrazili chęć ograniczenia czasu przeznaczonego na opiekę, pytano o sposób ograniczenia zaangażowania w opiekę. Respondenci mogli wskazać na opiekunkę, placówkę opieki, wyspecjalizowaną instytucję pozarządową, innych członków rodziny czy sąsiadów i znajomych. Wśród kobiet ubezpieczonych w ZUS 39% wybrało opiekunkę, 32% – placówkę opieki, a 36% – wyspecjalizowaną organizację pozarządową. Jednak wciąż dominują członkowie rodziny (78%) jako opiekunowie, natomiast znajomi i sąsiedzi wskazywani byli stosunkowo najrzadziej (23%).

Kobiety, które wykazały chęć ograniczenia czasu przeznaczonego na opiekę, są bardziej skłonne odwoływać się do opieki zewnętrznej jako sposobu zmniejszenia ich zaangażowania w sprawowanie opieki, niemniej jednak wciąż dominują wskazania na innych członków rodziny.

Sposoby spędzenia czasu zaoszczędzonego na opiece

Na pytanie o wykorzystanie czasu zaoszczędzonego na opiece, respondenci ubezpieczeni w ZUS stosunkowo rzadko podawali pracę zarobkową (19% kobiet i mężczyzn) tym bardziej, że respondent mógł zaznaczyć więcej niż jedną możliwość. Ma to duże znaczenie szczególnie w kontekście tworzenia warunków do korzystania z opieki zewnętrznej jako jednego ze sposobów zwiększenia aktywności zawodowej osób starszych, a zwłaszcza kobiet. Respondenci najczęściej wskazywali wypoczynek (69% kobiet i 71% mężczyzn), własne zainteresowania, hobby, kontakty ze znajomymi (58% kobiet i 65% mężczyzn), prace domowe (55% kobiet i 48% mężczyzn). Jedynie 9% kobiet i 8% mężczyzn wskazało, że zajęliby się opieką nad inną osobą i pomocą rodzinie. Tylko 5% kobiet wskazało na doksztalcenie się; dla mężczyzn takie wskazania w zasadzie nie występują. Ze względu na cel niniejszego badania, dalszej analizie według cech społeczno-demograficznych i ekonomicznych zostaną poddane wskazania na pracę zarobkową.

Warto także zaznaczyć, że zaledwie 11% kobiet ubezpieczonych w KRUS wskazało na pracę zarobkową, co jest wynikiem rodzaju działalności prowadzonej przez osoby tam ubezpieczone, tj. pracy na własny rachunek w gospodarstwie rolnym. Najwięcej kobiet wskazało na wypoczynek (67%), na prace domowe (67%), na hobby, kontakty ze znajomymi (48%), a 12% na opiekę nad innymi. W przypadku ubezpieczonych w ZUS, podobnie jak w KRUS, odsetek wskazań na pracę w przypadku braku konieczności sprawowania opieki jest stosunkowo niewielki.

Odpowiedzi dotyczące sposobów spędzania czasu zaoszczędzonego na opiece zostały scharakteryzowane dla kobiet ubezpieczonych w ZUS.

Wraz ze wzrostem wielkości miejscowości rośnie odsetek wskazań na pracę zarobkową, od 14% dla kobiet na wsiach, przez 18% w miastach do 100 tys. mieszkańców, do 24% dla mieszkanki miast powyżej 100 tys. mieszkańców.

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rosną też wskazania kobiet na pracę zarobkową – od 18% dla wykształcenia podstawowego przez 19–20% dla zasadniczego zawodowego i średniego – do 23% dla wykształcenia wyższego.

Kobiety pracujące poza rolnictwem częściej wskazują na to, że w przypadku, gdyby nie opiekowały się innymi osobami, przeznaczyłyby ten czas na pracę zarobkową (21%) w porównaniu z 18% kobiet biernych zawodowo.

Rozkład odpowiedzi według sytuacji rodzinnej nie określa wyraźnej prawidłowości – mniejszy jest odsetek wskazań dla kobiet z jednoosobowych gospodarstw (17%) i dwuosobowych (16%) w porównaniu do 24% kobiet żyjących w gospodarstwach wieloosobowych bez partnera i 20% w gospodarstwach wieloosobowych z partnerem.

Kobiety oceniające swoje dochody jako wystarczające lub jedynie nieco za małe w stosunku do potrzeb zdecydowanie rzadziej wskazują na pracę zarobkową jako sposób wykorzystania czasu zaoszczędzonego na opiekę, w porównaniu z kobietami oceniającymi swoje dochody jako zdecydowanie niewystarczające – 16% dla kobiet oceniających swoje dochody jako wystarczające, 14% dla oceniających swoje dochody jako nieco niewystarczające i 26% – jako zdecydowanie niewystarczające. Ten wynik potwierdza komentarz dotyczący częściej wyrażanej chęci ograniczenia opieki przez kobiety oceniające najgorzej swe dochody. Można więc sądzić, że głównym motywem podjęcia pracy zarobkowej jest chęć podniesienia dochodów i poziomu życia.

Odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, na co w pierwszej kolejności respondent wykorzystałby czas wolny, gdyby nie opiekował się innymi osobami, potwierdzają powyższe spostrzeżenia. Załedwie 11% kobiet i 8% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS wskazuje, że w pierwszej kolejności zaoszczędzony czas wykorzystaliby na pracę zarobkową. Natomiast 40% kobiet i 45% mężczyzn przeznaczyłoby zaoszczędzony czas na własne zainteresowania, hobby czy kontakty ze znajomymi, 32% kobiet i 31% mężczyzn na wypoczynek, 13% ankietowanych na prace domowe. Doksztalcanie się i opieka nad innymi jako pierwsze wskazania na sposób spędzania zaoszczędzonego czasu nie miały istotnego znaczenia.

Wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS wskazania w pierwszej kolejności na pracę zarobkową nie miały znaczenia. Dominowały wskazania na hobby (36%), wypoczynek (30%) i prace domowe (27%).

Szczegółowej analizie poniżej poddano jedynie odpowiedzi kobiet ubezpieczonych w ZUS.

Na pracę zarobkową jako podstawowy sposób wykorzystania czasu zaoszczędzonego na opiece częściej wskazywały mieszkanki miast, kobiety o wyższym

wykształceniu, oceniające swoje dochody jako znacznie poniżej potrzeb i zamieszkujące gospodarstwa domowe wieloosobowe (z partnerem lub bez). Warto natomiast zaznaczyć, że kobiety pracujące równie często jak biernie zawodowo (około 10%) wskazywały na pracę zarobkową. Ten odsetek wskazań na pracę zarobkową kobiet biernych zawodowo stanowi przybliżenie znaczenia bariery, jaką jest sprawowanie opieki nad innymi osobami, dla aktywizacji tych kobiet. Można zatem stwierdzić, że w świetle opinii większości respondentów opieka nie stanowi znacznego utrudnienia dla aktywności zawodowej osób w starszych grupach wieku produkcyjnego.

Zastępowalność opieki świadczonej przez respondenta

Możliwość zastąpienia opieki świadczonej przez respondenta, chwilowo lub na stałe, stanowi podsumowanie analizy obciążenia opieką. Pozwoli określić, jakie rozwiązania w szczególności w zakresie opieki zewnętrznej są brane pod uwagę w sytuacji niemożności sprawowania opieki przez respondenta.

Aż 22% kobiet i 15% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS odpowiedziało, że nie ma możliwości nawet chwilowego ich zastąpienia w sprawowaniu opieki. Także mężczyźni częściej niż kobiety odpowiedzieli, że z chwilowym zastępstwem nie byłoby problemu (49% w porównaniu do 41% kobiet). Te wyniki mogą świadczyć o tym, że to właśnie od kobiet oczekuje się większego zaangażowania w opiekę. Zbliżony odsetek kobiet i mężczyzn (36–38%) uznał, że zastępstwo chwilowe było możliwe, ale stanowiłoby pewien problem.

Rodzaj ubezpieczenia nie różnicuje znacząco odpowiedzi w tej kwestii. Wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS i sprawujących opiekę 18% wskazało, że nie ma możliwości nawet chwilowego ich zastąpienia w sprawowanej opiece, dla 47% chwilowe zastępstwo nie stanowiłoby problemu, a dla 35% zastępstwo jest możliwe, ale stanowiłoby pewien problem.

Analogicznie jak w poprzednich pytaniach, szczegółowej analizie poddano odpowiedzi kobiet ubezpieczonych w ZUS.

Na brak możliwości nawet chwilowego zastępstwa w opiece wskazało 15% kobiet mieszkających na wsi w porównaniu do 23–25% mieszkanek miast. Na wsiach więzy rodzinne i przyjacielskie są silniejsze, z tego względu mniej osób wskazuje na brak możliwości chwilowego zastępstwa. Kobiety biernie zawodowo nieco częściej wskazują na brak możliwości ich chwilowego zastąpienia (24 %) niż pracujące poza rolnictwem (20%).

Zasadna jest także analiza możliwości chwilowego zastępstwa według sytuacji rodzinnej. Mieszkanki gospodarstw wieloosobowych z partnerem zdecydowanie najrzadziej wskazują na brak możliwości chwilowego zastępstwa (16%) w porównaniu z kobietami mieszkającymi w innym typach gospodarstw, szczególnie z kobietami żyjącymi w gospodarstwach domowych z innymi osobami, ale bez partnera (28%). Być może jest to spowodowane wspólnym zamieszkiwaniem z osobą wymagającą opieki, dla której są jedynymi opiekunami.

Z punktu widzenia możliwości korzystania z opieki zewnętrznej istotny jest także rozkład odpowiedzi ze względu na sytuację dochodową. Nie zanotowano wyraźnych różnic pomiędzy kobietami oceniającymi swoje dochody jako zdecydowanie niewystarczające w stosunku do potrzeb (24%) w porównaniu z kobietami oceniającymi swoje dochody jako stosowne do potrzeb (22%).

Rozkład odpowiedzi dotyczących stałego zastępstwa potwierdza wnioski dotyczące analiz możliwości chwilowego zastępstwa. Brak możliwości stałego zastępstwa w opiece zadeklarowało nawet więcej osób niż poprzednio – 33% kobiet i 24% mężczyzn ubezpieczonych w ZUS. Różnica według płci wskazuje ponownie, że od kobiet w większym stopniu oczekuje się podejmowania opieki.

Wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS i sprawujących opiekę 26% wskazało, że nie ma możliwości stałego ich zastąpienia w sprawowanej opiece, dla 32% stałe zastępstwo nie stanowiłoby problemu, a dla 42% zastępstwo jest możliwe, ale stanowiłoby pewien problem. Rodzaj ubezpieczenia nie różnicuje znacząco odpowiedzi w tej kwestii.

Mieszkanki dużych miast, ubezpieczone w ZUS częściej podawały, że nie mają możliwości stałego zastępstwa w opiece (36%) w porównaniu z małymi miastami (32%) i wsią (30%). Kobiety biernie zawodowo, ubezpieczone w ZUS częściej nie miały możliwości ich stałego zastąpienia (35%) niż pracujące poza rolnictwem (31%). Osoby biernie zawodowo dysponują większą ilością czasu wolnego i częściej sprawują opiekę, co sprawia, że częściej są podstawowymi opiekunami.

Kobiety ubezpieczone w ZUS, żyjące w gospodarstwach wieloosobowych, ale bez partnera, najczęściej wskazują na brak możliwości stałego zastąpienia ich w opiece (42%) w porównaniu z kobietami z gospodarstw dwuosobowych z partnerem (34%), wieloosobowych z partnerem (30%) lub jednoosobowych (27%). Osoby z gospodarstw wieloosobowych bez partnera najprawdopodobniej zamieszkują z osobą wymagającą opieki, dla której są jedynym opiekunem. Dla gospodarstw z partnerem mniejszy odsetek wskazań na brak możliwości stałego zastępstwa świadczyć może o dzieleniu obowiązków opiekuńczych z partnerem. Natomiast niski odsetek wskazań w przypadku gospodarstw jednoosobowych wynikać może z faktu, że opieka świadczona przez respondenta ma charakter zewnętrzny i można łatwiej ją zastąpić.

Kobiety ubezpieczone w ZUS, oceniające swoje dochody jako zdecydowanie niewystarczające częściej wskazują na brak możliwości ich stałego zastępstwa w opiece (37%) w porównaniu z kobietami oceniającymi swoje dochody jako wystarczające lub nieco niewystarczające (31%). Osoby o wyższych dochodach mają większą możliwość zastąpienia opieki płatną opieką zewnętrzną, jednak różnica wskazań nie jest tak duża, by sądzić, że niewystarczające środki są podstawową przyczyną braku możliwości stałego zastępstwa.

Podsumowując, zaledwie co trzecia kobieta i co czwarty mężczyzna sprawujący opiekę nie ma możliwości na stałe w niej zastępstwo. Można więc sądzić, że opieka nie jest znaczną barierą w podejmowaniu innego rodzaju aktywności,

w szczególności pracy. Co więcej, osoby pracujące w większości wskazują, że opieka, którą sprawują jest dostosowana do ich potrzeb, jeśli chodzi o dni tygodnia czy pory dnia.

Respondenci, którzy widzą możliwość chwilowego zastępstwa, zdecydowanie najczęściej wskazują na innych krewnych osoby, którą się opiekują, jako na tych, którzy mogą je zastąpić w pierwszej kolejności (kobiety ubezpieczone w ZUS – 85%, mężczyźni ubezpieczeni w ZUS – 87%). Tylko 7% kobiet i 8% mężczyzn wskazuje na osoby niespokrewnione, natomiast placówki opieki oraz płatne opiekunki właściwie nie mają znaczenia. Opieka zewnętrzna nie jest więc brana pod uwagę przypadku konieczności chwilowego zastępstwa. Respondenci polegają na więzach rodzinnych lub przyjacielskich.

Wśród kobiet ubezpieczonych w KRUS rozkład odpowiedzi jest bardzo zbliżony: 88% kobiet wskazało na innych krewnych, a wskazania na opiekę zewnętrzną nie miały znaczenia.

Opieka zewnętrzna w przypadku konieczności chwilowego zastępstwa jest częściej rozważana przez mieszkańców miast niż wsi (osoby ubezpieczone w ZUS). Jest to zapewne związane z więziami rodzinnymi, silniejszymi na wsi, a także z większą dostępnością opieki zewnętrznej w miastach. Ponadto, osoby z wyższym wykształceniem częściej korzystają z usług opieki zewnętrznej. Osoby lepiej wykształcone częściej zamieszkują miasta oraz wyżej oceniają swoje dochody, co sprzyja korzystaniu z opieki zewnętrznej. Także osoby z gospodarstw jednoosobowych lub dwuosobowych z partnerem częściej korzystałyby z opieki zewnętrznej.

Osoby, które uznały, że możliwe jest stałe zastępstwo w sprawowaniu opieki, najczęściej podawały w pierwszej kolejności inne osoby spokrewnione z osobą, którą się opiekują (kobiety ubezpieczone w ZUS – 81%, mężczyźni ubezpieczeni w ZUS – 84%). Na osoby niespokrewnione wskazało jedynie 5% kobiet i 7% mężczyzn. Natomiast opiekę instytucjonalną rozważało 9% mężczyzn i 14% kobiet (7% opiekunka i 7% placówka opieki). W przypadku konieczności stałego zastępstwa w sprawowaniu opieki, opieka zewnętrzna jest częściej wskazywaną opcją w porównaniu z koniecznością chwilowego zastępstwa, niemniej jednak wciąż głównym źródłem opieki są krewni.

Rozkład odpowiedzi dla kobiet ubezpieczonych w KRUS jest bardzo zbliżony: 85% kobiet wskazało na innych krewnych, jako osoby, które mogłyby ich zastąpić na stałe. Wskazania na opiekę zewnętrzną nie miały znaczenia.

Rozkład wskazań na osoby, które w pierwszej kolejności zastąpiłyby respondenta w przypadku konieczności stałego zastępstwa, według cech społeczno-demograficznych i ekonomicznych potwierdza prawidłowości zaobserwowane dla chwilowego zastępstwa (osoby ubezpieczone w ZUS). Osoby zamieszkujące miasta, z wykształceniem wyższym, mieszkające w gospodarstwach jednoosobowych lub dwuosobowych z partnerem, oceniające swoje dochody jako wystarczające częściej wskazują na opiekę zewnętrzną. Kobiety biernie zawodowo częściej niż

pracujące poza rolnictwem wskazywały na opiekę zewnętrzną jako na podstawowy sposób ich stałego zastępstwa w sprawowaniu opieki (16% w porównaniu z 10%).

Reasumując, zarówno w przypadku chwilowej, jak i stałej niemożności sprawowania opieki, jako zastępstwo w pierwszej kolejności wskazuje się osoby spokrewnione. Opieka zewnętrzna ma niewielkie znaczenie, choć nieznacznie częściej brana jest pod uwagę w przypadku stałego zastępstwa.

Podsumowanie

Analiza odpowiedzi respondentów dotyczących obciążenia opieką wskazuje, że pomimo tego, że respondenci w znacznej części mają możliwość nawet stałego zastępstwa w sprawowaniu opieki, to nie wykazują chęci skorzystania z nich. Może to zmniejszyć wpływ rozwoju różnych form opieki instytucjonalnej na aktywizację osób w starszych grupach wieku produkcyjnego. Tym bardziej, że osoby, które wyraziły chęć ograniczenia czasu przeznaczonego na opiekę, stosunkowo rzadko wymieniały pracę zarobkową jako sposób spędzenia czasu zaoszczędzonego na opiekę. Wśród respondentów sprawujących opiekę, ale mających możliwość chwilowego lub stałego zastępstwa w jej sprawowaniu, zdecydowana większość odwołuje się do innych osób spokrewnionych z osobą potrzebującą opieki, a nie do usług świadczonych na rynku lub do opieki instytucjonalnej. Może to wynikać zarówno z uwarunkowań kulturowych jak i niedoboru opieki zewnętrznej, co sprawia, że trudno ją rozważać jako substytut opieki sprawowanej w ramach sieci rodzinnych i krewniaczych. Na opiekę zewnętrzną częściej wskazują mieszkańcy miast, osoby z wyższym wykształceniem, oceniający swoje dochody jako wystarczające, zamieszkujące gospodarstwa jedno- lub dwuosobowe. Można wysunąć wniosek, że aby opieka instytucjonalna stała się narzędziem zwiększania aktywności zawodowej, w szczególności osób w starszych grupach wieku produkcyjnego, obok rozwoju usług opiekuńczych musi ulec zmianie stosunek do sprawowania opieki.

4.4. Normy i postawy

Punktem wyjścia tego rozdziału jest analiza norm i postaw respondentów wobec uprawnień emerytalnych, odpowiedzialności za opiekę oraz opieki instytucjonalnej. Zestawienie norm i postaw opisanych w tej części z zachowaniami i stosowanymi rozwiązaniami w zakresie opieki, zarówno nad dziećmi jak i osobami dorosłymi potrzebującymi opieki, pozwoli określić, jak silnie kontekst społeczny i kulturowy warunkuje decyzje związane z jej organizacją.

Analiza dotyczy osób ubezpieczonych w ZUS, zarówno płacących składki jak i świadczeniobiorców. Ponadto tam, gdzie liczebności są wystarczające, przedstawiono podstawowy rozkład dla osób ubezpieczonych w KRUS.

4.4.1. Uprawnienia emerytalne

Analiza obejmuje całą populację respondentów. Pytania dotyczące postaw wobec nabywania uprawnień do wcześniejszych emerytur przez osoby zaangażowane w opiekę oraz świadomości konsekwencji procesu starzenia się ludności pozwolą określić stosunek respondentów do uprawnień emerytalnych w kontekście sprawowania opieki oraz starzenia się ludności, niezależnie od tego, czy sprawują opiekę czy nie, oraz kontekst społeczny i kulturowy podejmowania decyzji związanych z opieką.

Sposoby rozwiązania problemu zabezpieczenia emerytalnego w kontekście wydłużania się życia

Na pytanie dotyczące rozwiązań problemów zabezpieczenia emerytalnego w wyniku wydłużania się życia znaczna część respondentów ubezpieczonych w ZUS, tj. około 29% ankietowanych mężczyzn i 31% kobiet odpowiedziała, że nie wie. Jedynie 12% mężczyzn i 11% kobiet wskazało, że powinno się później przechodzić na emeryturę. Co piąta ankietowana osoba uznała, że ludzie powinni pogodzić się z tym, że ich emerytury będą niższe, a co czwarta – że ludzie powinni sami oszczędzać więcej. Wreszcie około 14% mężczyzn i 12% kobiet wskazało na inne sposoby rozwiązania tego problemu (ankieta nie precyzowała jakie). Zatem około połowa ankietowanych albo nie jest świadoma konsekwencji procesu starzenia się ludności lub zajmuje bierną postawę, np. godząc się z niższą emeryturą. Warto jednak podkreślić, że blisko 40% respondentów opowiedziało się za wydłużaniem aktywności i indywidualnym oszczędzaniem. Istotne jest także to, iż opinie kobiet i mężczyzn są zgodne.

Wśród osób ubezpieczonych w KRUS aż 38% kobiet i 32% mężczyzn nie jest w stanie wskazać możliwych rozwiązań problemu wydłużenia się okresu życia, 20% kobiet i 17% mężczyzn wskazało na bierną postawę – ludzie powinni pogodzić się z tym, że ich emerytury będą niższe. W tej grupie respondentów 20% kobiet i 26% mężczyzn zdaje sobie sprawę z konieczności oszczędzania, 10% mężczyzn i 8% kobiet wskazuje na konieczność późniejszego odchodzenia na emeryturę, a 14–15% ankietowanych ubezpieczonych w KRUS wskazało na inne sposoby rozwiązania problemu związanego z wydłużaniem się długości życia. Ubezpieczeni w KRUS, zwłaszcza kobiety, zdecydowanie częściej niż ubezpieczeni w ZUS nie potrafili wskazać, jakie kroki należy podjąć w związku z wydłużaniem się życia. Różnice w pozostałych wskazaniach były niewielkie poza tym, że kobiety częściej wykazywały się niewiedzą lub akceptacją niższych emerytur w porównaniu do mężczyzn. Jest to, między innymi, wynikiem gorszej struktury wykształcenia ludności ubezpieczonej w KRUS, zamieszkującej niemal w całości tereny wiejskie.

Osoby zamieszkujące miasta powyżej 100 tys. mieszkańców zdecydowanie częściej niż mieszkańcy miast liczących do 100 tys. mieszkańców i mieszkańcy wsi wskazują na konieczność oszczędzania w toku całego życia (mężczyźni: 27%

wobec 24% i 19%, kobiety: 27% wobec 25% i 20%), a także na konieczność odłożenia w czasie momentu wycofywania się z rynku pracy, częściej mężczyźni (15% wobec 9% oraz 11%) niż kobiety (12% wobec 10% i 12%). Mieszkańcy dużych miast zdecydowanie rzadziej nie potrafili wskazać żadnego sposobu na rozwiązanie problemu związanego ze starzeniem się ludności niż mieszkańcy małych miast i wsi (mężczyźni: 25% wobec 31% i 36%; kobiety: 27% wobec 33% i 35%).

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta świadomość konsekwencji starzenia się ludności oraz zwiększa się częstość wskazań na aktywne formy przeciwdziałania skutkom starzenia się w kontekście zabezpieczenia emerytalnego. Zaledwie 18% mężczyzn i 23% kobiet z wykształceniem wyższym w porównaniu z 27% mężczyzn i 30% kobiet z wykształceniem średnim, 32% mężczyzn i kobiet z zasadniczym zawodowym oraz 38% mężczyzn i 40% kobiet z podstawowym wskazuje, że nie wie, jakie rozwiązania należałoby wprowadzić. Osoby z wyższym poziomem wykształcenia stosunkowo rzadziej odpowiadały, że ludzie powinni pogodzić się z tym, że emerytury będą niższe (mężczyźni: wyższe 14%, średnie 18%; kobiety: wyższe 16%, średnie 19% wobec mężczyzn: zasadnicze zawodowe 23%, podstawowe 25%, kobiety: zasadnicze zawodowe 24%, podstawowe 19%). Wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie odsetek wskazań na konieczność późniejszego opuszczania rynku pracy, szczególnie wśród mężczyzn (mężczyźni: od 9% z wykształceniem podstawowym do 19% z wyższym; kobiety: od 8% z wykształceniem podstawowym do 11% z wyższym), oraz oszczędzania we własnym zakresie (mężczyźni: od 15% z wykształceniem podstawowym do 34% z wykształceniem wyższym, kobiety: od 20% z wykształceniem do 34% z wykształceniem wyższym).

Biorąc pod uwagę status na rynku pracy, aktywniejszymi postawami wobec radzenia sobie z konsekwencjami procesu starzenia się charakteryzowały się osoby pracujące poza rolnictwem w porównaniu z biernymi zawodowo: 16% mężczyzn i 14% kobiet pracujących poza rolnictwem indywidualnym wskazało, że ludzie powinni później przechodzić na emeryturę w porównaniu z 9% biernych zawodowo mężczyzn i kobiet. Ponadto, osoby pracujące poza rolnictwem częściej uznawały konieczność oszczędzania – 28% pracujących poza rolnictwem mężczyzn i 27% kobiet w porównaniu z 23% biernych mężczyzn i 24% biernych kobiet. Natomiast osoby pracujące poza rolnictwem rzadziej niż bierne zawodowo wskazywały na konieczność pogodzenia się z niższymi zarobkami (16% w porównaniu z 23% dla mężczyzn, 17% w porównaniu z 24% dla kobiet) oraz rzadziej nie знаły żadnego sposobu rozwiązania problemu związanego ze starzeniem się (dla mężczyzn: 26% w porównaniu z 32%, dla kobiet: 30% w porównaniu z 32%). Liczebności bezrobotnych i pracujących w rolnictwie indywidualnym są za małe, by przeprowadzić podobne wnioskowanie.

Cechą stosunkowo mało różnicującą opinie jest typ gospodarstwa domowego respondenta. Należy tu jedynie zaznaczyć, że osoby z gospodarstw jedno-

osobowych częściej niż osoby z gospodarstw dwuosobowych (respondent i partner) oraz osoby z wieloosobowych gospodarstw (respondent, partner i inne osoby) wskazywały, że ludzie powinni liczyć się z obniżeniem emerytury w związku z wydłużaniem się okresu życia (mężczyźni: 25% w porównaniu z 20% i 17%; kobiety: 26% w porównaniu z 22% i 15%).

Czynnikiem znacznie wpływającym na poglądy dotyczące rozwiązań związanych z systemem emerytalnym, podyktowanych wydłużaniem się życia ludzkiego, jest subiektywna ocena wysokości dochodów. Mężczyźni oceniający swoje dochody jako o wiele za niskie w stosunku do potrzeb znacznie rzadziej wskazywali na konieczność późniejszego opuszczania rynku pracy w porównaniu z osobami o dochodach wystarczających do potrzeb (7% w porównaniu do 14%), dla kobiet odsetki były zbliżone (10% w porównaniu do 12%). Ponadto osoby oceniające swoje dochody jako o wiele za niskie w stosunku do potrzeb rzadziej wskazywały na konieczność oszczędzania w porównaniu z osobami oceniającymi swoje dochody jako wystarczające (mężczyźni: 21% wobec 27%, kobiety: 20% wobec 27%), a także rzadziej uznawały konieczność pogodzenia się z niższymi emeryturami (mężczyźni: 16% w porównaniu 23%; kobiety: 16% w porównaniu z 25%). Częściej natomiast wskazywały na inne sposoby (mężczyźni: 20% wobec 7%, kobiety: 17% wobec 9%) oraz częściej podawały, że nie wiedzą, jakie rozwiązania powinno się stosować (mężczyźni: 36% wobec 26%, kobiety: 38% wobec 26%). Jest to odstępstwo od dotychczas zaobserwowanych prawidłowości – osoby rzadziej wskazujące na konieczność wydłużania okresu aktywności zawodowej i oszczędzania, częściej wskazywały na konieczność pogodzenia się z niższą emeryturą i rzadziej nie wiedziały, jakie działania podjąć w związku z wydłużeniem się okresu życia. Ponad połowa respondentów o najgorszej subiektywnej ocenie swych dochodów albo nie wie, co należy zrobić, albo uważa, że należy stosować inne rozwiązania niż wydłużanie aktywności zawodowej, oszczędzanie czy akceptacja niższych świadczeń emerytalnych.

Nie zanotowano wyraźnych prawidłowości zmian opinii o rozpatrywanych rozwiązaniach wraz ze zmianą wysokości dochodów.

Uprawnienia do wcześniejszych emerytur a obowiązki opiekuńcze i domowe

Analiza poglądów respondentów dotyczących wcześniejszej emerytury może być przeprowadzona na podstawie pytania: czy uważa Pan(i), że kobiety (lub mężczyźni) powinny mieć prawo do wcześniejszej emerytury w sytuacji, kiedy chcą lub muszą opiekować się wnukami, potrzebującymi pomocy rodzicami lub zając się domem.

Porównanie odpowiedzi na to pytanie z wynikami analiz, omawianymi powyżej, pokaże, czy respondenci łączą konsekwencje wydłużania się życia z wcześniejszymi uprawnieniami emerytalnymi, ze swymi zobowiązaniami opiekuńczymi lub koniecznością zajęcia się domem.

Zdecydowana większość respondentów (80% kobiet i 76% mężczyzn) uważa, że kobietom powinno przysługiwać to uprawnienie. Społeczna akceptacja sprawowania przez kobiety opieki nad innymi kosztem wcześniejszego wycofania się z rynku pracy jest duża. Wśród ubezpieczonych w KRUS rozkład odpowiedzi jest zbliżony: 75% mężczyzn i 78% kobiet opowiada się za prawem kobiet do wcześniejszej emerytury w związku z koniecznością sprawowania opieki czy zajęcia się domem.

Zróźnicowanie odpowiedzi według cech demograficzno-społecznych i ekonomicznych jest stosunkowo niewielkie. Miejsce zamieszkania nie różnicuje poglądu na to, czy kobiety powinny mieć prawo do wcześniejszej emerytury ze względu na konieczność sprawowania opieki zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Wśród kobiet wykształcenie także nie wpływa na te poglądy, natomiast mężczyźni z wykształceniem wyższym stosunkowo rzadziej (około 67%) niż ci z wykształceniem co najwyżej podstawowym (77%) opowiadają się za prawem kobiet do wcześniejszej emerytury ze względu na obowiązki opiekuńcze i rodzinne.

Status na rynku pracy nie różnicuje w zasadzie poglądów mężczyzn – 74% pracujących poza rolnictwem indywidualnym oraz 76% biernych opowiedziało się za prawem kobiet do wcześniejszej emerytury. Ma natomiast znaczenie dla kobiet – 77% kobiet pracujących poza rolnictwem indywidualnym i 82% biernych zawodowo kobiet opowiedziało się za prawem kobiet do wcześniejszej emerytury.

Także osoby oceniające swoje dochody jako niewystarczające w stosunku do potrzeb częściej niż osoby oceniające je jako wystarczające wskazują na prawo kobiet do wcześniejszej emerytury (mężczyźni: 78% w porównaniu z 72%, kobiety: 85% z porównaniu 76%).

Reasumując należy stwierdzić, że występuje duża aprobata społeczna dla wcześniejszego wycofywania się kobiet z rynku pracy z powodu konieczności sprawowania opieki, nieznacznie większa wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Rozkłady odpowiedzi dotyczące prawa do wcześniejszej emerytury dla mężczyzn, którzy chcą lub muszą opiekować się wnukami, potrzebującymi rodzicami są podobne, choć odpowiednie odsetki są wyraźnie mniejsze – około 61% mężczyzn i kobiet ubezpieczonych w ZUS opowiada się za prawem mężczyzn do wcześniejszej emerytury, dla ubezpieczonych w KRUS taki pogląd wyraziło 63% mężczyzn i 61% kobiet.

Podobnie jak poprzednio miejsce zamieszkania, tak i wykształcenie nie wpływa na poglądy kobiet w tej kwestii. Natomiast mężczyźni z wykształceniem wyższym stosunkowo rzadziej (około 56%) w porównaniu z mężczyznami z wykształceniem co najwyżej podstawowym (64%) opowiadają się za prawem mężczyzn do wcześniejszej emerytury z tytułu sprawowania opieki. Status na rynku pracy w niewielkim stopniu różnicuje poglądy mężczyzn i kobiet – 58% mężczyzn pracujących poza rolnictwem indywidualnym w porównaniu z 62% biernych opowiedziało się za prawem mężczyzn do wcześniejszej emerytury, zaś taki pogląd

wyraziło 61% kobiet pracujących poza rolnictwem indywidualnym i 64% biernych zawodowo.

Subiektywna ocena sytuacji dochodowej wpływa na opinie mężczyzn – oceniający swoje dochody jako niewystarczające w stosunku do potrzeb częściej niż ci, którzy oceniali swoje dochody jako wystarczające, wskazują na prawo mężczyzn do wcześniejszej emerytury (67% w porównaniu z 56%). Natomiast ocena własnych dochodów przez kobiety nie różnicuje odpowiedzi dotyczących prawa mężczyzn do wcześniejszej emerytury, odsetek wskazań kobiet oceniających swoje dochody jako wystarczające bądź niewystarczające wynosi około 62–63%.

Społeczne przyzwolenie na wcześniejsze emerytury mężczyzn z powodu konieczności sprawowania przez nich opieki jest duże, choć istotnie mniejsze niż w przypadku kobiet. Jest to wynikiem tradycyjnego podziału ról w społeczeństwie. Należy jednak podkreślić, że zarówno w odniesieniu do prawa kobiet jak i mężczyzn do wcześniejszej emerytury, postawy kobiet są bardziej jednorodne według cech społecznych, demograficznych i ekonomicznych niż postawy mężczyzn.

Podsumowując, wyniki analizy dotyczące postaw wobec rozważanych sposobów rozwiązywania problemu zabezpieczenia emerytalnego w warunkach starzenia się ludności i prawa do wcześniejszych emerytur uwidoczniają bardziej aktywne postawy osób z wykształceniem wyższym, mieszkańców dużych miast, o dochodach wystarczających w stosunku do potrzeb, częściej pracujących poza rolnictwem indywidualnym niż biernych zawodowo. Wynika to, między innymi, z większej świadomości osób lepiej wykształconych, dotyczącej zagadnień związanych z uprawnieniami emerytalnymi i skutkami poszczególnych rozwiązań. Osoby te częściej mieszkają w dużych miastach i osiągają dochody zaspokajające ich potrzeby. Warto odnotować także, że fakt pobierania świadczeń nie różnicuje istotnie postaw wobec uprawnień emerytalnych, nawet w przypadku osób pobierających renty inwalidzkie. Należy podkreślić, iż choć około 40% ankietowanych wskazała na aktywne rozwiązania (wydłużenie aktywności zawodowej, indywidualne oszczędności) dotyczące zabezpieczenia emerytalnego, to około trzy czwarte ankietowanych opowiedziało się za prawem osób, w szczególności kobiet, do wcześniejszej emerytury ze względu na sprawowanie opieki czy zajmowanie się domem. Zdaje się to świadczyć o fragmentarycznym podejściu do konsekwencji starzenia, niedostrzegania powiązań między tymi zagadnieniami. Być może odpowiedzi związane z prawem do wcześniejszej emerytury odbierane były bardziej w wymiarze indywidualnym, natomiast pytanie odnoszące się do starzenia się ludności rozpatrywano w kategoriach ogólnych.

4.4.2. Odpowiedzialność za opiekę

Kolejnym zagadnieniem poddanym analizie są postawy respondentów dotyczące tego, kto powinien przejąć odpowiedzialność za opiekę, zarówno w stosunku do osób starszych, jak i dzieci. Zestawienie postaw wobec odpowiedzialności za opiekę z powodami niekorzystania z opieki zewnętrznej pozwoli

zidentyfikować, które spośród czynników kulturowych i strukturalnych mają największy wpływ na sposób organizacji opieki nad dziećmi lub osobami starszymi w gospodarstwach domowych.

Odpowiedzialność za opiekę nad dziećmi w wieku do 7 lat

Prawie połowa ankietowanych ubezpieczonych w ZUS wskazała (48% mężczyzn, 52% kobiety), że rodzice małych dzieci do trzeciego roku życia mają prawo w pierwszej kolejności oczekiwać pomocy od dziadków dziecka, zaś 33% mężczyzn i 29% kobiet uznało, że od nikogo (opieka nad dzieckiem powinna być sprawą rodziców). Do państwa odwołało się jedynie 11% kobiet i mężczyzn. Wśród ubezpieczonych w KRUS 51% mężczyzn i 57% kobiet wskazało na dziadków, a 29% mężczyzn i 26% kobiet stwierdziło, że rodzice małych dzieci do trzeciego roku życia nie powinni oczekiwać pomocy w opiece nad dziećmi od nikogo. Na odpowiedzialność państwa wskazało 12% mężczyzn i 9% kobiet. Ubezpieczeni w KRUS nieznacznie częściej zatem niż ubezpieczeni w ZUS wskazują na dziadków, co jest związane z zamieszkiwaniem na wsi, gdzie więzi rodzinne i czynniki kulturowe mają większe znaczenie.

Mieszkańcy miast liczących powyżej 100 tys. mieszkańców rzadziej niż mieszkańcy miast do 100 tys. mieszkańców i wsi wskazują na dziadków jako na osoby, od których rodzice dzieci do lat trzech powinni oczekiwać pomocy (mężczyźni: 44% w porównaniu z 49% i 57%; kobiety: 48% w porównaniu 52% oraz 60%), natomiast najczęściej opowiadają się za tym, że opieka nad dzieckiem jest wyłączną sprawą rodziców (mężczyźni: 38% w porównaniu 31% i 23%, kobiety: 34% w porównaniu z 27% i 20%). Tak duże różnice pomiędzy mieszkańcami dużych miast i wsi mogą, między innymi, wynikać z większej dostępności opieki dziadków na wsi.

Wskazania na osoby lub instytucje, od których rodzice małych dzieci mają prawo oczekiwać pomocy, różnią się także ze względu na wykształcenie. Wraz ze wzrostem wykształcenia maleje częstość wskazań na dziadków, a rośnie częstość wskazań na rodziców, którzy sami powinni zajmować się opieką nad małymi dziećmi. Osoby z wykształceniem wyższym stosunkowo rzadziej (mężczyźni: 43%; kobiety: 48%) w porównaniu z osobami o wykształceniu co najwyżej podstawowym (mężczyźni: 56%, kobiety: 54%) oczekują pomocy od dziadków w opiece nad dziećmi. Ponadto, osoby z wyższym wykształceniem częściej wskazują na to, że opieka jest sprawą rodziców niż osoby z wykształceniem co najwyżej podstawowym (mężczyźni: 31% w porównaniu z 29%, kobiety: 33% w porównaniu z 24%). Co ciekawe, wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym, średnim zawodowym lub ogólnokształcącym 13% wskazuje na państwo jako instytucję, która powinna zapewnić opiekę w porównaniu z 6% dla osób z wykształceniem co najwyżej podstawowym. Mężczyźni lepiej wykształceni charakteryzują się wyższym poziomem aktywności zawodowej i bardziej aktywnymi postawami w stosunku do opieki czy wycofywania się z rynku pracy. Oczekują zatem zapew-

ne większej dostępności opieki instytucjonalnej dla dzieci. Charakterystyczne jest to, iż niezależnie od poziomu wykształcenia około 10–11% kobiet wskazuje na państwo jako dostarczyciela opieki. Należy podkreślić także, że wraz ze wzrostem wykształcenia wśród kobiet silniej niż u mężczyzn zwiększają się wskazania na samowystarczalność rodziców w sprawowaniu opieki nad małymi dziećmi, zmniejszają się więc postawy roszczeniowe w stosunku do innych źródeł opieki.

Status na rynku pracy nie jest czynnikiem różnicującym opinie, szczególnie wśród kobiet. Natomiast w grupie mężczyzn osoby pracujące poza rolnictwem indywidualnym częściej niż osoby biernie zawodowo wskazują na państwo jako główne źródło opieki (13% w porównaniu z 10%), natomiast rzadziej na samowystarczalność rodziców w opiece nad małymi dziećmi (31% w porównaniu z 34%).

Sytuacja rodzinna respondenta znacznie różnicuje odpowiedzi dotyczące wsparcia dla rodziców małych dzieci. Osoby z jednoosobowych gospodarstw domowych w porównaniu z gospodarstwami dwuosobowymi (respondent i partner) i wieloosobowymi (respondent, partner i inne osoby) znacznie rzadziej wskazywały na dziadków jako opiekunów dzieci do lat 3 (mężczyźni: 38% w porównaniu z 50% i 52%, kobiety: 46% w porównaniu z 50% i 55%). Istotna, choć nie tak znaczna jak w przypadku dziadków, różnica częstości wskazań na samowystarczalność rodziców wystąpiła pomiędzy członkami jednoosobowych gospodarstw i pozostałych typów gospodarstw: ci pierwsi częściej niż osoby z innych typów gospodarstw wskazywali na tę odpowiedź (mężczyźni: 39% w porównaniu z 31% dla gospodarstw dwuosobowych i wieloosobowych; kobiety: 33% w porównaniu z 31% dla gospodarstw dwuosobowych i 26% dla gospodarstw wieloosobowych). W gospodarstwach dwu- lub wieloosobowych inne jest rozłożenie obowiązków domowych związanych z zapewnieniem dochodu w porównaniu do gospodarstw jednoosobowych.

Zanotowano także niewielkie różnice we wskazaniach na podstawowego opiekuna dla małych dzieci według subiektywnej oceny wysokości dochodów, większe dla mężczyzn niż kobiet. Analizując dochody według oszacowania kwotowego widać, że w kwestii opieki nad dziećmi do lat 3 wraz ze wzrostem dochodów maleje odsetek wskazań na dziadków jako główne źródło dodatkowej opieki, a rośnie – na samowystarczalność rodziców.

Reasumując, około połowa ankietowanych uważa, że rodzice dzieci do 3 lat powinni być wspierani w obowiązkach opieki nad nimi przez dziadków, co dziesiąta osoba wskazuje na państwo, natomiast co trzecia uważa, że opieka na tak małymi dziećmi to wyłącznie sprawa rodziców. Pomocy z zewnątrz mniej oczekują osoby lepiej wykształcone (szczególnie kobiety), mieszkańcy dużych miast, żyjący w gospodarstwach jednoosobowych. Ponadto należy zaznaczyć, że odpowiedzi kobiet według omawianych powyżej cech są mniej zróżnicowane niż odpowiedzi mężczyzn (za wyjątkiem rozkładu według wykształcenia), co może wynikać z tego, że ciężar opieki nad wnukami spoczywa głównie na kobietach. Fakt pobierania świadczeń społecznych nie różnicuje odpowiedzi.

Ze względu na to, że ponad połowa ankietowanych wskazuje, że rodzice dzieci do lat 3 mogą w pierwszej kolejności oczekiwać pomocy od dziadków, warto także sprawdzić, kogo wymienia się w drugiej kolejności. Odpowiedzi są bardziej równomiernie rozłożone – około 22% mężczyzn i 23% kobiet wskazuje, że opieka powinna w drugiej kolejności być świadczona przez innych krewnych. Odpowiedź tę wybierały częściej osoby mieszkające w miastach do 100 tys. mieszkańców i na wsiach (mężczyźni: 26% i 29%, kobiety: 23% i 31%), osoby z wykształceniem co najwyżej podstawowym (mężczyźni – 26%, kobiety – 25%). Pogląd, że rodzice nie powinni od nikogo oczekiwać pomocy, wyraziło 15% mężczyzn i 14% kobiet, częściej są to mieszkańcy dużych miast i osoby z wykształceniem wyższym. Odpowiedź, że w drugiej kolejności rodzice powinni oczekiwać opieki od dziadków, podało 14% kobiet i mężczyzn, 14% kobiet i 13% mężczyzn wskazało na państwo, a 11% kobiet i 9% mężczyzn wymieniło organizacje pozarządowe zajmujące się opieką nad małymi dziećmi, zaś 6% kobiet i mężczyzn – pracodawcę. Najrzadziej wskazywano na znajomych lub sąsiadów.

Status na rynku pracy, subiektywna ocena dochodów przez respondenta czy pobieranie świadczeń społecznych nie różnicowały istotnie odpowiedzi na pytanie, od kogo rodzice w drugiej kolejności powinni oczekiwać pomocy w opiece. Warto zaznaczyć, że ubezpieczeni w KRUS nieznacznie częściej niż ubezpieczeni w ZUS wskazują na państwo jako dostawcę opieki dla małych dzieci w drugiej kolejności.

Reasumując, należy podkreślić, że największy odsetek ankietowanych opowiedział się za opieką sprawowaną w gronie rodziny i krewnych. Częściej wskazywano na to, że rodzice sami powinni radzić sobie z opieką nad dziećmi do 3 roku życia niż korzystać z opieki zewnętrznej, dostarczanej przez państwo, pracodawcę czy organizację pozarządową, zarówno w przypadku pierwszej jak i drugiej kolejności.

Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, od kogo rodzice dzieci w wieku 4–7 lat powinni oczekiwać pomocy przy sprawowaniu opieki w pierwszej kolejności, nie zmienił się znacząco w porównaniu z rodzicami dzieci do lat 3. Połowa kobiet oraz 46% mężczyzn wskazuje na dziadków, nieco rzadziej niż poprzednio podawano samowystarczalność rodziców (29% mężczyzn i 25% kobiet), a niewiele częściej odwoływano się do opieki państwa (14% kobiet i mężczyzn). Nieznacznie zmniejszył się udział wskazań na organizacje pozarządowe (do 5%). Zaskakujące jest to, że nie wzrastają oczekiwania wobec państwa, dotyczące opieki instytucjonalnej dla starszych dzieci. Generalnie, potwierdza to postawę respondentów, że pomocy w opiece nad dziećmi powinno oczekiwać się przede wszystkim od rodziny.

Analogicznie jak dla odpowiedzi dotyczących rodziców dzieci do 3 lat, rozkładają się odpowiedzi na pytanie, od kogo rodzice dzieci w wieku 4–7 lat powinni oczekiwać pomocy w opiece nad dziećmi – w drugiej kolejności. Wciąż największy jest odsetek wskazań na krewnych lub dziadków 36–38%, do państwa

odwołuje się 14–15% ankietowanych, do organizacji pozarządowych 11–12%, do nikogo więcej – 12–13%, a na pracodawców wskazuje 5–6% respondentów.

Odpowiedzialność za opiekę nad osobami dorosłymi potrzebującymi opieki mieszkającymi z małżonkiem

Dopełnieniem analizy postaw wobec odpowiedzialności za opiekę nad dziećmi w wieku do 7 lat jest analiza postaw wobec odpowiedzialności za opiekę nad dorosłymi osobami potrzebującymi pomocy w życiu codziennym. Zostanie ona przeprowadzona odrębnie dla osób mieszkających z małżonkiem oraz osób mieszkających samotnie.

W grupie ubezpieczonych w ZUS 68% mężczyzn i 63% kobiet uważa, że osoba mieszkająca z małżonkiem i potrzebująca pomocy powinna jej w pierwszej kolejności oczekiwać od swojego małżonka, zaś 18% mężczyzn i 23% kobiet – że od swoich dorosłych dzieci. Natomiast zaledwie 6% ankietowanych, zarówno kobiet jak i mężczyzn, sądzi, że pomocy należy oczekiwać od państwa (pomocy społecznej). Zatem 86% kobiet i mężczyzn oczekuje, że osoby starsze powinny oczekiwać pomocy od najbliższej rodziny. Zróżnicowanie odpowiedzi według cech społeczno-demograficznych i ekonomicznych dokonuje się głównie pomiędzy tymi dwoma źródłami pomocy.

Podobne poglądy mają ubezpieczeni w KRUS: 62% mężczyzn i 61% kobiet wskazało na małżonka jako dostarczyciela opieki w pierwszej kolejności, 22% mężczyzn i 25% kobiet na dzieci, a dla 8% mężczyzn i 5% kobiet rola ta powinna być przypisana państwu.

Osoby mieszkające w miastach częściej niż osoby zamieszkujące wieś wskazują na rolę małżonka (mężczyźni: 68–69% wobec 64%; kobiety: 63–65% wobec 60%), a rzadziej na dorosłe dzieci w sprawowaniu opieki nad osobami dorosłymi potrzebującymi opieki i mieszkającymi z małżonkiem (mężczyźni: 17% w porównaniu z 20%; kobiety: 21% w porównaniu z 23%). Różnice, choć niewielkie, wynikają z faktu, że na wsiach kontakty rodzinne pomiędzy generacjami są bliższe, a czynniki kulturowe odgrywają ważniejszą rolę niż w mieście.

Nie zaobserwowano istotnego zróżnicowania odpowiedzi według wykształcenia. Natomiast rozkład odpowiedzi według statusu na rynku pracy pokazuje nieznaczne różnice dla mężczyzn, wśród których osoby pracujące poza rolnictwem indywidualnym rzadziej niż osoby bierne zawodowo wskazują na małżonka (64% w porównaniu z 70%), natomiast częściej wskazują na dorosłe dzieci (20% w porównaniu z 15%).

Osoby mieszkające w gospodarstwach dwuosobowych (respondent i partner) zdecydowanie częściej (mężczyźni: 72%, kobiety: 70%) niż osoby żyjące w innych typach gospodarstw domowych wskazują na małżonka (gospodarstwa jednoosobowe: mężczyźni – 62%, kobiety – 59%; gospodarstwa wieloosobowe: mężczyźni – 66%, kobiety 65%) kosztem wskazań na dorosłe dzieci. Nie zanotowano istotnego zróżnicowania odpowiedzi ze względu na ocenę własnych dochodów czy fakt pobierania świadczeń społecznych.

Analiza wskazań, od kogo osoby te powinny oczekiwać pomocy w drugiej kolejności, powinna pogłębić analizę odpowiedzialności za opiekę nad osobami starszymi mieszkającymi z małżonkiem. Zdecydowana większość ankietowanych (60% mężczyźni i 56% kobiety) wymieniała dorosłe dzieci. Najprawdopodobniej ankietowani, którzy w pierwszej kolejności wskazali na małżonka, w drugiej odwołali się do dorosłych dzieci. Zanotowano wzrost wskazań na instytucje pomocy społecznej (11% mężczyźni, 10% kobiety) i wyspecjalizowane organizacje społeczne zajmujące się pomaganiem osobom starszym (8% mężczyźni, 10% kobiety). Około 5–8% ankietowanych wskazywało na małżonka i innych krewnych.

Wśród ubezpieczonych w KRUS 54% mężczyzn i 55% kobiet uznało, że w drugiej kolejności dorosłe dzieci mają obowiązek opieki nad osobami dorosłymi potrzebującymi opieki, mieszkającymi z małżonkiem, zaś 11% mężczyzn i 9% kobiet wskazało na małżonka, a około 12% mężczyzn i 13% kobiet – na państwo. Zdecydowanie mniej wskazań dotyczyło wyspecjalizowanych instytucji (7% mężczyźni i 6% kobiety), co może być spowodowane także trudnościami w dostępie do nich dla osób ubezpieczonych z KRUS, zamieszkujących głównie tereny wiejskie.

Nie zanotowano istotnego zróżnicowania odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania, wykształcenie, status na rynku pracy czy pobieranie świadczeń społecznych. Jedynie mężczyźni z wykształceniem wyższym częściej niż mężczyźni o niższym poziomie wykształcenia uznają rolę państwa w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi mieszkającymi z małżonkiem (14% w porównaniu z 10–11%). Z kolei osoby tworzące jednoosobowe gospodarstwo domowe oraz gospodarstwo złożone z respondenta i innych osób ale bez partnera, zdecydowanie rzadziej niż osoby mieszkające w innych typach gospodarstw wskazywały na dorosłe dzieci jako dostarczycieli opieki w drugiej kolejności (mężczyźni: 50–52% w porównaniu z 62–63%, kobiety: 50–53% w porównaniu z 59–60%).

Osoby oceniające swoje dochody jako znacznie niewystarczające w stosunku do potrzeb rzadziej niż osoby oceniające je jako wystarczające wskazują na dzieci (mężczyźni: 53% w porównaniu z 61%, kobiety: 57% w porównaniu z 62%), a częściej na pomoc państwa (mężczyźni: 13% w porównaniu z 10%, kobiety: 15% w porównaniu z 95%). W przypadku dochodów ocenianych kwotowo zależności są analogiczne. Zatem wraz ze zmniejszaniem się poziomu dochodu, ocenianego subiektywnie i obiektywnie, rosną oczekiwania w stosunku do państwa jako dostarczyciela zewnętrznej opieki, niemniej jednak oczekiwania te wciąż nie są duże.

Podsumowując, w sytuacji opieki nad starszymi osobami potrzebującymi opieki i mieszkającymi z małżonkiem oczekuje się, że opiekę nad nimi sprawować będą małżonkowie lub dorosłe dzieci. Potwierdza to zatem bardzo duże znaczenie opieki świadczonej przez najbliższą rodzinę – także w przypadku opieki nad dorosłymi. Znaczenie opieki zewnętrznej jest stosunkowo niewielkie, większe w przypadku wskazania od kogo oczekuje się podjęcia opieki w drugiej kolejności.

Odpowiedzialność za opiekę nad samotnymi osobami starszymi potrzebującymi opieki

Postawy respondentów w stosunku do tego, od kogo w pierwszej kolejności samotne osoby starsze, potrzebujące pomocy w codziennym życiu, powinny oczekiwać opieki, są jednoznaczne. Aż 73% kobiet i mężczyzn ubezpieczonych w ZUS wskazało, że powinny to być dorosłe dzieci, 12% kobiet i 13% mężczyzn odwołuje się do pomocy świadczonej przez państwo (głównie w formie pomocy społecznej), a 7% kobiet i 5% mężczyzn podało wyspecjalizowane organizacje społeczne, zajmujące się opieką nad osobami starszymi. Zbliżony jest rozkład odpowiedzi ankietowanych ubezpieczonych w KRUS: 75% mężczyzn i 77% kobiet wskazuje na dorosłe dzieci, 12% mężczyzn i 10% kobiet na państwo, a 5% mężczyzn i 4% kobiet – na wyspecjalizowane instytucje.

Miejsce zamieszkania nie różnicuje w znacznym stopniu postaw wobec odpowiedzialności za opiekę nad samotnymi osobami starszymi. Zaznaczyć jednak należy, że osoby mieszkające na wsi nieco częściej niż osoby mieszkające w mieście wskazują na państwo jako instytucję, która w pierwszej kolejności powinna nieść pomoc osobom starszym (mężczyźni: 15% w porównaniu z 12–13%, kobiety: 14% w porównaniu z 11–12%).

Rozkład odpowiedzi według wykształcenia respondentów nie pokazuje wyraźnej prawidłowości. Mężczyźni z wykształceniem zasadniczym zawodowym i wyższym oraz kobiety z wykształceniem zasadniczym zawodowym stosunkowo częściej (około 75%) niż osoby z innym poziomem wykształcenia (71–73%) wymieniali dorosłe dzieci jako opiekunów starszych samotnych rodziców. Wyjątek stanowiły kobiety z wykształceniem wyższym, które stosunkowo najrzadziej odwoływały się do dorosłych dzieci (67%). Ponadto, mężczyźni z wykształceniem średnim ogólnokształcącym lub zawodowym oraz kobiety z wykształceniem co najwyżej podstawowym stosunkowo często wskazywali państwo jako odpowiedzialne za opiekę nad samotnymi osobami starszymi w pierwszej kolejności (15% w porównaniu do 11–13% dla pozostałych osób).

Status na rynku pracy nie różnicuje wskazania źródła opieki dla samotnych osób starszych w pierwszej kolejności. Blisko trzy czwarte mężczyzn pracujących poza rolnictwem oraz bierni zawodowo podawali dorosłe dzieci (odpowiednio 73% oraz 74%). Podobnie 73% kobiet pracujących poza rolnictwem indywidualnym oraz 71% biernych zawodowo wskazało dorosłe dzieci. Nieco częściej niż co dziesiąty mężczyzna uznawał odpowiedzialność państwa (14% pracujących poza rolnictwem oraz 12% biernych zawodowo), prawie tak samo jak kobiety (10% pracujących poza rolnictwem oraz 14% biernych zawodowo).

Zaobserwowano duże zróżnicowanie odpowiedzi ze względu na sytuację rodzinną respondenta. Około dwie trzecie respondentów (66% mężczyzn i 67% kobiet) żyjących w gospodarstwach jednoosobowych wskazało na dorosłe dzieci jako na osoby, od których samotne osoby starsze powinny otrzymać pomoc w pierwszej kolejności, w porównaniu do blisko 3/4 osób (74% mężczyzn

i 73% kobiet) w gospodarstwach dwuosobowych (respondent i partner) oraz żyjących w wieloosobowych gospodarstwach domowych (77% mężczyzn i 75% kobiet) (respondent + inne osoby). Odsetki wskazań na państwo, zarówno dla kobiet i mężczyzn, nie różnią się znacząco i wynoszą około 11–13%. Warto natomiast odnotować, że respondenci tworzący jednoosobowe gospodarstwa częściej wskazują na wyspecjalizowane instytucje świadczące pomoc osobom starszym (7% mężczyzn i 9% kobiet) niż osoby z pozostałych gospodarstw (6–7% mężczyzn oraz 4–6% kobiet) oraz częściej – na innych krewnych (6% mężczyzn i 5% kobiet) w porównaniu z osobami z pozostałych gospodarstw. Można zatem stwierdzić, że fakt samotnego życia determinuje odpowiedzi respondenta: częściej wskazywani są inni krewni czy wyspecjalizowane instytucje, jednak odsetek tych wskazań wciąż jest niewielki.

Ocena respondenta jego własnych dochodów różnicuje wskazania na źródło opieki dla samotnych osób starszych w pierwszej kolejności, jednak nie można wyznaczyć wyraźnej prawidłowości. Mężczyźni oceniający swoje dochody jako zdecydowanie niewystarczające w stosunku do potrzeb stosunkowo rzadziej wskazują na dorosłe dzieci niż osoby oceniające je jako nieco za niskie i wystarczające (70% w porównaniu z 77% i 74%). Kobiety oceniające swoje dochody jako nieco za niskie rzadziej wskazują na dorosłe dzieci w porównaniu z osobami oceniającymi je jako zdecydowanie niewystarczające oraz za wystarczające w stosunku do potrzeb (kobiety: 70% w porównaniu z 73% i 75%). Warto natomiast zaznaczyć, że zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn oceniających swoje dochody jako zdecydowanie niewystarczające w stosunku do potrzeb, odsetek wskazań na państwo jest największy (mężczyźni: 18%, kobiety: 14%) w porównaniu z osobami oceniającymi swoje dochody jako nieco niewystarczające (mężczyźni: 12%, kobiety: 12%) i wystarczające w stosunku do potrzeb (mężczyźni: 10%, kobiety: 11%).

Analiza odpowiedzi na pytania, od kogo w drugiej kolejności samotne osoby starsze powinny oczekiwać pomocy, pokazuje, że 31% kobiet i mężczyzn wskazuje innych krewnych. Po uwzględnieniu wskazań na dorosłe dzieci okazuje się, że nawet w przypadku opieki w drugiej kolejności krewni wciąż stanowią ważne źródło opieki (37% wskazań). Wyraźnie większy niż w przypadku pierwszej kolejności jest odsetek wskazań na państwo – co czwarty mężczyzna i kobieta deklaruje, że w drugiej kolejności opiekę nad samotnymi osobami starszymi powinno świadczyć państwo. Niewiele mniejszy jest odsetek wskazań na wyspecjalizowane instytucje świadczące opiekę (21% mężczyzn i 23% kobiet). Odsetek wskazań, że samotne osoby starsze nie powinny od nikogo więcej w drugiej kolejności oczekiwać pomocy waha się od 6% dla kobiet do 8% dla mężczyzn.

Ubezpieczeni w KRUS charakteryzują się zbliżonym rozkładem odpowiedzi: 36% mężczyzn i 34% kobiet wskazało na dorosłe dzieci i krewnych, 29% mężczyzn i 30% kobiet – na państwo, a 21% mężczyzn i kobiet – na wyspecjalizowane instytucje. Jedynie 5% kobiet i 4% dla mężczyzn uważało, że samotne osoby starsze w drugiej kolejności nie powinny oczekiwać opieki od nikogo.

Należy podkreślić, że osoby ubezpieczone w KRUS cechują się stosunkowo większą postawą roszczeniową w stosunku do państwa.

Rozkład odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania jest zróżnicowany. Osoby mieszkające w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców rzadziej niż osoby z miast do 100 tys. mieszkańców i wsi podawały innych krewnych, a także rzadziej wskazywały na państwo jako dostarczyciela opieki w drugiej kolejności, większy był natomiast odsetek wskazań na wyspecjalizowane instytucje oraz na nikogo.

Także w tym przypadku trudno wykazać wyraźne powiązania wykształcenia z poglądami na temat odpowiedzialności za opiekę. Warto zaznaczyć, że osoby z wykształceniem wyższym częściej wskazują na wyspecjalizowane organizacje (mężczyźni: 27%, kobiety: 28%) w porównaniu z osobami o innym poziomie wykształcenia (mężczyźni: 20–21%, kobiety: 21–24%). Najmniej roszczeniową postawę w stosunku do państwa jako dostarczyciela opieki w drugiej kolejności wykazują kobiety z wykształceniem wyższym i mężczyźni z wykształceniem średnim.

Zauważyć można także, że mężczyźni zatrudnieni poza rolnictwem nieco rzadziej niż bierni zawodowo wskazują na państwo (23% w porównaniu z 26%), ale częściej na wyspecjalizowane instytucje (23% w porównaniu z 19%). Dla kobiet odsetek wskazań na wyspecjalizowane instytucje wynosi 23%, a na państwo 25% – zarówno w przypadku pracujących, jak i biernych zawodowo.

Sytuacja rodzinna także ma znaczenie dla poglądów respondentów dotyczących wskazania odpowiedzialnych za opiekę w drugiej kolejności – członkowie jednoosobowych gospodarstw częściej wskazują na innych krewnych, ale rzadziej na państwo i wyspecjalizowane instytucje w porównaniu z osobami żyjącymi w innych typach gospodarstw domowych.

Osoby oceniające swoje dochody jako znacznie niższe w stosunku do potrzeb rzadziej wskazują na krewnych, ale częściej na państwo czy wyspecjalizowane instytucje w porównaniu do pozostałych grup osób.

Podsumowując, w przypadku odpowiedzialności za opiekę nad samotnymi osobami starszymi w pierwszej kolejności niemalże trzy czwarte wskazań dotyczyło dorosłych dzieci, zaledwie co ósma osoba podawała państwo. W ocenie odpowiedzialności za opiekę w drugiej kolejności większe znaczenie mieli inni krewni, wzrosła także częstość wskazań na państwo i wyspecjalizowane instytucje. Jednak pomimo wzrostu odsetka wskazań na opiekę zewnętrzną w drugiej kolejności, dominujące znaczenie ma opieka sprawowana przez rodzinę. Rozkłady według cech społeczno-demograficznych lub ekonomicznych nie różnią się istotnie co do częstości wskazań na osoby czy instytucje, które w pierwszej lub drugiej kolejności powinny sprawować opiekę nad samotnymi osobami starszymi. Należy zaznaczyć, że wśród kobiet zróżnicowanie odpowiedzi ze względu na różne cechy społeczno-demograficzne lub ekonomiczne jest mniejsze niż w przypadku mężczyzn. Można zatem wyciągnąć wniosek, że dla postaw wobec opieki nad samotnymi osobami starszymi czynnik kulturowy ma decydujące znaczenie, szczególnie wśród kobiet.

Najlepszym podsumowaniem analizy postaw wobec odpowiedzialności za opiekę nad samotnymi osobami starszymi, które z powodu wieku lub choroby nie są w stanie żyć samodzielnie, jest analiza odpowiedzi dotyczących organizacji tej opieki. Najwięcej wskazań (36% zarówno dla kobiet jak i mężczyzn) dotyczyło sytuacji, w której osoby starsze pozostają w miejscu zamieszkania i korzystają z dochodzącej opieki innych członków rodziny lub sąsiadów czy znajomych, niewiele mniej respondentów (27% dla kobiet i mężczyzn) wskazało na to, że osoby samotne powinny pozostać w miejscu zamieszkania i korzystać z opieki dochodzącej zawodowej opiekunki. Natomiast 16% mężczyzn i 17% kobiet odpowiedziało, że starsze osoby samotne powinny mieszkać z dziećmi lub wnukami, a 14% mężczyzn i 13% kobiet – że powinny zamieszkiwać w całodobowym domu opieki dla osób starszych. Zatem ponad połowa ankietowanych opowiedziała się za opieką sprawowaną przez członków rodziny, częściej za opieką dochodzącą niż wspólnym zamieszkiwaniem. W przypadku opieki zewnętrznej bardziej akceptowalnym rozwiązaniem jest dochodząca opiekunka niż całodobowy dom opieki.

Nieznacznie inaczej rozkładają się odpowiedzi w przypadku ubezpieczonych w KRUS: 34% mężczyzn i 35% kobiet wskazało na dochodzącą pomoc członków rodziny czy znajomych, za dochodzącą opiekunką opowiedziało się 26% mężczyzn i 24% kobiet, 23% mężczyzn i 24% kobiet uważa, że samotne osoby starsze powinny zamieszkać z dziećmi lub wnukami, całodobowy dom opieki wymieniło 7% mężczyzn i 9% kobiet. Należy zwrócić uwagę, że w porównaniu z ubezpieczonymi w ZUS częściej uznawano, że samotne osoby starsze powinny mieszkać z dziećmi lub wnukami, a rzadziej – że państwo powinno zorganizować opiekę. Świadczy to o większym znaczeniu więzów rodzinnych na wsiach.

Na dochodzącą opiekunkę jako na sposób organizacji opieki nad samotnymi osobami starszymi częściej wskazują mieszkańcy dużych miast, osoby o wykształceniu wyższym, pracujący poza rolnictwem oraz osoby zamieszkujące jednoosobowe gospodarstwa domowe. W przypadku opieki zewnętrznej w postaci całodobowego domu opieki odsetki wskazań według omawianych cech społeczno-demograficznych i ekonomicznych wahają się od 13% do 16%. Wyjątek stanowi rozkład odpowiedzi według sytuacji rodzinnej dla mężczyzn – żyjący w jednoosobowych gospodarstwach zdecydowanie częściej (17%) niż mężczyźni z innych gospodarstw (13%) wskazywali domy opieki. Dla kobiet takich różnic nie zanotowano.

Porównując oczekiwania w stosunku do tego, kto powinien pomagać w sprawowaniu opieki nad dziećmi i osobami starszymi należy podkreślić, że wciąż najistotniejsze znaczenie ma rodzina i krewni: w przeważającej części w pierwszej kolejności i w znacznej – w drugiej kolejności. Znaczenie zewnętrznej opieki świadczonej przez państwo czy wyspecjalizowane jest większe w przypadku opieki nad osobami starszymi niż nad dziećmi.

Zewnętrzna opieka świadczona przez państwo czy wyspecjalizowane instytucje ma większe znaczenie w przypadku opieki nad osobami starszymi niż dziećmi. Rozwiązaniem bardziej akceptowalnym społecznie jest przy tym docho-

dząca opiekunka niż całodobowy dom opieki. Wyniki analiz wskazują więc wyraźnie, że podstawową odpowiedzialność za opiekę przypisuje się najbliższej rodzinie oraz krewnym, i od nich oczekuje się świadczenia opieki.

W postawach ankietowanych wobec odpowiedzialności za opiekę wyraźnie zaznacza się silny czynnik kulturowy przejawiający się we wskazaniach na rodzinę, jako podstawowego dostawcy opieki nad małymi dziećmi i osobami starszymi.

4.4.3. *Postawy wobec opieki instytucjonalnej*

Analiza postaw respondentów wobec opieki zewnętrznej (instytucjonalnej), w szczególności w zakresie powodów nieskorzystania z niej, pozwoli zidentyfikować najważniejsze bariery w korzystaniu z opieki instytucjonalnej, tj. określić przede wszystkim, czy niekorzystanie z opieki instytucjonalnej wynika głównie z czynników strukturalnych czy kulturowych. Analiza poprzedniej części wskazuje, że postawy wobec opieki zewnętrznej kształtowane są przez zobowiązania przypisywane bliskiej i dalszej rodzinie; w niniejszej części skupimy uwagę na takich czynnikach, jak dostępność opieki instytucjonalnej i jej koszty, dostosowanie do potrzeb, jakość, itp. Szczegółowej analizie poddane zostaną powody niekorzystania z placówek opieki dla dzieci przez osoby posiadające dzieci. Podobnie rozważone zostaną przyczyny niekorzystania z placówek opieki dla dorosłych oraz z usług opiekunki w opiece nad dorosłymi.

Przyczyny niekorzystania z opieki instytucjonalnej w opiece nad dziećmi

Niekorzystanie z placówek opieki dla dzieci wynikało najczęściej z następujących poglądów, podanych przez mężczyzn posiadających dzieci: opieka rodziców jest najlepsza dla dziecka (61%), opieka matki jest najlepsza dla dziecka (58%), opieka rodziny jest lepsza niż placówka opieki (52%). Połowa ankietowanych mężczyzn odpowiedziała, że sami sobie radzą z opieką nad dziećmi. Zaledwie co czwarty ankietowany wymienił wysokie koszty, a 15% – niedostępność placówek w okolicy. Wskazania na niewystarczającą jakość opieki świadczonej w placówkach opieki nie miały znaczenia.

Dla kobiet kolejność wskazań jest nieco inna: 55% kobiet posiadających dzieci uważało, że same radzą sobie z opieką nad dziećmi, 53% – że opieka matki jest najlepsza, a nieco mniej niż połowa – że najlepsza jest opieka rodziców lub że opieka rodziny jest lepsza niż placówka opieki. Za przyczynę 23% kobiet uznało zbyt wysokie koszty placówek, a 13% – brak placówek w najbliższej okolicy. Podobnie jak poprzednio, niewystarczająca jakość opieki świadczonej w placówkach opieki nie miała znaczenia.

Wyniki te potwierdzają, że niekorzystanie z placówek opieki dla dzieci ma główne źródło w czynnikach kulturowych, co wyraża się poglądem, że rodzice najlepiej opiekują się dziećmi lub że radzą sobie we własnym zakresie i nie potrze-

buja korzystać z usług placówek opieki dla dzieci. Znaczenie czynników strukturalnych, takich jak koszty placówek i ich dostępność jest zdecydowanie mniejsze.³²

Respondenci mogli wskazać kilka powodów nieskorzystania z placówek opieki, co przedstawiono powyżej. Pytano też o powód najważniejszy. Dla mężczyzn najistotniejszym powodem nieskorzystania z placówek opieki dla dzieci jest pogląd, że opieka matki jest najlepsza dla dziecka (27%), opieka rodziców jest najlepsza dla dziecka (21%), a 17% uznało, że sami sobie radzą z opieką. Wśród kobiet także najistotniejszym powodem jest przekonanie, że najlepsza dla dziecka jest opieka matki (25%), dla 20% respondentek najlepsza jest opieka rodziców, a 19% stwierdziło, że same sobie radzą z opieką.

Zarówno dla kobiet i mężczyzn liczebności osób wskazujących na koszty czy dostępność opieki okazały się tak małe, że nie można wyciągnąć wniosków.

Analiza najważniejszego powodu nieskorzystania z placówek opieki wyraźnie podkreśla rolę czynników kulturowych w odniesieniu do opieki nad dziećmi. Wnioski te potwierdza także analiza drugich co do ważności powodów nieskorzystania z placówek opieki dla dzieci. Należy także zaznaczyć, że w przypadku ubezpieczonych w KRUS rola czynnika strukturalnego, związanego z dostępnością do placówek opieki jest większa niż ubezpieczonych w ZUS, nadal odgrywa jednak niewielką rolę. Należy także wziąć pod uwagę, że respondenci w tym pytaniu to osoby w wieku 50–65 lat (kobiety) i 55–70 lat (mężczyźni), a więc posiadające dzieci w późnym wieku, i bogate doświadczenia związane z wiekiem, co może wpływać na odpowiedzi dotyczące powodów nieskorzystania z placówek opieki dla dzieci.

Przyczyny niekorzystania z opieki instytucjonalnej w opiece nad osobami dorosłymi wymagającymi opieki

Uzupełnieniem analizy powodów niekorzystania z opieki zewnętrznej jest analiza powodów nieskorzystania z placówek opieki wśród osób, które mają w swoim gospodarstwie domowym osoby dorosłe, wymagające opieki. Respondent mógł wskazać na więcej niż jeden powód. Kobiety, które miały w swoim gospodarstwie domowym osoby dorosłe wymagające opieki najczęściej odpowiadały, że same sobie radzą z opieką (63% w porównaniu z 58% mężczyzn). Następnie 60% kobiet i 63% mężczyzn odpowiedziało, że osobiste sprawowanie opieki jest wyrazem przywiązania i uczuć do tej osoby. Równie często kobiety i mężczyźni uważali, że opieka to obowiązek dorosłych dzieci (46% kobiet i 47% mężczyzn), a 42% kobiet i 55% mężczyzn uznało, że jest to obowiązek małżonka. Warto odnotować, że 36% kobiet i mężczyzn podało, że powodem nieskorzystania z placówek

³² Liczebności kobiet i mężczyzn posiadających dzieci i nieoddających ich do placówek opieki nie pozwalają na analizę powodów niekorzystania z placówek opieki według cech społeczno-demograficznych czy ekonomicznych.

opieki były za wysokie koszty, a co dziesiąta osoba wskazała na niedostępność takich placówek w najbliższej okolicy³³.

Dla mężczyzn najważniejszym powodem nieskorzystania z placówek opieki dla dorosłych w tym przypadku jest przekonanie, że osobiste sprawowanie opieki jest wyrazem przywiązania i uczuć do tej osoby (29% wskazań), 24% respondentów uznało, że jest to obowiązek małżonka, a 17% – że dorosłych dzieci. Ponadto, także 17% mężczyzn stwierdziło, że sami sobie radzą ze sprawowaniem opieki. Wśród kobiet odpowiedzi były zbliżone: 24% stwierdziło, że osobista opieka jest wyrazem przywiązania i szacunku, 19% – że jest to obowiązek małżonka, a 24% – że to obowiązek dorosłych dzieci. Ze sprawowaniem opieki radzi sobie 19% kobiet. Liczebność kobiet i mężczyzn wskazujących czynniki strukturalne jako najważniejszy powód niekorzystania z placówek opieki były zbyt małe, aby wnioskować na ich podstawie.

Wnioski dotyczące drugich co do ważności powodów niekorzystania z placówek opieki nad osobami dorosłymi potwierdzają, że największe znaczenie mają czynniki kulturowe związane z opieką sprawowaną przez rodzinę. Na znaczeniu zyskują koszty placówek.

Reasumując, w przypadku powodów niekorzystania z placówek opieki dominujące są czynniki kulturowe, związane z przekonaniem, że opiekę nad dorosłymi powinna sprawować rodzina. Czynniki strukturalne, takie jak koszty placówek i ich dostępność, mają większe znaczenie niż w przypadku opieki nad małymi dziećmi – głównie ze względu na fakt, że koszty umieszczenia osób dorosłych w placówkach opieki są wyższe niż w przypadku placówek opieki nad dziećmi. Czynniki strukturalne tracą na znaczeniu przy wskazaniu najważniejszego powodu.

Niekorzystanie z opiekunki dla osób dorosłych jako kolejnego źródła opieki zewnętrznej najczęściej wynikało z wysokich kosztów – 72% mężczyzn i 68% kobiet podało ten powód. Połowa ankietowanych kobiet i mężczyzn, których dorośli członkowie gospodarstw domowych potrzebowali opieki, uważała, że opieka świadczona przez opiekunkę jest niewystarczająco dobra, a 43% mężczyzn i 44% kobiet wskazało na niedostosowanie opieki świadczonej przez opiekunki do potrzeb osoby potrzebującej opieki. Co czwarty ankietowany wskazał na trudności ze znalezieniem opiekunki w najbliższej okolicy³⁴.

Opieka świadczona przez opiekunkę, osobę z reguły dochodzącą, nie wiąże się ze zmianą miejsca zamieszkania przez osoby wymagające opieki. To sprawia,

³³ Liczebności kobiet i mężczyzn w gospodarstwach domowych, w których występują dorosłe osoby starsze wymagające opieki i niekorzystające z placówek opieki, nie pozwalają na analizę powodów niekorzystania z placówek opieki według cech społeczno-demograficznych czy ekonomicznych.

³⁴ Liczebności kobiet i mężczyzn, w gospodarstwach domowych, w których występują dorosłe osoby starsze wymagające opieki i niekorzystające z usług opiekunki nie pozwalają na analizę powodów niekorzystania z opiekunki według cech społeczno-demograficznych czy ekonomicznych.

że jest ona najbardziej akceptowalną formą opieki zewnętrznej. Najczęstsze przyczyny nieskorzystania z usług opiekunki wiążą się głównie z czynnikami o charakterze strukturalnym, takimi jak wysokie koszty czy niska jakość usług i ich niedostosowanie do potrzeb osoby potrzebującej pomocy, a nie z czynnikami kulturowymi. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że wskazania respondentów na niską jakość usług opiekunki czy jej niedostosowanie do potrzeb osób starszych mogą być uwarunkowane przekonaniem respondenta, że opieka świadczona przez rodzinę jest najlepsza dla osób jej potrzebujących.

Podobnie jak poprzednio, należało uszeregować powody rezygnacji z pomocy opiekunki. Najistotniejsze znaczenie miały wysokie koszty (42% mężczyzn i 39% kobiet). Dla blisko co piątego respondenta najistotniejsze znaczenie miał fakt, że opieka świadczona przez opiekunkę nie jest wystarczająco dobra (20% mężczyzn i 19% kobiet), prawie tak samo często wskazywano na niedostosowanie opieki świadczonej przez opiekunkę do potrzeb osoby potrzebującej opieki (18% mężczyzn i 22% kobiet). Trudności z dostępem do usług opiekunki były powodem niekorzystania dla 6% ankietowanych, zarówno kobiet jak i mężczyzn.

Analiza drugich co do ważności powodów niekorzystania z usług opiekunki potwierdza powyższe wnioski. Należy także zaznaczyć, że dla ubezpieczonych w KRUS rola czynnika strukturalnego, związanego z dostępnością zawodowych opiekunek, jest większa niż dla ubezpieczonych w ZUS, nadal jednak ma niewielkie znaczenie.

4.4.4. Podsumowanie

Wśród powodów niekorzystania z opieki zewnętrznej w postaci placówek opieki, zarówno nad małymi dziećmi jak i dorosłymi, dominują czynniki kulturowe. Powszechnie uważa się, że opiekę lepiej sprawuje rodzina niż instytucje zewnętrzne, w szczególności dotyczy to opieki nad małymi dziećmi. W przypadku opieki nad dorosłymi osobami wymagającymi opieki na znaczeniu zyskują czynniki strukturalne. Z analizy postaw dotyczących odpowiedzialności za opiekę wynika, że najbardziej akceptowalną formą opieki zewnętrznej, w szczególności nad osobami dorosłymi, jest opiekunka. Świadczy ona opiekę w miejscu zamieszkania osoby jej wymagającej, a podstawowym powodem nieskorzystania z tych usług są czynniki strukturalne, głównie wysokie koszty. Pomimo tego, że dla ubezpieczonych w KRUS dostępność do opieki zewnętrznej, w szczególności do zawodowych opiekunek, jest mniejsza niż dla ubezpieczonych w ZUS, nadal odgrywa jednak stosunkowo niewielką rolę jako przyczyna nieskorzystania z niej.

Wnioskowanie o rozkładach powodów niekorzystania z opieki instytucjonalnej w powiązaniu z cechami społeczno-demograficznymi jest utrudnione, ze względu na małe liczebności. Należy jednak podkreślić, że znaczenie czynnika kulturowego jest większe dla mieszkańców wsi i miast liczących do 100 tys. mieszkańców oraz dla osób gorzej wykształconych. Ponadto, wśród kobiet zaobserwowano nieco mniejsze zróżnicowanie powodów niekorzystania z opieki insty-

tucjonalnej według cech społeczno-demograficznych i ekonomicznych niż wśród mężczyzn. Niemniej jednak, niezależnie od cech społeczno-demograficznych czy ekonomicznych, znaczenie czynnika kulturowego jest przeważające.

Tak istotne znaczenie czynnika kulturowego dla postaw związanych ze sprawowaniem opieki powinno być brane pod uwagę przy tworzeniu rozwiązań systemowych w zakresie opieki instytucjonalnej jako sposobu na zwiększenie aktywności zawodowej, w szczególności osób starszych.

5. Podsumowanie

Cechy respondentów z punktu widzenia możliwości ich aktywizacji zawodowej

Badaniem ankietowym objęto osoby w wieku okołoemerytalnym (mężczyźni w wieku 55–70 lat oraz kobiety w wieku 50–65 lat) i ich gospodarstwa domowe. Podział populacji na osoby związane z rolnictwem (ubezpieczeni w KRUS) oraz związane z sektorem pozarolniczym (ubezpieczeni w ZUS) pozwolił na uchwycenie podstawowych charakterystyk tych dwóch różniących się grup. Rozróżnienie to okazało się również istotne zarówno z punktu widzenia strategii w dziedzinie zabezpieczenia emerytalnego, jak i potrzeb, oraz uwarunkowań związanych z aktywnością zawodową i opieką.

Ze względu na przeciętnie bardzo niski wiek kończenia aktywności zawodowej w Polsce, więcej niż połowa osób z badanej populacji była bierna, przy czym większy odsetek biernych zawodowo wystąpił wśród osób ubezpieczonych w ZUS niż w KRUS. Oczywiście, udział ludności biernej zawodowo rośnie wraz z wiekiem w obu grupach ubezpieczonych, przy czym proces dezaktywizacji zawodowej osób ubezpieczonych w KRUS jest wolniejszy, co szczególnie unaoczniają wartości tego wskaźnika w najstarszej grupie wieku.

Z punktu widzenia zatrzymania osób w starszych grupach wieku produkcyjnego na rynku pracy podstawowe wyzwanie dotyczy więc osób ubezpieczonych w ZUS. Inne cechy tej populacji wskazują również na większe potencjalne możliwości aktywizacji zawodowej osób ubezpieczonych w ZUS niż w KRUS.

Populacja osób ubezpieczonych w ZUS odznacza się znacznie wyższym poziomem kapitału ludzkiego w porównaniu z ubezpieczonymi w KRUS, decydującego o możliwościach pozostawania na rynku pracy. Osoby ubezpieczone w ZUS legitymują się przeciętnie dużo wyższym wykształceniem niż osoby ubezpieczone w KRUS, częściej też znają języki obce, mają prawo jazdy czy umiejętność pracy na komputerze i posługiwania się Internetem. Jednak generalnie osoby w wieku okołoemerytalnym charakteryzują się niskim poziomem opanowania podstawowych umiejętności pomagających żyć i pracować; w szczególności dotyczy to umiejętności informatycznych, co może w wielu wypadkach stanowić istotną barierę ich aktywności zawodowej.

Stan zdrowia jest jednym z istotnych czynników wpływających na aktywność zawodową osób w wieku okołoemerytalnym. Zły stan zdrowia jest przez połowę osób biernych zawodowo wskazywany jako główny czynnik utrudniający podjęcie przez nich pracy. Z analizy stanu zdrowia respondentów, przeprowadzonej na podstawie ich subiektywnej oceny oraz analizy odczuwania całkowitego lub

poważnego ograniczenia zdolności do wykonywania podstawowych czynności życiowych wynika, że lepszy stan zdrowia dotyczy osób ubezpieczonych w ZUS i osób pracujących poza rolnictwem indywidualnym w porównaniu z pracującymi w rolnictwie. Najgorszym stanem zdrowia w ocenie subiektywnej i zgodnie ze wskaźnikami zasięgu niesprawności biologicznej charakteryzują się osoby bezrobotne i biernie zawodowo.

O ile stan zdrowia nie jest barierą podniesienia aktywności zawodowej kobiet w wieku 55–59 lat ubezpieczonych w ZUS, to może być przeszkodą pozostania w zatrudnieniu dla kobiet starszych. Wydaje się także, że stan zdrowia nie jest barierą dla zatrzymania na rynku pracy mężczyzn w wieku 55–65 lat ubezpieczonych w ZUS, ale wydłużanie okresów aktywności zawodowej mężczyzn powyżej 65-go roku życia może napotkać przeszkody związane z widocznym pogarszaniem się ich stanu zdrowia. Wśród kobiet i mężczyzn ubezpieczonych w KRUS pogorszenie stanu zdrowia następuje wcześniej o około 5 lat. Wyniki naszych analiz potwierdziły także znany z innych badań ścisły związek poziomu wykształcenia ze stanem zdrowia i jego oceną. Można zatem oczekiwać, iż w przyszłości poprawa stanu zdrowia, związana z podnoszeniem się poziomu wykształcenia ludności, będzie czynnikiem zasadniczym dla dłuższego pozostawania na rynku pracy. Konieczne jest zwrócenie uwagi na to, iż możliwość wydłużania okresów aktywności zawodowej, oceniana z perspektywy stanu zdrowia, jest niejednakowa w ujęciu terytorialnym: najlepszym stanem zdrowia cieszą się mieszkańcy większych miast, najgorszym – mieszkańcy wsi.

Zgodnie z oczekiwaniami poziom dochodów ludności związanej z rolnictwem (ubezpieczeni w KRUS) był niższy od poziomu dochodów ludności związanej z sektorem pozarolniczym (ubezpieczeni w ZUS). Widoczny jest też pozytywny wpływ wykształcenia na poziom dochodów i wzrost dochodów wraz ze zmianą wielkości miejscowości zamieszkania. Sytuacja finansowa gospodarstw, których głowy pobierają emerytury w ZUS jest gorsza niż gospodarstw osób pracujących, ubezpieczonych w ZUS. Odwrotnie w przypadku ubezpieczonych w KRUS. Tam przejście na emeryturę głowy gospodarstwa domowego opłaca się, zwiększa bowiem przeciętne pieniężne dochody gospodarstw.

Zapotrzebowanie na opiekę w gospodarstwach domowych osób w wieku okołoemerytalnym

Zapotrzebowanie na opiekę w gospodarstwach domowych osób w wieku okołoemerytalnym wiąże się zarówno z przebywającymi w tych gospodarstwach dziećmi, jak i z osobami dorosłymi wymagającymi opieki. W 14% gospodarstw osób objętych badaniem żyły osoby dorosłe wymagające opieki, a w 13% – dzieci w wieku do 14 lat. Największą liczebnie grupą członków gospodarstw respondentów, wymagającą opieki, są dzieci. Są to najczęściej wnuki lub wnuczki respondentów, żyjące w większych (wielopokoleniowych) gospodarstwach domowych. Udział gospodarstw domowych osób w wieku okołoemerytalnym z ich wnukami

(wnuczkami) będzie w przyszłości zmniejszać się – w wyniku spadku dzietności oraz zmian w strukturze demograficznej gospodarstw (zmniejszanie się liczby gospodarstw wielopokoleniowych).

Mniejszą pod względem liczebności grupą wymagającą opieki są osoby dorosłe, na ogół wstępni (rodzice lub teściowie), a nieco rzadziej partnerzy badanych osób. Znaczącą grupę stanowią również dorosłe dzieci respondentów. Zwraca uwagę fakt, iż zapotrzebowanie na opiekę rośnie w grupie osób w wieku 55–64 lata oraz podwaja się w grupie wieku 65–74 lata. Wśród osób najstarszych, tj. w wieku 75 lat i więcej, zapotrzebowanie na opiekę jest bardzo wysokie i dotyczy 2/3 kobiet oraz połowy mężczyzn, przy czym rośnie wyraźnie liczba osób potrzebujących opieki w większym wymiarze czasu. Najmniej liczną grupę osób dorosłych wymagających opieki stanowią osoby poniżej 55 lat, które ze względu na stan zdrowia lub dysfunkcję wymagają wsparcia od innych.

Wraz ze starzeniem się ludności, które ulegnie przyspieszeniu po 2010 roku, liczba i udział w ludności Polski osób dorosłych wymagających opieki, w tym osób sędziwych, potrzebujących stałej opieki pochłaniającej dużo czasu, będą wzrastać, prowadząc do zwiększenia zapotrzebowania na opiekę. Sprostanie temu poprzez zwiększenie opieki świadczonej przez członków bliskiej rodziny będzie raczej niemożliwe. Bowiem spadek dzietności i migracje przyczyniają się do zmniejszenia się liczby krewnych i powinowatych, dostępnych w miejscu zamieszkania osób wymagających opieki. Osoby w wieku starszym coraz częściej będą tworzyć małe gospodarstwa z partnerem lub żyć samotnie, często w dużej odległości od innych bliskich członków rodziny.

Sprawowanie opieki

Podstawowym zagadnieniem, którego dotyczyło niniejsze badanie, jest zaangażowanie osób w wieku okołoemerytalnym w sprawowanie opieki. Jak pokazały wyniki badań, zaangażowanie osób w wieku okołoemerytalnym, w tym zwłaszcza kobiet, w sprawowanie opieki jest dość duże i różnorodne co do form opieki i jej adresatów. W związku z tym ważnym zagadnieniem jest pytanie o to, jak przemiany demograficzne przewidywane w najbliższej przyszłości oraz zmiany na rynku pracy będą wpływać na możliwość świadczenia opieki przez te osoby.

Podstawowym czynnikiem związanym ze sprawowaniem opieki przez osoby w wieku okołoemerytalnym jest obecność w gospodarstwie domowym osób wymagających opieki. Okoliczności sprzyjające opiece na dziećmi to również pobieranie świadczeń społecznych oraz związki gospodarstwa domowego z gospodarstwem rolnym. Można to wyjaśnić postawami wobec organizacji opieki nad dziećmi, wobec której podstawową rolę przypisuje się opiece rodzinnej. Wyraża się to, między innymi oczekiwaniami wobec krewnych, a zwłaszcza dziadków, dotyczącymi zaangażowania w opiekę nad dzieckiem, akceptowanymi zresztą przez połowę respondentów. Osobom pobierającym świadczenia zastępujące dochody z pracy (a więc nie zmuszonym do pracy z przyczyn ekonomicznych)

łatwiej sprostać tym oczekiwaniom, stąd dodatnia korelacja między pobieraniem świadczeń i opiekowaniem się dziećmi.

Praca w gospodarstwie rolnym i jego użytkowanie niewątpliwie ułatwia sprawowanie opieki przez osoby pracujące – ze względu na elastyczny sposób organizacji tej pracy. Innym czynnikiem zwiększającym częstotliwość opieki nad osobami spoza gospodarstwa domowego jest bliskość miejsca zamieszkania osób sprawujących opiekę i jej wymagających.

Wyniki badań pokazują, że 31% kobiet i 20% mężczyzn w wieku okołoemerytalnym jest zaangażowanych w opiekę; częściej czynią to osoby ubezpieczone w KRUS niż w ZUS. Opieka ta ma na ogół charakter ciągły (codziennie lub rzadziej – kilka dni w tygodniu) oraz pochłania najczęściej powyżej 10 godzin tygodniowo, przy czym nieco mniej czasu potrzeba na opiekę nad osobami dorosłymi niż nad dziećmi. Kobiety częściej niż mężczyźni zaangażowane są w sprawowanie opieki, jednak różnice nie są tak znaczące jak wówczas, gdy rozpatrujemy całą populację osób dorosłych.

Opieka sprawowana przez osoby w wieku okołoemerytalnym jest zdecydowanie bardziej zdywersyfikowana pod względem form i adresatów opieki niż opieka sprawowana przez osoby młodsze (Wóycicka, Rurarz 2007). Ponad połowa kobiet w wieku okołoemerytalnym sprawujących opiekę oraz prawie połowa mężczyzn zajmuje się opieką nad dziećmi. Dorosłymi opiekuje się ponad połowa kobiet sprawujących opiekę i podobny odsetek mężczyzn. Opieka świadczona przez osoby w wieku okołoemerytalnym ma wyraźnie charakter międzygeneracyjny. Dotyczy ona w przeważającej mierze wnuków (lub wnuczek) osób sprawujących opiekę lub ich rodziców (bądź teściów).

Dywersyfikacja opieki związana jest z dominującym w Polsce modelem opieki. Bliskie więzi krewnicze pełnią w nim rolę decydującą w zapewnieniu opieki, a opieka zewnętrzna o charakterze profesjonalnym pełni rolę marginalną (por. Kotowska, Sztanderska, Wóycicka 2007). W gospodarstwach domowych osób młodszych z dziećmi taki model opieki tworzy zapotrzebowanie na opiekę sprawowaną przez krewnych wewnątrz lub spoza gospodarstwa domowego. Osoby w wieku okołoemerytalnym są głównymi adresatami zapotrzebowania na tę opiekę. Jednocześnie do nich kierowane jest też zapotrzebowanie na opiekę, związane z koniecznością zapewnienia opieki nad osobami starszymi, najczęściej rodzicami i teściami, żyjącymi w ich gospodarstwach domowych lub poza nimi.

Zaangażowanie w opiekę wewnętrzną przewyższa pod względem częstotliwości i czasu jej poświęconego zaangażowanie w opiekę zewnętrzną. Dotyczy to zarówno opieki nad osobami dorosłymi jak i dziećmi. Formy zaangażowania w opiekę (opieka zewnętrzna i wewnętrzna) zależą w dużej mierze od tego, gdzie żyją osoby wymagające opieki. W gospodarstwach domowych dużych, często wielopokoleniowych, sprawowanie opieki dotyczy na ogół członków tych gospodarstw. Jeśli gospodarstwo respondenta jest małe, jedno- lub dwuosobowe, osoby wymagające opieki żyją poza jego gospodarstwem. Powoduje to zdecydowanie

większe zaangażowanie w opiekę zewnętrzną. Osoby pochodzące z mniejszych gospodarstw domowych zaangażowane są rzadziej w sprawowanie opieki nad osobami żyjącymi we wspólnym gospodarstwie (opieka wewnętrzna) niż osoby pochodzące z większych gospodarstw domowych. Częściej natomiast niż osoby z większych gospodarstw domowych sprawują one opiekę nad osobami spoza gospodarstwa domowego (opieka zewnętrzna). Jednakże ich zaangażowanie w opiekę zewnętrzną nie kompensuje w pełni mniejszego zaangażowania w opiekę wewnętrzną.

Należy przypuszczać, że wraz ze zmianą struktury gospodarstw domowych (wzrost liczby gospodarstw jednorodzinnych bez osób spoza rodziny, wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych, zmniejszanie się liczby gospodarstw wielorodzinnych) zaangażowanie osób w wieku okołoemerytalnym w opiekę wewnętrzną będzie maleć, rosnąć natomiast będzie potrzeba ich zaangażowania w opiekę zewnętrzną z powodu wspomnianego nasilenia procesu starzenia się ludności. Jednak możliwości sprostania rosnącemu zapotrzebowaniu na sprawowanie opieki zewnętrznej nad osobami dorosłymi będą ograniczone ze względu na odległość pomiędzy miejscem zamieszkania gospodarstw domowych osób mogących sprawować opiekę oraz osób wymagających opieki, a także mniejszą liczbę osób tworzących grupy krewnicze. Podobnie, zmiany w strukturze demograficznej rodzin oraz zwiększenie mobilności przestrzennej będzie wpływać na ograniczenia w możliwości zapewnienia opieki nad dziećmi (głównie wnukami) przez osoby w wieku okołoemerytalnym. Już teraz około 5% badanej populacji nie może sprostać potrzebom opiekuńczym, głównie ze względu na zbyt dużą odległość oraz niemożność zaspokojenia specyficznych potrzeb osób wymagających opieki.

Zwraca uwagę znacząca rola opieki sprawowanej przez osoby w wieku okołoemerytalnym nad ich wnukami i wnuczkami. Opieka wewnętrzna, związana ze wspólnym zamieszkiwaniem z dzieckiem, ma charakter wyraźnie substytucyjny wobec korzystania z placówek opieki lub pomocy opiekunki. Opieka zewnętrzna nad dziećmi dotyczy częściej dzieci, które korzystają również z opieki instytucjonalnej. Można przypuszczać, że zmniejszanie się liczby gospodarstw wielopokoleniowych i ograniczenie możliwości sprawowania opieki wewnętrznej nad dziećmi będzie wywoływać wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze nad dziećmi (opiekę instytucjonalną lub opiekunki domowe). Podobnie oddziałuje wzrost aktywności zawodowej kobiet wychowujących małe dzieci.

Warto tu podkreślić, że substytucja opieki nad dziećmi, sprawowanej przez osoby w wieku okołoemerytalnym, przez dobrej jakości opiekę instytucjonalną lub profesjonalne opiekunki może sprzyjać rozwojowi dziecka poprzez lepsze zaspokojenie potrzeb edukacyjnych właściwych dla tego etapu jego rozwoju.

Również opieka nad osobami dorosłymi wymagającymi opieki ma głównie charakter krewniczy. Podobnie jak w przypadku opieki nad dziećmi, opieka wewnętrzna nad osobami dorosłymi rzadko związana jest z korzystaniem z innych (w tym instytucjonalnych) form opieki. Częściej taka sytuacja ma miejsce w przy-

padku opieki sprawowanej nad osobą spoza gospodarstwa domowego. Tu znowu, zmniejszanie się liczby rodzin wielopokoleniowych oraz wzrost zapotrzebowania na opiekę nad osobami starszymi będą zwiększały zapotrzebowanie na inne niż krewniacza formy pomocy.

Reasumując, osoby w wieku okołoemerytalnym pełnią znaczącą rolę w organizacji opieki zarówno nad dziećmi, jak i osobami dorosłymi. Związane to jest z dominującym w Polsce modelem opieki – silnie ugruntowanym kulturowo – który nakłada obowiązek opieki przede wszystkim na najbliższych krewnych, z różnych generacji. Ich opieka w gospodarstwie domowym pełni wyraźnie rolę substytucyjną wobec opieki zewnętrznej (w tym profesjonalnej), ograniczając zapotrzebowanie na te formy opieki. Opieka nad osobami spoza gospodarstwa domowego pełni częściej rolę komplementarną do innych, profesjonalnych form opieki.

Zmiany struktury demograficznej gospodarstw domowych prowadzić będą do ograniczenia możliwości zaspokojenia zapotrzebowania na opiekę wewnątrz gospodarstwa domowego. Nastąpi przesunięcie zapotrzebowania z opieki wewnątrz gospodarstwa domowego na rzecz opieki zewnętrznej, czyli sprawowanej przez osoby spoza gospodarstwa. Jednak możliwości zapewnienia opieki zewnętrznej w ramach sieci krewniaczej będą się zmniejszać wraz ze wzrostem mobilności przestrzennej ludności Polski oraz zmniejszaniem się kręgu osób należących do najbliższej rodziny.

Dodatkowym czynnikiem ograniczenia możliwości sprawowania opieki przez członków bliskiej rodziny jest konieczny wzrost aktywności zawodowej osób starszych, w szczególności kobiet. Oprócz zachęt do pozostawania dłużej na rynku pracy sprzyjać będzie temu wzrost poziomu wykształcenia kobiet. W tym samym kierunku prowadzić może również polityka podnoszenia wieku emerytalnego. Zmniejszenie możliwości sprawowania opieki przez członków rodziny na wsi związane będzie z restrukturyzacją wsi i rolnictwa.

Ograniczeniom związanym z możliwością sprawowania opieki w przyszłości przez osoby w wieku okołoemerytalnym towarzyszyć będą zmiany dotyczące form i adresatów tej pomocy. Będzie bowiem coraz więcej osób dorosłych, wymagających opieki, w tym również sędziwych, wymagających opieki bardzo intensywnej. Wraz ze wzrostem zapotrzebowania na opiekę zewnętrzną nastąpi wzrost zapotrzebowania na inne poza siecią krewniaczą formy pomocy, w tym pomocy instytucjonalnej. Konflikt pomiędzy zapotrzebowaniem na opiekę a możliwością jej zaspokojenia będzie narastać. Łagodzić go mogą tylko działania adaptacyjne do przewidywanych zmian demograficznych i zmian na rynku pracy, polegające na wzroście dostępności innej niż krewniacza form opieki, w tym opieki instytucjonalnej.

Sprawowanie opieki jako bariera aktywności zawodowej

Wyniki badania potwierdzają przypuszczenie, że zainteresowanie aktywizacją zawodową osób biernych zawodowo w wieku okołoemerytalnym maleje

wraz z wiekiem. Jest ono zdecydowanie mniejsze w przypadku osób ubezpieczonych w KRUS niż w ZUS. Jednak należy zwrócić uwagę, iż w najniższych grupach wieku zainteresowanie podjęciem pracy jest znaczące (2/5 osób ubezpieczonych w ZUS oraz 1/4 osób ubezpieczonych w KRUS). Chęć podjęcia pracy, co zrozumiale, związana jest częściej z niskimi, niesatysfakcjonującymi dochodami oraz z dobrym stanem zdrowia.

Jeden z istotnych problemów sformułowanych w badaniu dotyczył warunkowań i barier aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym. Interesowano się w szczególności, czy i w jakim stopniu sprawowanie opieki może być barierą aktywności zawodowej osób w tym wieku. Wyniki analiz wskazują, że opieka nie jest postrzegana jako znacząca bariera aktywności zawodowej. Sprawowanie opieki obecnie nie jest czynnikiem dezaktywizującym osoby w wieku przedemerytalnym i nie stanowi istotnej bariery w aktywizacji zawodowej osób biernych na rynku pracy.

Silne preferencje związane z zapewnieniem opieki, gdy takie potrzeby występują w gospodarstwie domowym lub wśród bliskich krewnych spoza gospodarstwa, oraz słabe motywacje do podjęcia lub zwiększania aktywności zawodowej – zwłaszcza osób z niższym wykształceniem – powodują, że opieka nie jest postrzegana przez większość badanych osób jako zajęcie konkurencyjne do aktywności zawodowej. Co prawda prawie 1/5 osób ubezpieczonych w ZUS (i co dziesiąta kobieta ubezpieczona w KRUS) chciałaby ewentualnie wykorzystać czas opieki, gdyby nie była ona potrzebna, na aktywność zawodową, ale zdecydowana większość nie byłaby zainteresowana zmniejszaniem czasu poświęconego na opiekę.

Jednak im większe jest obciążenie opieką, tym bardziej postrzegana jest ona jako bariera dla podjęcia pracy. Znaczenie czasu przeznaczonego na opiekę jako bariery aktywności zawodowej rośnie wraz z wielkością miejsca zamieszkania oraz wykształceniem. W dłuższej perspektywie, wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ludności czas poświęcony na sprawowanie opieki może być odczuwany jako bariera aktywności zawodowej przez coraz więcej osób w wieku przed- i wczesnoemerytalnym. Można więc stwierdzić, że chociaż obecnie konieczność sprawowania opieki nie przesądza o niskiej aktywności zawodowej osób w tym wieku, to zmniejszanie obciążenia opieką może być jednym z czynników sprzyjających aktywizacji zawodowej tej grupy ludności, zwłaszcza osób z wyższym poziomem wykształcenia. Ponadto, zainteresowanie ograniczeniem czasu poświęconego opiece może występować wtedy, gdy pojawią się silne zachęty (lub konieczność) pozostawiania na rynku pracy dłużej niż obecnie. Charakterystyczne jest bowiem, że osoby pracujące poświęcają opiece mniej czasu niż osoby bierno zawodowo. Warto też zwrócić uwagę, że połowa osób łączących pracę z opieką uważa, iż sprawowanie przez nich opieki byłoby łatwiejsze, gdyby mieli oni możliwość skrócenia wymiaru czasu pracy oraz zmiany godzin pracy. Możliwość skrócenia czasu pracy cieszy się wyraźnym zainteresowaniem osób z wykształceniem co najmniej średnim oraz zamieszkujących duże miasta.

Od 2015 r. spodziewać się należy szybkiego wzrostu zapotrzebowania na opiekę wynikającego z przyśpieszenia procesu starzenia się ludności i skokowego wzrostu liczby osób w wieku 65 lat i więcej z powodu wkraczania do tej grupy wieku powojennego wyżu urodzeń. Dodatkowo jeszcze przyczyniają się do tego zmiany struktur rodzinnych wynikające ze spadku dzietności i emigracji, zwłaszcza odpływu kobiet. Z drugiej strony konieczne działania w celu wzrostu aktywności zawodowej osób powyżej 50 roku życia (takie jak zwiększenie motywacji do późniejszego przechodzenia na emeryturę w nowym systemie emerytalnym, likwidacja możliwości przechodzenia na wcześniejszą emeryturę, zrównywanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn i inne) wpłyną na ograniczenie potencjalnych zasobów opieki. Chociaż więc obecnie sprawowanie opieki nie pozostaje w konflikcie z wykonywaniem pracy, to w bliskiej przyszłości bez rozwoju opieki formalnej (instytucjonalnej i usług rynkowych), należy oczekiwać nasilenia się konfliktu między pracą i opieką.

Trudności godzenia zobowiązań opiekuńczych z pracą zawodową mogą być szczególnie odczuwalne przy wzroście aktywności zawodowej kobiet ubezpieczonych w ZUS, w mniejszym stopniu w wyniku wzrostu aktywności zawodowej innych grup ubezpieczonych. Dlatego rozwijanie alternatywnych wobec opieki rodzinnej form opieki zewnętrznej zarówno wobec osób dorosłych jak i dzieci należy traktować jako działania wspierające aktywizację kobiet w starszym wieku pracujących poza rolnictwem.

Ponadto, należy mocno podkreślić, że brak dostępu do dogodnych form opieki nad dzieckiem, może nie tylko utrudnić zatrzymanie na rynku pracy osób starszych, zwłaszcza kobiet będących babciami, ale także wpływać na dezaktywizację młodych matek wychowujących małe dzieci, dotychczas w dużym stopniu korzystających z pomocy dziadków i babć. Uważamy także, że brak dostępu do odpowiednich usług opieki nad osobami dorosłymi w miejscu ich zamieszkania, może oddziaływać na wzrost zapotrzebowania na publiczne usługi opiekuńcze w formie stacjonarnej, co wpłynie niekorzystnie na funkcjonowanie osób w podeszłym wieku w środowisku rodzinnym i lokalnym oraz zwiększy koszty opieki. Można jednak też przypuszczać, że pojawienie się w przyszłości napięć pomiędzy pracą osób starszych a opieką będzie zwiększać niewielkie obecnie zainteresowanie zewnętrznymi usługami opiekuńczymi, co zwiększy popyt na nie i ułatwi ich rozwój.

Rola opieki profesjonalnej

Badania nad aktywnością zawodową, edukacyjną i rodzinną zrealizowane w 2005 r. wskazywały, że opieka krewniacza ma wyraźny priorytet przed opieką instytucjonalną i opieką profesjonalnej opiekunki (Kotowska, Sztanderska, Wóycicka 2007). Również obecne badania potwierdziły, że tam gdzie jest to możliwe, czyli przede wszystkim w większych gospodarstwach domowych, opieka zapewniana jest prawie całkowicie przez członków gospodarstwa. Respondenci pytani

o preferencje dotyczące zapewnienia opieki w sytuacji, gdy sami nie mogliby jej sprawować, również w pierwszej kolejności wskazują na opiekę krewniaczą. Dotychczasowe badania nie pozwoliły udzielić odpowiedzi na to, jakie są źródła silnych preferencji związanych z opieką rodzinną: czy mają one głównie charakter ekonomiczny (a więc strukturalny) czy też kulturowy. Rosnąca w przyszłości luka pomiędzy zapotrzebowaniem na opiekę a możliwością jej zaspokojenia w ramach sieci krewniaczych stawia ponownie pytanie o bariery korzystania z opieki profesjonalnej. Wyniki tego badania nad barierami aktywności zawodowej osób starszych pokazały, że czynniki kulturowe sytuują odpowiedzialność rodziny za opiekę wysoko na skali preferencji dotyczącej wykorzystania czasu, przynajmniej w grupie osób w wieku okołoemerytalnym. Nie oznacza to jednak, że zwiększenie dostępności do dobrej jakości i tanich usług opiekuńczych nie powiększy stopnia korzystania z tej formy opieki. Koszt, jakość i dostęp do usług zgodnych z potrzebami odbiorcy dostrzegane są bowiem jako istotne bariery korzystania z usług opiekuńczych dla dzieci i osób starszych. W przypadku zapotrzebowania na opiekę zewnętrzną, której rola będzie w przyszłości rosła, opieka krewnych ma często charakter komplementarny wobec opieki instytucjonalnej, pełniąc znacznie bardziej istotną rolę niż w przypadku opieki wewnętrznej, realizowanej w wielopokoleniowych gospodarstwach domowych.

Normy i postawy wobec aktywności zawodowej i opieki

Istotną barierą wzrostu aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym jest słabe zrozumienie wpływu procesu starzenia się ludności na indywidualne decyzje dotyczące aktywności zawodowej. Około połowa ankietowanych albo nie była świadoma prostych konsekwencji procesu starzenia się ludności albo zajmowała bierną postawę pogodzenia się z niższą emeryturą. Konieczność wydłużania okresów pracy, związana ze starzeniem się ludności nie jest postrzegana przez osoby w wieku przed- i wczesnym emerytalnym jako ich indywidualne wyzwanie. Jednak wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia świadomość konieczności dostosowania się do procesu starzenia się ludności rośnie: osoby z wyższym wykształceniem, a zwłaszcza osoby ubezpieczone w ZUS, zdecydowanie częściej widzą potrzebę późniejszego przechodzenia na emeryturę oraz oszczędzania przez całe życie w celu zapewnienia odpowiedniej emerytury.

Wyniki badania ankietowego pokazały wysokie przywiązanie do opieki realizowanej w ramach więzi międzypokoleniowych. Pomoc dziadków i babć, oraz w dalszej kolejności innych krewnych w opiece nad wnukami jest głęboko zakorzeniona w świadomości osób w wieku okołoemerytalnym. Również w przypadku opieki nad osobami dorosłymi oczekuje się, że powinna ona być realizowana przez ich współmałżonków oraz dorosłe dzieci, a gdy osoby wymagające opieki są samotne – przez dorosłe dzieci. Przekonanie o tym, że opiekę powinni sprawować członkowie rodziny, jest silniejsze wśród kobiet niż mężczyzn. Wynika z niego duża społeczna akceptacja sprawowania przez kobiety (i w nieco mniejszym stop-

niu przez mężczyzn) opieki nad innymi kosztem wcześniejszego wycofania się z rynku pracy, co może stanowić istotną barierę działań służących podnoszeniu wieku emerytalnego.

Wnioski dla polityki aktywizacji osób starszych

Ze względu na niższy poziom aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym ubezpieczonych w ZUS niż w KRUS, aktywizacja osób w wieku okołoemerytalnym koncentrować się winna na tej grupie ubezpieczonych. Jednocześnie, charakterystyka obu grup ubezpieczonych wskazuje, że polityka aktywizacji zawodowej osób ubezpieczonych w ZUS będzie napotykać mniejsze bariery niż dotyczące osób ubezpieczonych w KRUS. Wyjątkiem jest problem łączenia pracy z opieką, który jest poważniejszym wyzwaniem dla polityki w przypadku aktywizacji zawodowej osób, w tym zwłaszcza kobiet, ubezpieczonych w ZUS niż w KRUS.

Poważnymi barierami podnoszenia aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym są stan zdrowia tej populacji oraz niskie umiejętności cywilizacyjne, zwłaszcza dotyczące technologii informatycznych. Inną poważną barierą jest brak świadomości, że konieczne jest dostosowanie indywidualnych decyzji dotyczących pracy zawodowej do wyzwań związanych ze starzeniem się ludności. W tym kontekście zwiększanie aktywności zawodowej osób ubezpieczonych w KRUS napotykać będzie zdecydowanie większe bariery niż dotyczące osób ubezpieczonych w ZUS, jednakże i dla tej drugiej grupy ubezpieczonych bariery aktywizacji są znaczące. Podjęcie szerszej akcji uświadamiającej, w jaki sposób należy dostosowywać się do procesów starzenia się ludności – w skali makro i na poziomie gospodarstw domowych – mogłoby te bariery osłabić.

Skokowy wzrost zapotrzebowania na opiekę nad osobami dorosłymi, jaki nastąpi od 2015 r. oraz konieczny wzrost aktywności zawodowej osób powyżej 50-tego roku życia może powodować, że konflikt pomiędzy pracą zawodową osób w wieku okołoemerytalnym a sprawowaną przez nich opieką będzie się nasilać. Dlatego podnoszeniu wieku emerytalnego oraz innym działaniom aktywizującym powinny towarzyszyć rozwiązania, które umożliwiają elastyczne przechodzenie na emeryturę (częściowa emerytura związana ze zmniejszeniem czasu pracy) i łączenie sprawowania opieki z pracą. Niezbędny jest też rozwój usług (placówek opieki nad dziećmi, usług domowych i pielęgnacyjnych, oraz stacjonarnych form opieki nad osobami dorosłymi) pozwalających na zmniejszenie czasu poświęconego opiece przez osoby w wieku okołoemerytalnym.

Uzasadnione czynnikami kulturowymi przywiązanie do opieki realizowanej w ramach sieci krewniaczych, ze znaczącą rolą więzi międzypokoleniowych, jest niewątpliwie zjawiskiem korzystnym. Jednakże zmiany w strukturze demograficznej gospodarstw domowych oraz zwiększenie mobilności przestrzennej ludności ograniczą możliwości sprawowania tej opieki przez osoby w wieku okołoemerytalnym. Starzenie się społeczeństwa oraz wzrost aktywności

zawodowej ludności, w tym również kobiet wychowujących dzieci, spowoduje wzrost zapotrzebowania na opiekę. Luka ta musi być wypełniona przez rozwój usług opiekuńczych.

Chodzi tu o tanie, łatwo dostępne usługi domowe, niestacjonarne formy opieki (dzienne domy pomocy, kluby seniora itp.) skierowane do osób dorosłych wymagających opieki, różnorodne formy wsparcia oparte na pomocy sąsiedzkiej bądź lokalnej dla osób dorosłych, które mogłyby być organizowane przez samorządy lub organizacje pozarządowe wspierane przez samorządy gmin. Warto zwrócić uwagę, że zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze obejmuje zarówno różnorodne usługi domowe, których rozwój byłby związany z aktywizacją osób o stosunkowo niskich kwalifikacjach, poszukujących elastycznego czasu i organizacji pracy, jak i usługi wymagające zaangażowania wykwalifikowanego pracownika socjalnego (opiekuna), przygotowanego do pomocy osobie starszej. Rosnąć też będzie zapotrzebowanie na specjalistyczne usługi pielęgnacyjne, zarówno w formie stacjonarnej, półstacjonarnej, jak i domowej.

Opieka nad dziećmi powinna być w większym stopniu zapewniana przez dobrej jakości i tanie usługi placówek opiekuńczych (przedszkola i żłobki), do których dostęp jest obecnie bardzo ograniczony. Ważną rolę w zmniejszeniu obciążenia osób w wieku okołoemerytalnym opieką nad dziećmi (wnukami) powinien pełnić system edukacji. Szkoły powinny zapewnić opiekę po lekcjach, pomoc w odrabianiu lekcji i posiłek. Podobnie ważną rolę pełnić mogą świetlice osiedlowe dla dzieci i młodzieży.

Niewątpliwie ciężar zadań adaptacyjnych spoczywa na samorządach gmin i miast, które powinny diagnozować zapotrzebowanie na różne formy opieki oraz tworzyć rozwiązania dostosowane do potrzeb mieszkańców. Ważnym elementem wspierającym powinna być profesjonalizacja usług domowych i pielęgnacyjnych poprzez kształcenie opiekunek i opiekunów domowych oraz ustanowienie standardów i nadzoru nad jakością świadczonych usług.

Literatura

- Abramowska A., 2005, *Projekcja liczby osób starszych wymagających opieki w Polsce*, raport z badań własnych, Instytut Statystyki i Demografii, Szkoła Główna Handlowa.
- Abramowska A., 2006, *Projekcja liczby osób starszych według płci, wieku i pozycji w gospodarstwie domowym w Polsce*, raport z badań, Instytut Statystyki i Demografii, Szkoła Główna Handlowa.
- Abramowska-Kmon A., 2007, *Indywidualne demograficzno-społeczne determinanty stanu zdrowia osób starszych – próba kwantyfikacji ich wpływu*, raport z badań własnych, ISiD KAE, SGH.
- Aliaga Ch., Romans F., 2006, *The employment of seniors in the European Union*, "Statistics in Focus, Population and Social Conditions", 15/2006.
- Bień B., 2003, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] Synak B., *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Daszyńska M., 1998, *Korzystanie gospodarstw domowych z pomocy*, [w:] GUS, *Zróżnicowanie warunków życia w Polsce w 1997 r.*, GUS, Warszawa.
- Hardarson O., 2007, *People outside the labour force: the downward trend continues*, "Statistics in Focus", 122/2007.
- Lanzieri G., 2006, *Long-term population projections at national level*, "Statistics in Focus", 3/2006.
- Matysiak A. 2007, *Organizacja czasu pracy i opieki*, [w:] Kotowska I.E., Sztanderska U., Wóycicka I. (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.
- Milic-Czerniak R., 1999, *Zachowania przystosowawcze do nowych warunków ekonomicznych*, [w:] Beskid L. (red.), *Zmiany w życiu Polaków w gospodarce rynkowej*, IFiS PAN, Warszawa.
- Okrasa W., 1999, *The Dynamics of Poverty and the Effectiveness of Poland's Safety Net (1993–96)*, Policy Research Working Paper 2221, World Bank, Washington DC.
- Romans F., 2007, *The transition of women and men from work to retirement*, "Statistics in focus, Population and Social Conditions", 97/2007.
- Sowa A., 2007, *Nierówności zdrowia. Analiza wpływu zmiennych społeczno-ekonomicznych* [w:] Golinowska S. (red.), *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Styre M., 2007, *Transfery finansowe i opieki w nieformalnych sieciach wsparcia*, [w:] Kotowska I.E., Sztanderska U., Wóycicka I. (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.
- Wóycicka I., Rurarz R., 2007, *Świadczenie opieki*, [w:] Kotowska I.E., Sztanderska U., Wóycicka I. (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.