

Joanna RUTECKA*

ŚWIADCZENIA EMERYTALNE A ZASPOKOJENIE ZMIENIAJĄCYCH SIĘ POTRZEB W OKRESIE DEZAKTYWIZACJI ZAWODOWEJ

Streszczenie: Klasyczne formy wypłaty świadczeń emerytalnych (wypłata programowana, renta dożywotnia, wypłata jednorazowa) nie uwzględniają faktu, iż potrzeby jednostek zmieniają się istotnie w trakcie okresu emerytalnego. W początkowej fazie, pomimo najbardziej widocznego i odczuwalnego - w porównaniu z wcześniejszymi zarobkami - spadku dochodów, emeryt jest zwykle w stosunkowo dobrym zdrowiu, a jego potrzeby związane z pokryciem kosztów utrzymania i leczenia są relatywnie niższe niż w okresie późniejszym. W rezultacie wraz z wiekiem emeryta obniża się poziom zaspokojenia jego potrzeb przez świadczenia z systemu emerytalnego – pogłębieniu ulega luka w dochodach emerytalnych.

W niniejszym opracowaniu podjęto próbę oceny tego niedopasowania w Polsce. Bazując na przeprowadzonych dotychczas badaniach przedstawiono, w jaki sposób potrzeby emerytów zmieniają się wraz z wiekiem i w jakim stopniu świadczenia z obowiązkowego systemu emerytalnego dostarczają dochodów na pokrycie tych potrzeb. Wobec stwierdzenia występowania w Polsce zmiennej w czasie luki dochodowej w okresie emerytalnym, w ostatniej części zaproponowano rozwiązania, które pomogłyby zmniejszyć jej rozmiary i przeciwdziałać wzrostowi luki w kolejnych latach życia emeryta.

Słowa kluczowe: system emerytalny, emerytury, luka emerytalna, potrzeby emerytalne, ubezpieczenia pielęgnacyjne

OLD-AGE PENSION BENEFITS IN POLAND – DO THEY MEET CHANGING NEEDS OF THE RETIRED?

Summary: Benefits from old-age pension systems are usually paid in a form of pure annuity, programmed withdrawal or lump sum. Offering rather flat level of regular or single benefits such products are not tailored to the changing needs in old-age. In first years after retirement individuals are in relatively good health and their basic needs are

* dr, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Analiz Ekonomicznych, Instytut Statystyki i Demografii, Zakład Demografii

generally covered by benefits from mandatory pension system. Although they face some reduction in income compared with the working period, their economic situation and relative level of benefits (replacement rate) are high. The situation changes a few years later when some disabilities appear and the retired need external, formal or informal, help in everyday activities.

The article focuses on the assessment of the scope of pension income gap in Poland taking into consideration the changing needs of beneficiaries through the whole retirement period. Analysis of existing data on incomes and expenditures of the retired in Poland resulted in indicating changes in consumption patterns in old-age and answering the question whether the national pensions cover changing needs in every period of old-age. Finally, some recommendations were made how to reduce the existing pension gap and to avoid their occurrence in future.

Key words: old-age pension system, old-age pension benefits, pension gap, needs of the retired, long-term care insurance

WPROWADZENIE

System zabezpieczenia emerytalnego to istniejące rozwiązania instytucjonalne zmierzające – na ogół poprzez ustanowienie zasad gromadzenia oszczędności emerytalnych oraz dokonywania wypłat świadczeń emerytalnych – do zapewnienia uczestnikom systemu niezarobkowych odpowiednich środków utrzymania na okres starości (Szumlicz, 2005, s. 243). Inne źródła podają natomiast, że celem zabezpieczenia na starość jest przywrócenie zdolności do zaspokajania potrzeb w związku z „byciem starym” (Handschke, Łyskawa i Ratajczak, 2005, s. 146).

Najpowszechniejszą zinstytucjonalizowaną formą zabezpieczenia emerytalnego są obecnie bazowe systemy emerytalne organizowane i inicjowane przez państwo (Rutecka, 2014a, s. 44). Systemy obowiązkowe (bazowe) powinny dostarczyć świadczenia adekwatnego do potrzeb osób w wieku emerytalnym. Adekwatność należy w tym przypadku rozpatrywać zarówno w aspekcie sposobu wypłaty, jak i wysokości świadczeń.

Emerytura to świadczenie długookresowe przysługujące dożywotnio osobie, która osiągnęła wymagany wiek i zaprzestała aktywności zawodowej (*Leksykon Polityki Społecznej*, s. 47).¹ Świadczenie takie może być wypłacane w formie renty dożywotniej, wypłaty programowanej lub wypłaty jednorazowej. Bazowe, obowiązkowe systemy emerytalne wykorzystują zwykle rozwiązania w formie renty dożywotniej z uwagi na konieczność ochrony przed ryzykiem długowieczności przejawiającą się w obowiązku zapewnienia wypłaty emerytury

¹ Należy jednak zaznaczyć, że warunek zaprzestania aktywności zawodowej traci obecnie na powszechność.

do końca życia jednostki (szerzej o możliwych formach wypłaty: Rutecka, 2012a, s. 82).

W większości bazowych systemów emerytalnych oferowana jest renta natychmiastowa, najczęściej bez żadnego okresu gwarantowanego, ale z coroczną waloryzacją dla utrzymania realnej wartości świadczenia. Najczęściej stosowaną waloryzacją jest waloryzacja inflacyjna lub inflacyjno-płacowa (takie rozwiązanie przyjęto w Polsce). Czasami zaobserwować można także waloryzację kwotową, której stosowanie wynika często z uwarunkowań politycznych.

Emerytury wypłacane z nowego systemu emerytalnego w Polsce są obliczane według formuły zdefiniowanej składki i przyjmują formę indywidualnej renty dożywotniej. Jej wysokość jest ilorzem łącznego stanu kont w ZUS i przeciętnego dalszego trwania życia wyrażonego w miesiącach dla osoby w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego. Oznacza to, że wysokość świadczenia jest uzależniona od wysokości uprawnień zgromadzonych na kontach administrowanych przez ZUS (a więc wysokości wpłaconych składek i tempa ich waloryzacji) oraz wieku przejścia na emeryturę. Rozwiązanie takie zachęca do przedłużania aktywności zawodowej w myśl prostej zasady: im dłużej wpłacasz składki i im później kończysz aktywność zawodową, tym wyższa jest twoja emerytura.

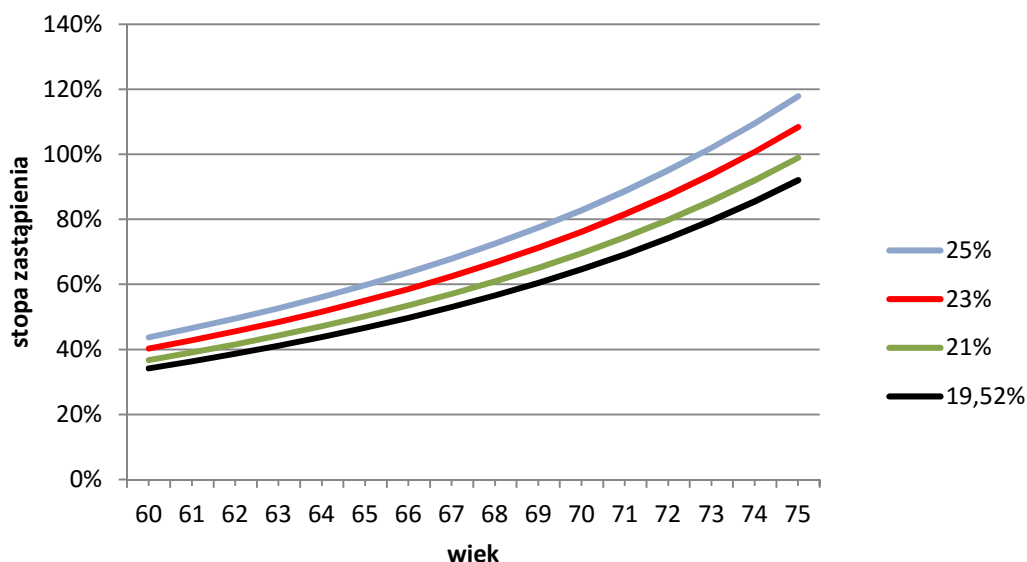
1. POZIOM ŚWIADCZEŃ Z POLSKIEGO BAZOWEGO SYSTEMU EMERYTALNEGO – UJĘCIE DYNAMICZNE

Reforma emerytalna wprowadzona w 1999 r. spowodowała silniejsze powiązanie świadczeń z wysokością opłaconej wcześniej składki, długością okresu wpłacania składek i długością okresu pobierania świadczenia emerytalnego. Dla osób przechodzących na emeryturę w wieku 60 lat, świadczenia oferowane przez nowy system są relatywnie niższe niż te, które przysługiwałyby im według wcześniejszej formuły emerytalnej.² Stopa zastąpienia³ dla osoby uczestniczącej jedynie w obowiązkowej części systemu emerytalnego i zarabiającej przeciętne wynagrodzenia wyniosłaby w takim przypadku jedynie ok. 35% (wykres poniżej). Zgodnie z nową formułą emerytalną, świadczenie będzie znacznie wyższe, jeśli ubezpieczony odłoży moment przejścia na emeryturę o kolejne lata, wydłużając tym samym okres opłacania składek i skracając czasu pobierania świadczenia. Wprowadzone w 2012 r. podwyższenie wieku emerytalnego do poziomu 67 lat spowoduje wzrost świadczenia do poziomu ok. 50% ostatniego wynagrodzenia. Gdyby ubezpieczony chciał uzyskać taką stopę zastąpienia w wieku 60 lat musiałby zapłacić znacznie wyższą składkę (wyższą o ok. 10 p.p.) do systemu obowiązkowego lub w ramach dodatkowego systemu emerytalnego.

² Stopa zastąpienia w „starym” systemie emerytalnym wynosiła ok. 62% (osoba zarabiająca przeciętne wynagrodzenie).

³ Mierzona jako relacja pierwszej emerytury do ostatniego wynagrodzenia.

Wykres 1. Indywidualne stopy zastąpienia w zależności od wieku i stopy składki dla osób nieotrzymujących dopłaty do emerytury minimalnej

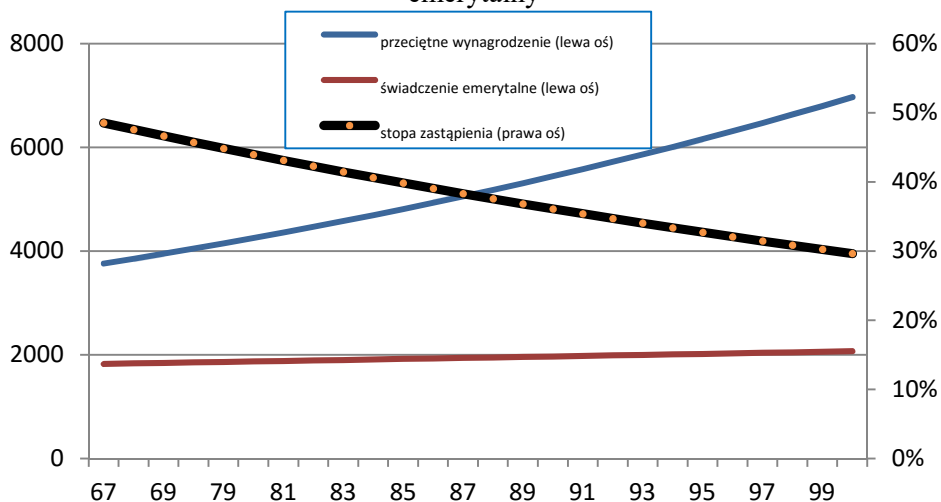


Źródło: Góra i Rutecka, 2013, s. 743.

Indywidualna stopa zastąpienia informuje ona o relatywnym poziomie świadczenia w momencie przejścia na emeryturę. Warto jednak pamiętać, że w okresie pobierania świadczenia jej poziom może się znacznie zmieniać. Taka sytuacja wystąpi, gdy waloryzacja świadczeń emerytalnych jest waloryzacją inflacyjną lub inflacyjno-płacową i nie nadąża w pełni za wzrostem wynagrodzeń w gospodarce.

Zgodnie z art. 89 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, świadczenia emerytalne są corocznie waloryzowane o wskaźnik inflacji zwiększony o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym. W efekcie, świadczenia emerytalne rosną wolniej niż dochody większości społeczeństwa, powodując wzrost relatywnego ubóstwa wśród ludzi starszych. Przy założeniu takiej właśnie indeksacji świadczenia, początkowa emerytura osoby zarabiającej przeciętną płacę wynosząca ok. 50% ostatniego wynagrodzenia może po 30 latach wynosić już tylko 30% przeciętnej płacy w gospodarce (wykres 2). Zjawisko to, nazywane „efektem starego portfela” potwierdzają także dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) o wysokości świadczeń pobieranych przez emerytów w różnym wieku (Chłóń-Domińczak, 2014, s. 14).

Wykres 2. Poziom świadczeń z systemu bazowego w Polsce a wiek emerytalny



Założenia: ubezpieczony zarabiał przeciętne wynagrodzenie i przechodzi na emeryturę w wieku 67 lat, realna stopa wzrostu kapitału/uprawnień emerytalnych 2,5% p.a., realna stopa wzrostu wynagrodzeń 2,5% p.a., coroczna waloryzacja świadczeń równa 20% realnego wzrostu wynagrodzeń.

Źródło: opracowanie własne.

Nominalna wysokość przyznawanych co roku świadczeń emerytalnych regularnie rośnie, co jest następstwem rosnącej kwoty bazowej i przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Świadczenia te rosną także w ujęciu nominalnym w całym okresie ich pobierania, jednak ich wysokość znacznie się różni pomiędzy różnymi grupami wiekowymi, na niekorzyść osób coraz starszych. Im dłużej emeryt przebywa na emeryturze, tym większy efekt spowodowany przez waloryzację i tym niższe jest jego świadczenie w porównaniu z emeryturą osób młodszych o tym samym stażu, wynagrodzeniach i przechodzących na emeryturę w podobnym wieku. W 2012 r. średnia emerytura wypłacana 75-letnim emerytom wynosiła 1662 zł, podczas gdy 95-letni emeryci otrzymywali przeciętnie 1109 zł, tj. ponad 500 zł mniej (Chłoń-Domińczak, 2014, s. 14). W takim przypadku trudno jest mówić o utrzymaniu odpowiedniego poziomu adekwatności świadczeń w całym okresie dezaktywacji zawodowej. Wobec rosnących potrzeb można się wręcz pokusić o stwierdzenie, iż adekwatność ta zanika wraz z liczbą lat spędzonych na emeryturze.

Wysokość aktualnie pobieranych świadczeń emerytalnych w Polsce jest znacznie zróżnicowana nie tylko ze względu na wiek, ale także biorąc pod uwagę płeć emeryta. Pomimo, że wysokość składek wpłacanych przez kobiety i mężczyzn kształtuje się na podobnym poziomie, emerytury tych pierwszych są

niższe w konsekwencji niższych wynagrodzeń i wcześniejszego przechodzenia na emeryturę.

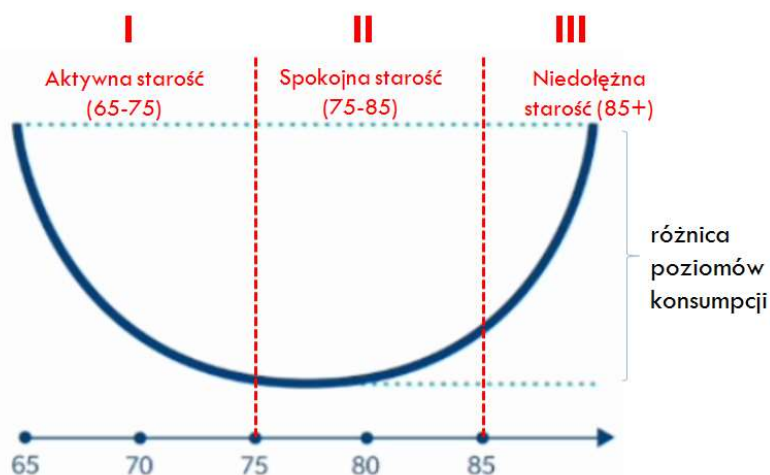
Znacznie niższe dochody kobiet w okresie emerytalnym potwierdza również badanie PolSenior (Błędowski, 2012). W przypadku obu płci na dochody te składa się przede wszystkim świadczenie emerytalne (95% mężczyzn i ok. 80% kobiet, przy czym 18% kobiet w starszym wieku utrzymywało się z renty), (Błędowski, 2012, s. 397). Warto zwrócić uwagę, że kobiety znacznie przeważały wśród emerytów uzyskujących dochody w wysokości do 1000 zł. Dla wielu z nich (tak odpowiedziało 13% respondentek) są to środki niewystarczające na przeżycie.

Porównując wysokość dochodów osób starszych z poziomem minimum egzystencji (515,43 zł dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego w 2014 r.) i minimum socjalnym (1078 zł) zauważyć można, że pewna część emerytów, zwłaszcza kobiet, żyje w skrajnym ubóstwie. Dochody na poziomie nieprzekraczającym minimum socjalnego otrzymuje ok. 30% mężczyzn i ponad 50% kobiet będących na emeryturze (Błędowski, 2012, s. 399). Problem niemożności zaspokojenia podstawowych potrzeb w okresie starości jest tym samym szczególnie widoczny w przypadku kobiet, które otrzymują znacznie niższe świadczenia, a w przyszłości (po śmierci współmałżonka) częściej zmuszone są funkcjonować w jednoosobowych gospodarstwach domowych, których koszty prowadzenia są znacznie wyższe w przeliczeniu na 1 osobę.

2. ZMIENIAJĄCE SIĘ POTRZEBY I KONSUMPCJA W OKRESIE STAROŚCI

Okres dezaktywacji zawodowej po przejściu na emeryturę nie jest okresem jednorodnym pod względem poziomu zdrowia, aktywności społecznej i ekonomicznej jednostek. Osoby przechodzące na emeryturę często nie są jeszcze stare w ujęciu „biologicznym” (szerzej: Więckowska, 2008, s. 19-21), a większość z nich na pewno nie jest jeszcze niedołączna. Ze względu na indywidualny charakter przebiegu starości biologicznej, w systemach zabezpieczenia społecznego wyznacza się granice starości i jej poszczególnych faz biorąc pod uwagę wiek chronologiczny jednostek. W literaturze przedmiotu spotkać można podział okresu starości na dwie lub trzy fazy: starość wczesną (65-74 lata) i późną (75 lat+) (Żakowska-Wachelko, 1988, s. 14), jak również wiek podeszły (60-74 lata), wiek starczy (75-89 lat) i wiek sędziwy (90 i więcej lat), (Falicki, 1985, s. 183). Inny podział wskazuje na występowanie okresu wczesnej starości (65-74 lata), później starości (75-84 lata) i końcowego okresu starzenia się (od 85 r. życia), (Rosławski, 2001, s. 7). Przedstawiciele branży instytucji finansowych oferujących produkty zabezpieczające dochody w okresie starości, stosują coraz częściej poniższy podział na starość aktywną, spokojną i niedołączną (Mercer Global, 2014).

Wykres 3. Poziom konsumpcji w fazach starości



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mercer Global, 2014.

Pierwszy okres starości nazywany „starością aktywną” przypadający na wiek 65-75 lat to czas nadal względnie wysokiej aktywności towarzyskiej, realizowania marzeń i hobby oraz podejmowania aktywności fizycznej. W tym czasie emeryt pomaga zwykle często rodzinie i opiekuje się wnukami. Pozwala mu na to jego względnie dobre zdrowie, które zaczyna się pogarszać w 74-75 roku życia. Potwierdzają to dane Komisji Europejskiej, zgodnie z którymi dalsze trwanie życia w zdrowiu dla mężczyzn w wieku 65 lat wynosi 8,4 lat, natomiast dla kobiet w tym samym wieku dalsze trwanie życia w zdrowiu jest jedynie nieznacznie dłuższe i wynosi 8,6 lat. Całkowite dalsze przeciętne trwanie życia kobiet jest co prawda znacznie dłuższe i wynosi 20,1 roku dla kobiety w wieku 65 lat (dla mężczyzn 16,5 lat), jednak dla kobiet większa część tego życia (ponad 50%) związana jest z chorobami (Komisja Europejska, 2013, s. 6). Ze względu na wysoką aktywność fizyczną, towarzyską i rodzinną osoby w wieku aktywnej starości mają większe potrzeby konsumpcyjne, które są także związane z oczekiwaniem utrzymania standardu życia po przejściu na emeryturę.

W drugim okresie, tzw. „spokojnej starości” przypadającej na lata 75-85, aktywność towarzyska i fizyczna ulega ograniczeniu ze względu na pojawienie się chorób związanych ze starzeniem się organizmu. Emeryt nie jest wówczas jeszcze niedołączony i jest w stanie samodzielnie wykonywać większość codziennych czynności⁴, jednak coraz częściej musi korzystać z pomocy osób trzecich, zwłaszcza po osiągnięciu 80 lat. Od tego wieku zauważyć można znaczny wzrost zapotrzebowania na opiekę i konieczność ponoszenia z tego tytułu

⁴ Do oceny możliwości wykonywania podstawowych czynności wykorzystywana jest skala ADL (*Activities of Daily Living*) a do oceny możliwości wykonywania instrumentalnych codziennych czynności (*Instrumental Activities of Daily Living*) - skala IADL (Więckowska, 2008, s. 47).

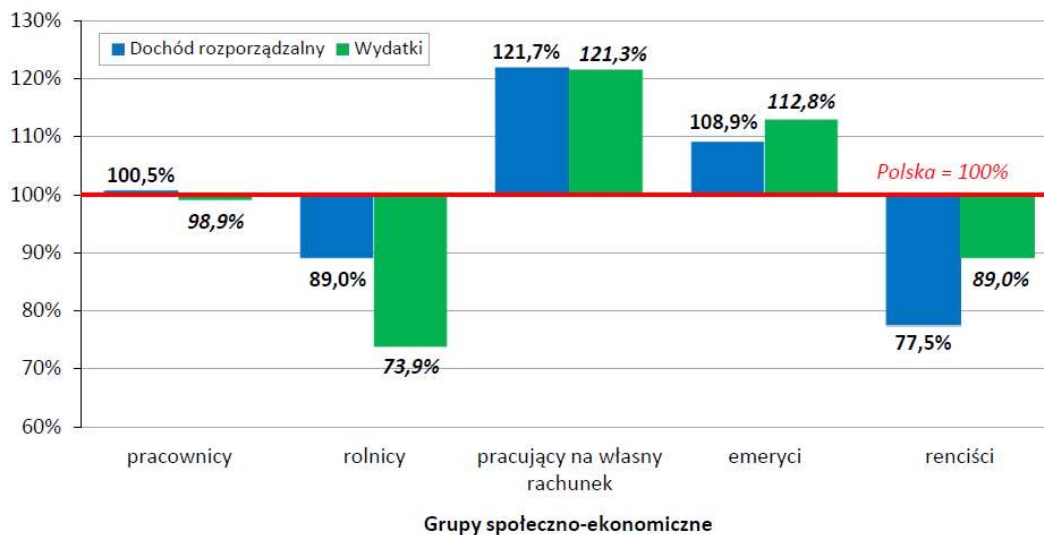
dotychczasowych wydatków, jeśli pomoc taka nie jest świadczona przez rodzinę lub znajomych.

W ostatniej fazie okresu emerytalnego, wyznaczonej umownie od wieku 85 lat, osoby starsze są już zwykle niedołążne. Ze względu na ograniczenia zdrowotne (współwystępowanie wielu chorób) ich aktywność towarzyska i fizyczna jest już bardzo ograniczona. Do wykonywania podstawowych czynności potrzebują pomocy innych członków rodziny, znajomych lub wykwalifikowanego opiekuna. W ostatnim okresie występują także najwyższe wydatki na opiekę zdrowotną (koszty zakupu leków, wizyt lekarskich i zabiegów medycznych). W tej ostatniej fazie, przy braku odpowiednich dochodów emeryci mogą być zmuszeni do rezygnacji z zaspokojenia części podstawowych potrzeb, w tym zakupu części leków (Błędowski, 2012).

Analizując poziom dochodów i wydatków na jedną osobę w gospodarstwach emerytów w 2013 roku wskazać należy, że średni miesięczny dochód na osobę (1415,23 zł) był wyższy niż średnie miesięczne wydatki na osobę (1197,83 zł) w tego typu gospodarstwach (GUS, 2014a, s. 3). W konsekwencji, udział wydatków w dochodzie rozporządzalnym emeryta był równy 84,6%, co oznacza występowanie nadwyżki finansowej.

Warto zwrócić uwagę, że średnie dochody na osobę w gospodarstwie emeryckim były także wyższe niż przeciętne dochody na osobę w gospodarstwach domowych w Polsce ogółem (wykres 4). Przy czym wydatki były również relatywnie wyższe (112,8% przeciętnych wydatków na osobę w gospodarstwach domowych ogółem), a ich poziom ustępował jedynie wydatkom na osobę w gospodarstwach osób pracujących na własny rachunek. Nadwyżka przeciętnych dochodów nad przeciętnymi wydatkami nie świadczy jednak, że w większości emeryckich gospodarstw domowych można mówić o zaspokojeniu wszystkich podstawowych potrzeb. Główny Urząd Statystyczny nie publikuje jednak danych nt. relacji dochodów i wydatków w kolejnych grupach wiekowych emerytów, uniemożliwiający tym samym głębszą analizę tego zjawiska.

Wykres 4. Dochody i wydatki na 1 osobę w gospodarstwie domowym oraz ich udział w dochodach i wydatkach ogółem według grup ekonomicznych w 2013 r. w odniesieniu do średniej dla Polski



Źródło: (GUS, 2014a, s. 3).

Analizując przyczyny występowania oficjalnej nadwyżki przeciętnych dochodów nad przeciętnymi wydatkami na osobę w gospodarstwach emeryckich warto także dokładniej przyjrzeć się strukturze dochodów i wydatków tych gospodarstw (tabela 1 i 2). Dochody emerytów składają się głównie z dochodu ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych (68% przychodów netto i 85% dochodu rozporządzalnego), w tym największą rolę odgrywają emerytury krajowe (65% przychodów netto). Wśród dochodów z ubezpieczeń społecznych występujących w gospodarstwach osób starszych warto odnotowania są również wpływy w formie rent z tytułu niezdolności do pracy⁵ oraz innych świadczeń (głównie rent rodzinnych, zasiłków pielęgnacyjnych). Świadczenia z systemu ubezpieczenia społecznego są uzupełniane dochodami z pracy zawodowej, jednak poziom tych dodatkowych dochodów jest dość niski (8% przychodów netto pochodzi łącznie z pracy najemnej i prowadzenia działalności gospodarczej), co wynika zapewne z niskiego wskaźnika aktywności zawodowej osób w wieku emerytalnym.

⁵ Renta z tytułu niezdolności do pracy jest co prawda automatycznie zamieniana na świadczenie emerytalne, gdy ubezpieczony osiąga minimalny wiek emerytalny. Jednak w przypadku rent przyznanych w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową (tzw. rent wypadkowych), nawet na emeryturze ubezpieczony może pobierać całość jednego ze świadczeń i połowę drugiego.

Tabela 1. Dochody na jedną osobę w gospodarstwach domowych pracowników i emerytów w Polsce w 2013 r.

Rodzaj/źródło przychodu bądź dochodu	Gospodarstwa pracowników		Gospodarstwa emerytów	
	Wysokość w zł	Udział % w przychodzie netto	Wysokość w zł	Udział % w przychodzie netto
Przychody netto, w tym:	1651,96	100%	1779,23	100%
Dochód rozporządzalny	1305,88	79%	1415,23	80%
dochód z pracy najemnej	1101,68	67%	121,66	7%
dochód z pracy na własny rachunek	23,16	1%	14,62	1%
dochód z gospodarstwa rolnego	5,04	0%	6,13	0%
dochód ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych, w tym:	90,56	5%	1206,03	68%
emerytury krajowe	56,00	3%	1161,43	65%
renty z tyt. niezdolności do pracy krajowe	17,71	1%	23,52	1%
renty rodzinne krajowe	10,79	1%	7,01	0%
dochód z pozostałych świadczeń społecznych	35,41	2%	28,76	2%
w tym zasiłki dla bezrobotnych krajowe	4,08	0%	3,00	0%
pozostałe dochody	46,06	3%	33,84	2%

Źródło: (GUS, 2014a).

Tabela 2. Wydatki na towary i usługi konsumpcyjne na jedną osobę w gospodarstwach domowych pracowników i emerytów w Polsce w 2013 r.

Rodzaj wydatków	Gospodarstwa pracowników		Gospodarstwa emerytów	
	Wysokość w zł	Udział (%) w wydatkach ogółem	Wysokość w zł	Udział (%) w wydatkach ogółem
Towary i usługi konsumpcyjne ogółem	1010,71	100,0%	1131,32	100,0%
Żywność i napoje bezalkoholowe	248,81	24,6%	324,78	28,7%
Napoje alkoholowe, wyroby tytoniowe i narkotyki	27,80	2,8%	29,56	2,6%
Odzież i obuwie	59,51	5,9%	36,46	3,2%
Użytkowanie mieszkania lub domu i energia	203,55	20,1%	286,07	25,3%
Wyposażenie mieszkania i prowadzenie gospodarstwa domowego	50,77	5,0%	51,53	4,6%
Zdrowie	41,87	4,1%	101,92	9,0%

wyroby i sprzęt medyczno-farmaceutyczny	25,63	2,5%	78,13	6,9%
usługi ambulatoryjne i inne zdrowotne	15,60	1,5%	19,75	1,7%
usługi szpitalne i sanatoryjne	0,63	0,1%	4,04	0,4%
Transport	114,73	11,4%	81,02	7,2%
Łączność	56,13	5,6%	55,51	4,9%
Rekreacja i kultura	74,12	7,3%	62,64	5,5%
Edukacja	16,23	1,6%	2,43	0,2%
Restauracje i hotele	33,78	3,3%	18,79	1,7%
Pozostałe wydatki na towary i usługi	62,44	6,2%	68,26	6,0%
higiena osobista	32,67	3,2%	26,63	2,4%
opieka społeczna	0,92	0,1%	1,34	0,1%
ubezpieczenia	17,63	1,7%	22,42	2,0%
na życie	7,20	0,7%	9,74	0,9%
mieszkańcove	2,18	0,2%	3,86	0,3%
związane ze zdrowiem (prywatne)	1,15	0,1%	0,94	0,1%
związane z transportem	6,83	0,7%	7,78	0,7%
Kieszonkowe	20,96	2%	12,35	1,1%

Zródło: (GUS, 2014a).

W strukturze wydatków emerytów, podobnie jak w przypadku gospodarstw pracowników, najważniejszą rolę odgrywają koszty wyżywienia (28,7% wydatków ogółem na towary i usługi) oraz koszty stałe związane z użytkowaniem mieszkania (25,3%). W odróżnieniu od gospodarstw pracowników, emeryci wydają niemal 2,5-krotnie więcej na zdrowie (9% wydatków). Wydatki na leki i sprzęt farmaceutyczno-medyczny są natomiast ponad 3-krotnie wyższe niż wydatki tego rodzaju przypadające na 1 osobę w gospodarstwach pracowników. Zjawisko to potwierdzają również dane pozyskane w ramach badania PolSenior, zgodnie z którymi w gospodarstwach emeryckich wydatki na leki i leczenie stanowiły 9,1% łącznych wydatków, podczas gdy w gospodarstwach utrzymujących się z pracy na stanowiskach robotniczych i nierobotniczych odpowiednio 3,8% oraz 5,2% ogółu wydatków. W przeliczeniu na 1 osobę w 2010 r. była to kwota 84,92 zł miesięcznie – ponad dwukrotnie więcej niż w gospodarstwach pracowniczych (37,22 zł), (Błędowski, 2012, s. 394). Zwrócono przy tym uwagę, że wydatki te są mało elastyczne, nawet przy założeniu zastępowania przepisanych leków zamiennikami.

Wśród wydatków gospodarstw emerytów dziwić może natomiast bardzo niski udział wydatków na usługi opiekuńcze i prywatne ubezpieczenia (na życie i zdrowotne) – odpowiednio 0,1% i 1% wydatków ogółem na towary i usługi. Stan taki informuje o występującym aktualnie słabym popycie na usługi tego rodzaju wynikającym z zaspokojenia potrzeb opiekuńczych i zdrowotnych w inny sposób (publiczna opieka zdrowotna i pielęgnacyjna oraz nieformalna opieka świadczona

przez rodzinę), o braku odpowiedniej oferty na rynku lub braku środków na zaspokojenie wydatków innych niż podstawowe. Sytuacja ta może się jednak w przyszłości zmienić, głównie z uwagi na możliwości świadczenia usług opiekuńczych przez rodzinę i ograniczenia w finansowaniu z budżetu państwa rosnących wydatków na świadczenia i usługi dla osób starszych.

Aktualna relacja pomiędzy przeciętnymi wpływami i wydatkami na 1 osobę gospodarstw domowych nie wydaje się alarmować o problemach z zaspokojeniem podstawowych potrzeb w gospodarstwach emeryckich. Jeśli jednak dokonamy rozróżnienia na gospodarstwa 2-osobowe składających się wyłącznie z osób starszych, w których w 2013 r. odnotowano przeciętny dochód rozporządzalny na 1 osobę w wysokości 1675 zł i na jednoosobowe gospodarstwa domowe osób starszych utrzymujących się samodzielnie, w których dochód na osobę wyniósł 1670 zł, sytuacja wygląda już inaczej (Kuropaś, 2015).

W ocenie większości osób starszych, ich sytuacja materialna na emeryturze pozostawia wiele do życzenia (Mossakowska, Więcek i Błędowski, 2012). Zdecydowanie gorzej swoją sytuację na emeryturze oceniają kobiety niż mężczyźni, zwłaszcza kobiety w wieku 60+. Te różnice w ocenie wynikające z płci respondentów mogą być konsekwencją faktu, iż emerytury kobiet są przeciętnie niższe (w przyszłości będą to w dużej mierze świadczenia minimalne, zob. Owczarek i Więckowska, 2011; Chłoń-Domińczak i Strzelecki, 2013) oraz to one częściej tworzą po śmierci współmałżonka jednoosobowe gospodarstwa emeryckie. Wśród tej grupy już dziś odnotować można niezaspokojenie podstawowych potrzeb w okresie emerytalnym w tej jego części, która następuje po śmierci współdomownika.

Niezależnie jednak o faktu śmierci współmałżonka, gospodarstwa emeryckie doświadczają zjawiska rosnących w czasie potrzeb na usługi opiekuńcze. Są one konsekwencją postępującego procesu starzenia związanego z występowaniem chorób przewlekłych. Podczas, gdy w wieku 60 lat u ok. 50% ludzi występuje co najmniej jedna choroba przewlekła, w wieku 70 lat odsetek ten wynosi już ok. 68% a w wieku powyżej 85 lat – ponad 82% (Kubicki i Maciejasz, 2014, s. 17). Wraz z wiekiem choroby te kumulują się, potęgując niezdolność do wykonywania codziennych czynności. Coraz powszechniejsze wraz z wiekiem emeryta zjawisko niedołęstwa starczego skutkuje wzrostem potrzeby opieki długoterminowej nad niedołężną osobą.

Podczas gdy jedynie ok. 6% w wieku 65-69 lat potrzebuje pomocy w codziennym funkcjonowaniu, wśród osób w wieku 80-84 lata już niemal co piąta wymaga takiego wsparcia. Potrzeba pomocy lawinowo wzrasta w okresie starości niedołężnej, tzn. po ukończeniu 85 lat powodując, iż większość emerytów wymaga codziennej pomocy, przynajmniej w wymiarze kilku godzin dziennie (Błędowski, 2012, s. 464).

Obecnie osoby starsze nie ponoszą zwykle kosztów pomocy świadczonej im w przypadku choroby lub niepełnosprawności. Z badania PolSenior wynika, że mężczyźni przebywający na emeryturze otrzymują tę pomoc głównie od żon (59-79% wskazań w zależności od wieku), natomiast kobiety-emerytki od dzieci,

synowych i zięciów (75-82%). Wraz z wiekiem coraz rzadziej osoby starsze mogą liczyć na współmałżonka, a ciężar świadczenia pomocy jest przenoszony na dzieci, wnuki, prawnuki i rodzeństwo. Z formalnej pomocy korzysta tylko 1% emerytów w wieku 55-74 lata i 2% osób starszych w wieku 75 lat i więcej.

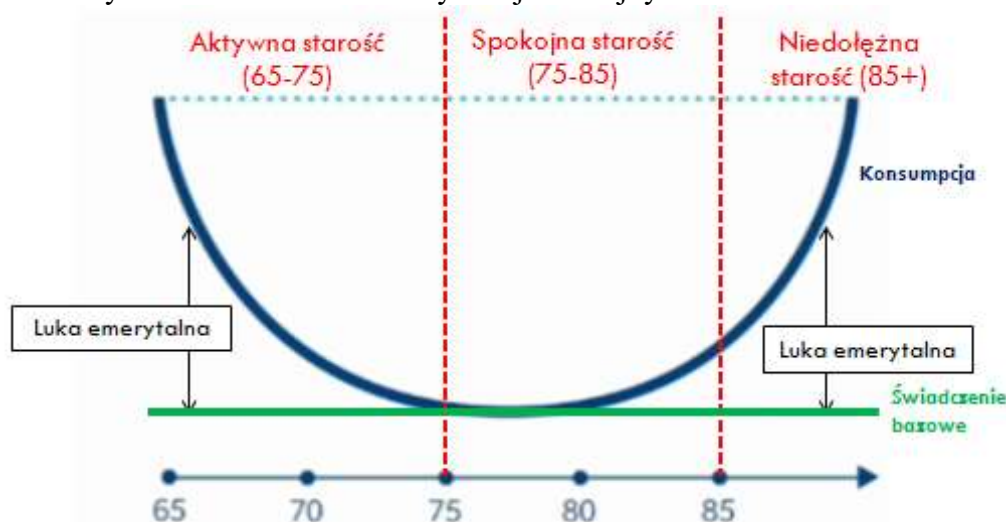
W przyszłości, głównie ze względu na zmiany demograficzne i konieczność wydłużania aktywności zawodowej, możliwości świadczenia usług opiekuńczych przez rodzinę zostaną znacznie ograniczone, zwłaszcza w zakresie pomocy świadczonej przez dzieci, synowe i zięciów. Ze względu na podwyższanie wieku emerytalnego (w Polsce do poziomu 67 lat), opieka nad 85-letnimi rodzicami (zwłaszcza matkami) nie będzie już mogła być świadczona w dotychczasowym zakresie przez pracujących jeszcze 50- i 60-latków. Zwłaszcza, że świadczenie takiej pomocy powoduje problemy z pozostawaniem na rynku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy. Brak wystarczającej pomocy ze strony członków rodziny powodować będzie większe zapotrzebowanie na pomoc formalną i nieformalną ze strony innych podmiotów. Jej koszty mogą jednak znacznie przewyższać możliwości płatnicze przeciętnego emeryta.

3. LUKA EMERYTALNA

Niezaspokojenie podstawowych potrzeb w wieku emerytalnym oznacza występowanie tzw. luki emerytalnej. Pojęcie to jest zatem ściśle związane z adekwatnością świadczeń emerytalnych, tj. możliwością pokrycia przez nie podstawowych wydatków w okresie starości. W literaturze emerytalnej przyjmuje się także, że luka emerytalna odzwierciedla różnicę pomiędzy pożądanym poziomem świadczenia a poziomem emerytury otrzymywanej z publicznego (obowiązkowego) systemu emerytalnego (OECD, 2011b).

Biorąc pod uwagę konstrukcję świadczeń emerytalnych i poziom stopy zastąpienia z bazowego systemu emerytalnego luka emerytalna będzie najbardziej odczuwalna dla świadczeniobiorców w pierwszym okresie starości (aktywnej starości) oraz w okresie starości niedołączonej (wykres 5).

Wykres 5. Poziom luki emerytalnej w kolejnych fazach starości.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mercer Global 2014.

Przy założeniu zaspokojenia przez bazowe świadczenie emerytalne podstawowych potrzeb w fazie spokojnej starości (75-85 lat), luka emerytalna wystąpi w okresie pierwszym, kiedy aktywność towarzyska i fizyczna emeryta jest jeszcze względnie wysoka oraz próbuje on utrzymać standard życia (oraz względnie dobry stan zdrowia⁶) po zakończeniu aktywności zawodowej. Następnie luka zmniejsza się do momentu osiągnięcia ok. 75 lat, by po kilku latach ponownie wzrosnąć, głównie za sprawą rosnących wydatków na leki i usługi zdrowotne oraz w związku z koniecznością korzystania z zewnętrznej opieki długoterminowej. Ustalenie nominalnego rozmiaru luki jest w zasadzie niemożliwe z uwagi na subiektywizm i indywidualny charakter wyznaczania poziomu potrzeb uznanych za podstawowe (pożądane) oraz trudności w wycenieniu kosztu i zakresu usług opiekuńczych w okresie starości. Biorąc pod uwagę aktualnie dostępne dane, możliwym jest jedynie wyznaczenie kierunków zmian rozmiarów luki w okresie starości oraz wskazanie różnic w jej zakresie pomiędzy różnymi grupami emerytów.

Luka emerytalna w całym okresie starości (w każdej z faz starości) będzie znacznie większa w przypadku kobiet niż w przypadku mężczyzn, o czym decydują następujące czynniki:

- 1) świadczenia emerytalne kobiet są niższe od świadczeń mężczyzn,
- 2) kobiety żyją dłużej i to one tworzą większość jednoosobowych gospodarstw emeryckich, które mają największe problemy w pokryciu kosztów podstawowych towarów i usług,

⁶ Przeprowadzone badania wskazują, że wydatki na usługi medyczne ponoszone przez osoby w wieku 65-74 lata są wyższe niż te ponoszone przez osoby w wieku 75-84 lata.

3) w przypadku kobiet w podeszłym wieku istnieje większa potrzeba formalnej opieki długoterminowej niż w przypadku mężczyzn, gdyż rzadziej mogą one skorzystać ze wsparcia współmałżonka (małżonek nie żyje lub charakteryzuje się wyższym stopniem niepełnosprawności),

4) długość dalszego trwania życia w niepełnosprawności jest w przypadku kobiet znacznie większa niż w przypadku mężczyzn (ponad 50% okresu emerytalnego przypadku to okres życia w chorobie).

Dodać przy tym należy, że dla kobiet otrzymujących w przyszłości minimalne emerytury, otrzymywane świadczenie kształtować się będzie znacznie poniżej oficjalnego minimum socjalnego, chociaż nadal będzie to poziom powyżej granicy ustawowego ubóstwa (w 2014 r. był to poziom 515 zł dla 1-osobowego gospodarstwa emeryckiego). Trudno jednak uznać taką wysokość za wystarczającą do zaspokojenia nawet najbardziej podstawowych potrzeb w okresie starości, zwłaszcza w przypadku samotnie gospodarującego emeryta.

Luka emerytalna dotknie zatem w przyszłości przede wszystkim osoby, które zaprzestały aktywności zawodowej stosunkowo wcześniej i, będąc na emeryturze, w sposób aktywny korzystają z uroków pierwszej fazy starości, oraz emerytów charakteryzujących się znaczną niesprawnością (niepełnosprawnymi), którzy potrzebują pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności. Będzie także bardziej powszechna w przypadku kobiet, a jej poziom zależeć będzie od poziomu wcześniejszych zarobków, wysokości emerytury, długości trwania życia małżonka-emeryta oraz ich własnego stanu zdrowia. Luka ta wynosić może, uwzględniając koszty usług opiekuńczych, od kilkudziesięciu do nawet kilku tysięcy złotych miesięcznie i powodować konieczność rezygnacji z zaspokojenia części potrzeb, a dokładniej tych potrzeb, które nie mieszczą się na szczycie listy priorytetowych wydatków.

4. SPOSOBY ŁAGODZENIA LUKI EMERYTALNEJ

Luka emerytalna może być ograniczana poprzez podjęcie różnorodnych działań wpływających zarówno na dochody, jak i wydatki w okresie emerytalnym. Wśród najważniejszych narzędzi wyróżnić należy:

- wydłużenie aktywności zawodowej (dłuższe pełne zatrudnienie lub łączenie pracy z emeryturą),
- dodatkowe oszczędzanie,
- zabezpieczenie/ubezpieczenie pielęgnacyjne (od niedołęstwa starczego).

Możliwości zastosowania konkretnych rozwiązań zależą oczywiście od fazy, w której luka emerytalna występuje. W fazie pierwszej (aktywna starość) najbardziej pożądanym jest przedłużanie aktywności zawodowej, które wpływa na skrócenie okresu występowania luki (ograniczenie czasu aktywnej starości z dołu) oraz podwyższenie świadczeń z systemu bazowego, a w razie łączenia pracy z emeryturą umożliwia uzupełnienie świadczenia z systemu obowiązkowego. Wydłużanie aktywności spowoduje równoległe przesunięcie krzywej dochodów

emerytów w górę, nie rozwiąże jednak problemu niedopasowania wielkości wpływów i wydatków w czasie.

Taką rolę może jednak spełnić dodatkowe oszczędzanie, które poza uzupełnieniem dochodów emerytalnych w ogóle, w zależności od sposobu (i terminów) konsumowania zgromadzonych środków, może także zapewnić podwyższenie dochodów (i tym samym ograniczyć lukę emerytalną) w dowolnej, indywidualnie wybranym okresie starości. Warto przy tym zaznaczyć, że obecnie funkcjonujące rozwiązania nie pozwalają na dostosowanie poziomu świadczenia do zmieniających się potrzeb w okresie starości. Nawet w systemie dodatkowym brak jest odpowiednich rozwiązań – oferowana jest elastyczność na etapie oszczędzania, a w bardzo małym zakresie – na etapie konsumowania środków (wypłata jednorazowa lub ratalna). Aby osiągnąć efekt lepszego dopasowania formy wypłaty świadczeń z systemu dodatkowego do indywidualnych potrzeb emerytów należy wprowadzić znacznie szerszą elastyczność w zakresie możliwości (Góra i Rutecka, 2013, s. 746-751):

- sfinansowania przekwalifikowania zawodowego (wydłużenia zatrudnialności i aktywności zawodowej),
- łączenia pracy z częściową wypłatą środków,
- przeniesienia konsumpcji środków na okres późnej starości (w tym renta odroczone, zakup ubezpieczenia pielęgnacyjnego),
- wyboru różnych wariantów renty dożywotniej (m.in.. variable life annuities, escalating life annuities) oraz łączenia renty z innymi formami wypłaty świadczeń.

Trzecim narzędziem ograniczania luki emerytalnej jest system zabezpieczenia na wypadek niepełności starczego oraz ubezpieczenia pielęgnacyjne, które mogą być oferowane także przez podmioty prywatne. Niektóre z krajów podjęły już działania zmierzające do powołania odrębnego systemu zabezpieczenia pielęgnacyjnego, w tym wykorzystania do tego celu prywatnych ubezpieczeń pielęgnacyjnych. We Francji 15% populacji posiada obecnie prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych odsetek ten wynosi 5%. Pod tym względem relatywnie rozwiniętym rynkiem jest rynek niemiecki, gdzie funkcjonują zarówno obowiązkowe ubezpieczenia pielęgnacyjne (od 1995 r.), jak i dobrowolne dodatkowe produkty – obie formy obejmują swoich zasięgiem łącznie 12,5% Niemców w wieku powyżej 40 lat (OECD, 2011, s. 249). Ubezpieczenie prywatne okazuje się jednak bardzo kosztowne (7% ogółu wydatków na opiekę długoterminową ogółem w Stanach Zjednoczonych i 5% łącznych wydatków w Japonii). Stąd proces wprowadzania takich produktów, zwłaszcza obowiązkowych, poprzedzony musi być dokładną analizą kosztów opieki oraz wprowadzeniem rozwiązań chroniących przed nadmiernym ich wzrostem, zwłaszcza w obliczu występowania ogromnej asymetrii informacyjnej pomiędzy dostawcą usług a ich odbiorcą.

PODSUMOWANIE

Aktualne sposoby wypłaty świadczeń z bazowych (publicznych) systemów emerytalnego nie uwzględniają zmieniających się potrzeb w okresie starości - poziom świadczeń jest bowiem relatywnie płaski przez cały okres emerytalny. Poziom potrzeb i konsumpcji w okresie dezaktywizacji zawodowej w zależności od wieku przypomina natomiast literę „U”. Okres emerytalny podzielić można na:

- (I) okres stosunkowo wysokiej konsumpcji i dobrego zdrowia – aktywna starość (65-75 lat),
- (II) niższej konsumpcji i relatywnie dobrego zdrowia – spokojna starość (75-85 lat),
- (III) wysokiej konsumpcji (potrzeb) w okresie słabego zdrowia – niedołączna starość (od 85 r.ż.).

Niemal w każdym z podokresów występuje luka emerytalna, której poziom może wynosić od kilku zł do nawet kilku tysięcy złotych miesięcznie. Luka ta jest znacznie większa w pierwszym okresie przebywania na emeryturze oraz w okresie niedołącznej starości. Ponadto, niedostatek dochodów na pokrycie potrzeb występuje częściej w przypadku kobiet, które przechodzą na emeryturę wcześniej, mniej zarabiają, uzyskują tym samym niższe świadczenia, a częściej tworzą jednoosobowe gospodarstwa emeryckie, będąc już często osobami wymagającymi regularnej pomocy w wykonywaniu codziennych czynności.

Niedostatek dochodów w poszczególnych podokresach starości można łagodzić poprzez: wydłużenie aktywności zawodowej (w tym na część etatu), dodatkowe oszczędności lub zakup uzupełniającego produktu emerytalnego/pielęgniacyjnego. Alternatywą jest także utworzenie odrębnego publicznego systemu opieki długoterminowej, którego koszty musiałoby jednak pokryć społeczeństwo. System taki może okazać się jedynym rozwiązaniem w sytuacji rosnących ograniczeń w świadczeniu pomocy osobom starszym przez członków ich najbliższej rodziny (aktywne zawodowo dzieci i wnuki, które będą pozostawać na rynku pracy coraz dłużej) oraz postępującej niewydolności powszechnego systemu ochrony zdrowia.

Zaspokojenie zmieniających się potrzeb w okresie starości wymaga podjęcia równoległych działań na kilku polach, w tym także w zakresie podnoszenia świadomości emerytalnej społeczeństwa. W przyszłości powstaną zapewne produkty i usługi lepiej dopasowane do potrzeb emerytów (m.in. tanie i elastyczne dodatkowe ubezpieczenie emerytalne, prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne), dużym wyzwaniem będzie jednak ich finansowanie. Koszty takich usług mogą oczywiście zostać rozłożone na cały okres aktywności zawodowej (regularna składka, dobrowolna lub obowiązkowa), jednak osiągnięcie ich powszechności wydaje się w najbliższym czasie niemożliwe z uwagi na poziom dochodów społeczeństwa.

LITERATURA

- Błądowski, P. (2006). *Człowiek stary jako konsument*. W: B. Szatur-Jaworska, P. Błądowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Aspra-JR.
- Błądowski, P. (2012). *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Błądowski, P. (2013). *Aktywność zawodowa osób w starszym wieku*, „Zeszyty Demograficzne”, Zeszyt nr 1 – *Rynek pracy wobec zmian demograficznych*, Instytut Obywatelski.
- Chłoń-Domińczak, A. (2014). *Social insurance Age Transfers in Poland*, Referat wygłoszony na: Tenth Meeting of Working Group on Macroeconomic Aspects of Intergenerational Transfer: International Symposium on Demographic Change and Policy Response, Beijing, 10-14 November 2014.
- Chłoń-Domińczak, A., Strzelecki P. (2013). *The minimum pension as an instrument of poverty protection in the defined contribution pension system – an example of Poland*, “Journal of Pension Economics and Finance”, Vol. 12.
- Ciura, G. (2012). *Gospodarstwa emerytów na tle innych typów gospodarstw domowych*, „Studia BAS”, Nr 2(30)/2012.
- European Union. (2014). *Adequate social protection for long-term care need in an ageing society*, Luxembourg.
- Falicki Z. (1985). *Psychiatria społeczna*, Warszawa: PZWL.
- Góra M., Rutecka J. (2013). *Elastyczny system emerytalny a obecne i przyszłe potrzeby jego uczestników*, „Ekonomista”, nr 6/2013.
- GUS. (2014a). *Sytuacja gospodarstw domowych w 2013 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, GUS, 2014, www.stat.gov.pl
- GUS. (2014b). *Europejskie badanie dochodów i warunków życia (EU-SILC) w 2013 r. Notatka informacyjna*, GUS, Grudzień 2014, www.stat.gov.pl.
- Handsche J., Łyskawa K., Ratajczak J. (2005). *Ryzyko emerytalne w systemie zabezpieczenia na starość*, W: T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Komisja Europejska. (2013). *Long-term care in ageing societies - Challenges and policy options*, Brussels.
- Kubicki P., Maciejasz M. (2014). *Disability and Long-Term Illness – Defining, Costs and Tasks for Local Social Policy*, „Social Policy”, Thematic Issue 4/2014.
- Kuropaś D. (2015). *Dochody seniorów nie takie małe, ale samotne kobiety zagrożone ubóstwem*, „Rynek Seniora”, 4 marca 2015 r., rynekseniora.pl
- Leksykon Polityki Społecznej* (2001). B. Rysz-Kowalczyk (red.), Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Mercer Global (2014), *DC Lessons from around the globe*.

- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.). (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Mot E., Faber R., Geerts J., Willeme P.(eds.). (2012). *Performance of Long-Term Care Systems in Europe*, ENEPRI Research Report No. 117.
- OECD. (2011a). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing.
- OECD. (2011b). *Pensions at a Glance 2011. Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*, OECD Publishing.
- Palacios R., Rofman R. (2001). *Annuity markets and benefit design in multipillar pension schemes: Experience and lessons from four Latin American countries*, Washington.
- Rosławski A. (2001). *Wybrane zagadnienia z geriatry*, Wrocław: Wyd. AWF we Wrocławiu.
- Rutecka J. (2012a). *Wyplata świadczeń emerytalnych z kapitałowej części systemu emerytalnego w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 4/2012.
- Rutecka J. (2012b). *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Rutecka J. (2014a). *Doubezpieczenie emerytalne w racjonalizowaniu systemu zabezpieczenia społecznego*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, nr 16 (1/2014).
- Rutecka J. (2014b). *System emerytalny po zmianach od 2014 r.*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka”, nr 1 (118) 2014.
- Szumlicz T. (2005). *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Bydgoszcz-Warszawa: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*, Dz.U. nr 162 poz. 1118, ze zm.
- Więckowska B. (2008). *Ubezpieczenia pielęgnacyjne*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Więckowska B., Owczarek J. (2011). *Ryzyko dopłaty do emerytury minimalnej w nowym systemie emerytalnym w Polsce*, Zeszyty Naukowe UE w Poznaniu, nr 181, Poznań.
- World Bank (2010), *World Bank Report Long-Term Care and Ageing Case Studies - Bulgaria, Croatia, Latvia and Poland*, Washington.
- Żakowska-Wachelko B. (1988). *Biologia starzenia się*. W: W. Pędich, B. Żakowska-Wachelko (red.), *Podręcznik geriatry dla lekarzy*, Warszawa: PZWL.