

BEZPIECZEŃSTWO EKONOMICZNE OSÓB STARSZYCH –

wyzwania dla rynku
ubezpieczeń w Polsce

BEZPIECZEŃSTWO EKONOMICZNE OSÓB STARSZYCH –

wyzwania dla rynku
ubezpieczeń w Polsce

pod redakcją Ilony Kwiecień
i Patrycji Kowalczyk-Rólczyńskiej



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2023

Recenzja

Damian Walczak

Redakcja wydawnicza

Dorota Pitulec

Korekta

Barbara Łopusiewicz

Skład i łamanie

Małgorzata Myszkowska

Projekt okładki

Beata Dębska

Na okładce wykorzystano zdjęcie z zasobów Adobe Stock

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2023

Nota copyright obowiązuje do 30 września 2024 roku.

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie wymaga pisemnej zgody Wydawcy

Od 1 października 2024 roku publikacja dostępna na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0). Skrócona treść licencji na <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl>



ISBN 978-83-67899-19-2 (dla wersji papierowej)

ISBN 978-83-67899-20-8 (dla wersji elektronicznej)

DOI: 10.15611/2023.20.8

Cytuj jako: Kwiecień, I. i Kowalczyk-Rólczyńska, P. (red.). (2023). *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Druk i oprawa: TOTEM

Spis treści

Wstęp	7
1. W poszukiwaniu paradygmatu bezpieczeństwa socjalnego: od Imperium Romanum po współczesną Polskę (Grażyna Ancyparowicz)	11
1.1. Od samopomocy poprzez filantropię do instytucjonalnej ochrony ryzyka ubóstwa	11
1.1.1. Wczesne formy systemu pomocy społecznej	14
1.2. Brytyjskie prawo ubogich jako wzorzec opresyjnego ustawodawstwa pomocowego	15
1.2.1. Pomoc ubogim w przededniu rewolucji przemysłowej.....	16
1.3. Godność osoby ludzkiej w systemie prawnym kontynentalnej Europy	21
1.4. Ochrona ryzyka socjalnego w Polsce.....	24
1.4.1. Od opieki społecznej do państwa opiekuńczego	24
1.5. Zakończenie	30
Literatura	31
2. Bezpieczeństwo socjalne w polskim systemie ubezpieczeń emerytalnych (Grażyna Ancyparowicz)	35
2.1. Szkic z dziejów ubezpieczeń społecznych w Polsce: od reform Ottona Bismarcka po reformę systemową z 1997 roku	36
2.2. Ubezpieczenia społeczne w Polsce.....	38
2.3. Ubezpieczenia społeczne w Polsce Ludowej	40
2.4. OFE – toksyczny program prywatyzacji emerytur	43
2.5. Kapitałowe produkty emerytalne w rządowym Programie Budowy Kapitału.....	45
2.6. Uwagi końcowe	50
Literatura	52
3. Polski system emerytalny a ubóstwo wśród emerytów (Teresa H. Bednarczyk)	56
3.1. Wprowadzenie	57
3.2. Rozwiązania instytucjonalne chroniące emerytów przed ubóstwem w krajach OECD.....	59
3.3. System emerytalny w Polsce oraz rozwiązania instytucjonalne mające na celu ochronę emerytów przed ubóstwem.....	62

3.4.	Adekwatność świadczeń emerytalnych w kontekście ochrony przed ubóstwem dochodowym.....	65
3.5.	Zasięg ubóstwa ekonomicznego polskich emerytów w latach 2010-2021.....	71
3.6.	Wnioski.....	79
	Literatura.....	82
4.	Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych w Polsce – identyfikacja luki dla rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (Marta Borda, Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska).....	85
4.1.	Wprowadzenie.....	86
4.2.	Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych ze środków publicznych.....	87
4.3.	Prywatne wydatki na zdrowie osób starszych w Polsce.....	90
4.4.	Zakres prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych a potrzeby zdrowotne seniorów w Polsce.....	92
4.5.	Zakończenie.....	94
	Literatura.....	95
5.	Koszty opieki w okresie starości (LTC) jako przedmiot ubezpieczenia prywatnego (Anna Jędrzychowska, Ilona Kwiecień, Ewa Poprawska).....	97
5.1.	Ryzyko niedożywienia i jego skutki.....	98
5.2.	Finansowanie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej.....	100
5.3.	Prywatne ubezpieczenia LTC.....	101
5.4.	Ilustracja numeryczna.....	102
5.5.	Dyskusja i wnioski.....	109
	Literatura.....	110
6.	Dożywotnia renta hipoteczna – postrzeganie przez seniorów w Polsce (Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska).....	113
6.1.	Wprowadzenie.....	113
6.2.	Funkcjonowanie dożywotniej renty hipotecznej na polskim rynku.....	115
6.3.	Metoda badawcza i charakterystyka respondentów.....	118
6.4.	Postawy seniorów wobec modelu sprzedażowego <i>equity release</i> – wyniki badania ankietowego.....	120
6.5.	Zakończenie.....	122
	Literatura.....	123

Wstęp

Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych stanowi jedno z istotnych praw człowieka (art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka). Wpływa na utrzymanie niezależności, jest postrzegane przez te osoby jako ważny składnik jakości życia. W literaturze wskazuje się, że główne składowe jakości życia w starszym wieku to bezpieczeństwo finansowe i zdrowotne. Emerytura z systemu organizowanego przez państwo stanowi w rodzinach osób starszych UE ponad 70% dochodów, finansowanie opieki zdrowotnej odbywa się głównie w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, jednak rosną wydatki *out-of-pocket* i luka w zakresie pokrycia potrzeb – choćby czasowa (odroczenie świadczenia). Systemy te okazują się nieodporne na zmiany demograficzne, jak zwłaszcza wydłużanie trwania życia, niska dzietność, prowadzące do wzrostu wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi, ale także feminizacji starości, zróżnicowania faz starości, w tym co do możliwości aktywności zarobkowej, sprawności i zakresu potrzeb, np. opiekuńczych czy zdrowotnych.

Systemy zabezpieczenia społecznego zależne są także od stanu finansów publicznych, a zwiększenie obciążenia składką w powszechnym systemie niesłoby wiele negatywnych implikacji społeczno-gospodarczych. Kreuje to istotne wyzwania dla rynku ubezpieczeń, którego produkty powinny zarówno pozwolić na zbudowanie kapitału na zabezpieczenie starości w okresie aktywności zawodowej, jak i zabezpieczyć osoby starsze, już nieaktywne zawodowo, przed różnymi rodzajami ryzyka osobowego.

Monografia stanowi zbiór tekstów poświęconych tytułowemu zagadnieniu, autorstwa polskich ekonomistek i finansistek.

W rozdziale 1 (prof. dr hab. Grażyna Ancyparowicz) przedstawiono przegląd rozwiązań podejmowanych systemowo w poszukiwaniu bezpieczeństwa socjalnego. Wskazano, że maksyma Benjamina Franklina „Nędza łamie ludzkie charaktery – nie sposób sprawić, by pusty worek stał prosto”, chociaż minęło prawie 250 lat, pozostaje wciąż aktualna. Jakkolwiek w wiekach XIX i XX utworzyły się profesjonalne instytucje zabezpieczenia społecznego, świadczące pomoc w kryzysowej sytuacji życiowej, w XXI stuleciu Europejczykom to już nie wystarcza, dlatego Unia Europejska chce wzmocnić integrację europejskiego społeczeństwa oraz wyrównywać szanse i dostęp do zasobów.

W rozdziale 2 (prof. dr hab. Grażyna Ancyparowicz) podjęto przeglądowo próbę autorskiej oceny bezpieczeństwa socjalnego w polskim systemie emerytalnym. Stwierdzono, że odchodząc w latach 90. minionego wieku od klasycznego systemu emerytalnego na rzecz modelu rentierskiego, nie znaleziono dotąd sposobu trwałej poprawy położenia materialnego milionów polskich emerytów. W konkluzji wskaza-

no, że potrzebna jest atrakcyjna oferta produktowa adresowana wprost do klientów, bez potrzeby angażowania dodatkowych instytucjonalnych pośredników. Niestety, nic nie wskazuje na to, aby polskie państwo szykowało „skrojone na miarę” kapitałowe programy oszczędnościowe i dożywotnie plany emerytalne.

W rozdziale 3 (dr hab. Teresa Bednarczyk, prof. UMCS) skoncentrowano się na analizie polskiego systemu emerytalnego w kontekście dążenia do zapewnienia adekwatności emerytur oraz zapobiegania ubóstwu wśród ludzi starszych. Podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: czy zreformowany system emerytalny zapewnia wystarczającą adekwatność emerytur w kontekście ochrony przed ubóstwem dochodowym? Zawarte w rozdziale rozważania pozwalają na sformułowanie wniosku, że system emerytalny oparty wyłącznie na formule zdefiniowanej składki nie wystarczy, aby skutecznie przeciwdziałać ubóstwu wśród ludzi starszych, którzy mieli przez całe życie niskie dochody z pracy i/lub z różnych względów nie mogli mieć pełnej i ciągłej kariery zawodowej. Co więcej, system ten będzie wzmacniał istniejące różnicowania dochodowe na rynku pracy i będzie powodował, że ci, którzy mają słabszą pozycję lub są dyskryminowani na rynku pracy, będą w jeszcze gorszej sytuacji, gdy już nie będą mogli pracować.

W rozdziale 4 (dr hab. Marta Borda, prof. UEW, dr hab. Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska, prof. UEW) uwagę skupiono na identyfikacji problemów występujących w obszarze finansowania opieki zdrowotnej osób starszych oraz na wskazaniu możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych seniorom. Stwierdzono, że rozwiązania dostępne w sektorze publicznym nie nadążają za trendami demograficznymi, wskutek tego osoby starsze, często charakteryzujące się ograniczonymi możliwościami dochodowymi, zmuszone są do ponoszenia prywatnych wydatków na zdrowie. Zaznaczono jednocześnie, że aktualna oferta prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dostępnych na rynku polskim w bardzo ograniczonym zakresie uwzględnienia potrzeby zdrowotne seniorów. Kluczowe stają się zatem dalsze kierunki rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych osobom starszym, wśród których wskazano: poszerzanie przedziału wiekowego ubezpieczonych, dopasowanie zakresu przedmiotowego ochrony do specyficznych potrzeb zdrowotnych seniorów, w tym uwzględnienie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej, a także szersze niż do tej pory wykorzystanie rozwiązań telemedycznych, zapewniających bieżący monitoring stanu zdrowia i szybki kontakt z lekarzem.

W rozdziale 5 (dr hab. Ilona Kwiecień, prof. UEW, dr Anna Jędrzychowska, dr Ewa Poprawska) podjęto tematykę związaną z możliwością wykorzystania instrumentu ubezpieczenia prywatnego do finansowania ryzyka opieki długoterminowej osób starszych na polskim rynku z uwzględnieniem specyfiki demograficznej, jak i doświadczeń światowych. Zilustrowano zagadnienie empirycznie, analizując – na podstawie danych demograficznych dla Polski i Niemiec – koszt ochrony ubezpieczeniowej, który uwzględnia zarówno moment w życiu, w którym została podjęta decyzja,

jak i sumę ubezpieczenia, oraz na tym tle koszt przy składce jednorazowej, jak i w wariantach, gdy składka ta jest rozłożona na dłuższy czas, z założeniem, że ochrona byłaby uruchamiana dla osoby w wieku 65 lat adekwatnie do zgłaszanego poziomu niesamodzielności i puli świadczeń zapewnianych dla tego stanu.

W rozdziale 6 (dr hab. Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska, prof. UEW) omówiono zasady funkcjonowania dożywotniej renty hipotecznej oraz przedstawiono wyniki badań dotyczących postaw polskich seniorów wobec wykorzystania tej renty jako formy dodatkowego dochodu w okresie starości. Wskazano, że znaczna część osób starszych żyjących w Polsce nie tylko dysponuje stosunkowo niskimi dochodami, które niejednokrotnie nie pozwalają na zaspokojenie podstawowych potrzeb, ale także nie posiada oszczędności. Jednakże skłonność do skorzystania z dożywotniej renty hipotecznej przez osoby starsze w zamian za przeniesienie prawa do nieruchomości na fundusz hipoteczny jest wciąż niska. Zaznaczono jednocześnie, że zmiana mentalności polskiego społeczeństwa, uwarunkowań kulturowych oraz coraz większe problemy finansowe osób starszych mogą się przełożyć w przyszłości na postrzeganie nieruchomości jako aktywa, z którego można upłynnić kapitał i poprawić sytuację finansową w ostatnich latach życia.

Autorki i redaktorki mają nadzieję, że opracowanie przyczyni się do istotnej dyskusji na temat wyzwań, szans dla rynku ubezpieczeń prywatnych, jakie kreują luka w zakresie zabezpieczenia społecznego i przywołane tendencje demograficzne. Ze względu na obecną sytuację i problemy zasygnalizowane w niniejszej monografii temat bezpieczeństwa finansowego osób starszych jest tematem wciąż aktualnym i coraz częściej podejmowanym zarówno przez teoretyków, jak i praktyków rynku finansowego.

Rozdział I

W poszukiwaniu paradygmatu bezpieczeństwa socjalnego: od Imperium Romanum po współczesną Polskę

JEL Classification: I3

Grażyna Ancyparowicz

Narodowy Bank Polski

Akademia Górnośląska im. Wojciecha Korfańtego

e-mail: grazyna.ancyparowicz@nbp.pl; g.ancyparowicz@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0196-7873

Cytuj jako: Ancyparowicz, G. (2023). W poszukiwaniu paradygmatu bezpieczeństwa socjalnego: od Imperium Romanum po współczesną Polskę. W: I. Kwiecień i P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce* (s. 11-34). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Streszczenie: Ryzyko socjalne można zdefiniować jako subiektywnie postrzegany, rzeczywisty lub potencjalny brak dochodów, którego następstwem jest ubóstwo i związana z nim utrata dotychczasowej pozycji społecznej. Zagrożenie tego typu ryzykiem występowało we wszystkich epokach historycznych i zawsze starano się mu przeciwdziałać na gruncie zarówno prawa i obyczajów, jak i nakazów religijnych. Współcześnie ochronę ryzyka socjalnego zapewnia system zabezpieczenia społecznego, który posługuje się trzema technikami: opiekuńczą, ubezpieczeniową i zaopatrzeniową. Pomoc społeczna jest najstarszą formą dobroczynności publicznej; ustawy jej dotyczące wywodzą się z brytyjskiej tradycji „prawa ubogich”. Prawo to tworzone z myślą o ograniczeniu przestępczości wywołanej nędzą. Współcześnie pomoc społeczna zatraciła swój stigmatyzujący i represyjny charakter; jest instrumentem polityki społecznej państwa ułatwiającym pokonywanie kryzysowych sytuacji życiowych.

Słowa kluczowe: ryzyko społeczne, ubezpieczenie społeczne, pomoc społeczna, emerytura

1.1. Od samopomocy poprzez filantropię do instytucjonalnej ochrony ryzyka ubóstwa

Ryzyko socjalne można zdefiniować jako subiektywnie postrzegany, rzeczywisty lub potencjalny brak dochodów, którego następstwem jest ubóstwo i związana z nim utrata dotychczasowej pozycji społecznej. Współcześnie, w skali makroekonomicz-

nej, ochronę ryzyka socjalnego zapewnia system zabezpieczenia społecznego, który posługuje się trzema technikami: opiekuńczą, ubezpieczeniową i zaopatrzeniową. Zagrożenie tego typu ryzykiem występowało we wszystkich epokach historycznych, toteż w każdym czasie starano się mu przeciwdziałać, na gruncie zarówno prawa i obyczajów, jak i nakazów religijnych. Nawet w okresie wspólnoty pierwotnej „skutki zdarzeń losowych pokrywane były w drodze zbiorowego wysiłku całej wspólnoty” (Kowalewski, 2002, s. 41). W tych zamierzchłych czasach pomoc rodu zastępowała pomoc instytucjonalną, która pojawiła się dopiero wraz z narodzinami państwowości, choć – z oczywistych względów – w formach dalekich od znanych nam współcześnie. Z kodeksów Hammurabiego i Justyniana, z pism Herodota, Ksenofonta, Platona, Arystotelesa, św. Augustyna i św. Tomasza z Akwinu oraz różnych mniej znanych przekazów filozoficznych i archiwalnych dokumentów wynika, że już w starożytności i wiekach średnich istniały stabilne i stosunkowo trwałe instytucje tworzone dla ochrony wspólnych interesów pełnoprawnych obywateli (klientyzm i mecenat, starorzymskie kolegia, średniowieczne cechy, gildie, maszoperie, skrzynki rzemieślnicze, gwarectwa, nowożytny związki chłopskie, związki groblowe, bractwa, wyderkafy, annuitety i renty wieczyste, feuerkassy i socjetety ogniowe).

Pomoc (opieka) społeczna jest najstarszą – sięgającą epoki Grakchusów w Republice Rzymskiej – formą dobroczynności publicznej (*frumentationes, alimenta*). Uświęcona obyczajem, powszechnie akceptowana, ewoluowała w czasach nowożytnych pod wpływem wywodzącego się z Wysp Brytyjskich „prawa ubogich”¹, które wprowadzono głównie z myślą o zwalczaniu zorganizowanej przestępczości, nadając mu celowo represyjny i stygmatyzujący charakter. Od XVI wieku na ustawodawstwie brytyjskim wzorowały się wszystkie kraje protestanckie i miasta hanzeatyckie, a od XVIII wieku także państwa katolickie i prawosławne. W dobie rewolucji przemysłowej, która na kontynencie europejskim zaczęła się po wojnach napoleońskich (ok. 30 lat później niż w Anglii), w obliczu zagrożeń ruchami narodowościowymi, komunizmem, rozdarciem religijnym, ten model opieki socjalnej już nie wystarczał. W latach 80. XIX wieku, najpierw w Rzeszy Niemieckiej, świeżo zjednoczonej pod hegemonią Prus, a potem w całej Europie wprowadzono pod patronatem państwa ubezpieczenia społeczne. Stanowiły one rodzaj przymusowego wzajemnego ubezpieczenia, o charakterze publiczno-prawnym, stopniowo rozszerzanego na wszystkie główne rodzaje ryzyka socjalnego i wszystkie grupy pracownicze. Natomiast w Wielkiej Brytanii i innych zamożnych krajach Commonwealthu, a także w Stanach Zjednoczonych i w państwach skandynawskich, realizujących po drugiej wojnie światowej koncepcję państwa dobrobytu (*welfare state*), przyjęto system zaopatrzeniowy, stanowiący alternatywę dla publicznego systemu ubezpieczeń pracowniczych.

¹ Współcześnie termin „prawo ubogich” stracił swoje pierwotne znaczenie. Używa się go w języku prawniczym wyłącznie na określenie gwarancji państwa w odniesieniu do różnego typu świadczeń umożliwiających dostęp niezamożnym obywatelom do pomocy prawnej.

Na ustawodawstwo dotyczące ochrony ryzyka socjalnego w Polsce silnie wpłynęły zarówno sięgające XVI wieku brytyjskie „prawo ubogich”, jak i pochodzące z końca XIX wieku niemieckie ubezpieczenia pracownicze, choć bez wątplenia trudną do przecenienia (pozytywną) rolę odegrały także rodzime rozwiązania wypracowane w okresie międzywojennym. O tym, że w II Rzeczypospolitej nadano wysoką rangę gwarancjom ochrony socjalnej, świadczy art. 102 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1921 roku, który stanowił, że „każdy obywatel ma prawo do opieki Państwa nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa – do ubezpieczenia społecznego, które ustali osobna ustawa”. W Polsce Ludowej kwestii tej dotyczył art. 60 Konstytucji z 1952 roku (po wprowadzeniu tekstu jednolitego – art. 70 ust. 2 pkt 1), zaś w pierwszych latach III Rzeczypospolitej art. 77 tzw. Małej Konstytucji z 1992 roku. Jednak dopiero w Konstytucji uchwalonej przez Zgromadzenie Narodowe 2 kwietnia 1997 roku w art. 67 *expressis verbis* po raz pierwszy użyto sformułowania: „prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego”².

Przez czterdzieści lat funkcjonowania realnego socjalizmu polityka społeczna sprowadzona została do paternalistycznego państwa opiekuńczego, które – zaprzeczając zasadzie solidaryzmu i subsydiarności – uznało, że najlepiej wie, jak rozwiązywać lokalne i regionalne problemy. Państwo nie tylko programowało i kreowało politykę społeczną, ale także ją realizowało za pomocą własnych, scentralizowanych instytucji, poprzez redystrybucję publicznych pieniędzy, z użyciem pasywnych instrumentów finansowych i rzeczowych. Ten model ochrony ryzyka socjalnego obowiązywał także w pierwszych latach transformacji ustrojowej, chociaż państwo wycofało się z finansowania wielu zadań społecznych, przerzucając ciężar na rodzinę i gospodarstwa domowe. Nie udało się stworzyć spójnego systemu zabezpieczenia ryzyka socjalnego, „a przy okazji popełniono wiele błędów, które skutkowały i nadal skutkują poważnymi konsekwencjami w kontekście długofalowych inwestycji społecznych” (Grewiński, 2012, s. 30-34). Dopiero proces konwergencji prawnej (warunkujący polskie członkostwo w Unii Europejskiej) sprawił, że do realizowanej w naszym kraju polityki społecznej zaczęto wprowadzać wspólnotowe standardy socjalne, które sprawiły, że ochrona ryzyka socjalnego zaczęła się stawać dobrem społecznym, a nie czysto publiczną działalnością służb państwowych ukierunkowaną na zachowanie spokoju społecznego lub realizację innych – uznanych za ważne – celów rządzącej elity.

² Nie jest to zresztą w naszym państwie jedyny tekst poświęcony ochronie ryzyka socjalnego na poziomie ustawy zasadniczej, zważywszy że art. 68 ustala prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia, art. 71 zaś – prawo do pomocy rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, przy czym (zgodnie z zasadą subsydiarności) uruchomienie instrumentów pomocowych następuje dopiero wtedy, gdy nie można uprawnionemu przyznać innych świadczeń. W niniejszym rozdziale pominięto te wątki, jako wymagające obszernego komentarza, koncentrując uwagę na problematyce pomocy społecznej i ubezpieczeń pracowniczych.

1.1.1. Wczesne formy systemu pomocy społecznej

Po upadku Imperium Romanum, w przedindustrialnej Europie zabezpieczenie socjalne było przede wszystkim funkcją przynależności stanowej, wykluczeni ze społeczności chrześcijanie mogli liczyć na charytatywną działalność Kościoła i prywatną filantropię³, innowiercy – tylko na siebie. Od IV wieku przy głównych szlakach komunikacyjnych zaczęła powstawać sieć hospicjów⁴, gdzie – wzorem dobrego Samarytana – znajdowali schronienie nie tylko podróżni, wędrowni kupcy i pielgrzymi, ale także odrzuceni przez społeczeństwo nędzarze (chorzy, kaleki, bezdomne i porzucone dzieci, niezdolni do pracy starcy). W związku z rozkwitem ruchu pielgrzymkowego, placówki te najchętniej powstawały wzdłuż tras, którymi pątnicy podróżowali do Ziemi Świętej. Pierwsze regulacje dotyczące hospicjów w funkcji przytułków dla ubogich uchwalił Sobór Nicejski w 325 roku, ale trwałe materialne i finansowe podstawy ich funkcjonowania powstały dopiero po reformach Grzegorza I Wielkiego (540-604), który nakazał przekazywanie jednej czwartej dochodów duchowieństwa na rzecz potrzebujących (Czuj, 1948, s. 29). W wiekach XI-XIII, w czasach wypraw krzyżowych, pojawiły się wyspecjalizowane fundacje opiekuńcze (*xenochodium*, *domus hospitalis*, *ptôchia*); w ich powoływaniu największą rolę odgrywały te zgromadzenia zakonne, których charyzmat obejmował służbę ludziom chorym, ubogim i odrzuconym: benedyktyni, kawalerowie maltańscy, lazarnicy i – sprowadzeni do Krakowa już w pierwszych wiekach polskiej państwowości – duchacy⁵. Jednak nie dobroczynność i miłosierdzie, ale pragmatyzm i determinizm w zwalczaniu pospolitego bandytyzmu

³ Filantropia, w przeciwieństwie do działalności charytatywnej wynikającej z nakazu miłosierdzia, jest świecką ideą czerpiącą inspirację z idei humanitaryzmu, a nie nakazów religijnych (charytatywności i dobroczynności chrześcijańskiej, zakatu muzułmańskiego czy cedaki występującej w judaizmie). Filantrop, zwany w XIX wieku społecznikiem, to człowiek udzielający pomocy materialnej ubogim, często inteligent (lekarz, adwokat, nauczyciel) pracujący na rzecz dobra wspólnego, nie bacząc na honorarium, w imię idei solidaryzmu społecznego finansujący akcje społeczne.

⁴ Nazwa „hospicjum” wywodzi się od łacińskiego słowa *hospes* oznaczającego gościa bądź gospodarza. Miejsce takie, na przestrzeni wieków, nazywane było *hospitium*, *hospitale*, *infirmarium*, co w większości języków europejskich jest źródłosłowem wyrazów oznaczających szpital. Pojęcie hospicjum jako miejsca przeznaczonego wyłącznie dla osób umierających datuje się od roku 1842, gdy Jeanne Garnier ze zgromadzenia *Dames du Calvaire* otworzyła w Lyonie szpital dla nieuleczalnie chorych kobiet (Szot, 2009, s. 225-226).

⁵ Zakon Ducha Świętego (*Duchacy de Saxia*) założony w Królestwie Francji około 1180 roku, kiedy Gwidon z Montpellier wybudował szpital, pomagając biednym i porzuconym dzieciom. W 1220 roku Iwo Odrowąż sprowadził duchaków do Polski do Prądnika pod Krakowem, a w 1244 roku został przeniesiony do Krakowa przez bpa Jana Prandotę. Pod koniec XIII wieku powstały duchackie szpitale w Kaliszu, Sandomierzu i Sławkowie. W 1783 roku nastąpiła kasata męskiej gałęzi Zakonu Ducha Świętego. Ostatni duchak w Polsce umarł w roku 1823 w Krakowie, a ostatni na świecie – w roku 1875 w Rzymie. Przetrwiała jednak żeńska gałąź zgromadzenia. Obecnie w Krakowie znajduje się Dom Generalny Zakonu Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego de Saxia.

i zorganizowanej przestępczości legły u podstaw „prawa ubogich”, które powstało w Anglii na przełomie XV i XVI stulecia i na którym wzorowały się niemal wszystkie państwa europejskie aż do końca XIX wieku. Wpływ tego prawa jest widoczny także współcześnie w ustawodawstwie dotyczącym pomocy społecznej, która pomimo znacznego złagodzenia – w stosunku do pierwowzoru – podejścia do osób w trudnej sytuacji życiowej, nie zatraciła swego stygmatyzującego i upokarzającego beneficjentów charakteru.

1.2. Brytyjskie prawo ubogich jako wzorzec opresyjnego ustawodawstwa pomocowego

W okresie wojny Dwóch Róż (1455-1485) przestępczość przybrała wręcz monstrualne rozmiary, a walkę z nią utrudniał jej wybitnie klanowy charakter; mniej więcej trzecia część zorganizowanych band rozbójniczych skupiała całe familie – mężów i żony, braci, czasem nawet siostry (Mortimer, 2017, s. 9). Elementarnym warunkiem poprawy bezpieczeństwa publicznego było dalsze ograniczanie mobilności kryminalistów i wszelkiej maści wyrzutków społeczeństwa, których rekrutowali do swych wojsk pretendenci do tronu, siejąc zamęt w całym królestwie. Henryk VII Tudor w taki właśnie sposób zdołał przejąć władzę, toteż dążąc do umocnienia własnej pozycji jako monarchy, sprawił, że angielski parlament uchwalił w 1494 roku represyjny *Vagabonds and Beggars Act*. „Włóczędzy, próżniacy i podejrzani będą osadzeni w kucki [w dyby] na trzy dni i trzy noce i nie będą mieli innego pożywienia niż chleb i woda, a następnie zostaną wyrzuceni z miasta. Każdy żebrak nadający się do pracy powinien udać się do tej miejscowości, w której ostatnio mieszkał, gdzie jest najbardziej znany lub urodził się i tam ma pozostać pod wyżej wymienionym rygorem” (*Key dates...*, b.d.). Nędzarze „bezsilni” [zbyt słabi, aby pracować – przyp. aut.] mogli pozostać w swoim mieście z prawem do żebrania, ale ich byt zależał niemal całkowicie od charytatywnej działalności zgromadzeń zakonnych oraz – nakazywanej przez Kościół – filantropii laikatu. Od 1531 roku sędziowie pokoju wydawali „bezsilnym ubogim” licencje na żebranie, włóczykijów zaś uznanych za obiboków karano więzieniem i chłostą przed deportacją do miejsca ich urodzenia.

Ekonomiczne położenie plebsu, ale także średnich i wyższych warstw angielskiego społeczeństwa⁶ znacznie pogorszyło się po tym, jak Henryk VIII ogłosił się głową Kościoła Anglikańskiego (*Act of Supremacy* z roku 1534). Zerwanie z Rzymem stało się

⁶ Plebs (w odróżnieniu od pospólstwa stanowiącego pozbawioną praw obywatelskich warstwę pośrednią) był w średniowieczu i czasach nowożytnych najniższą (zarazem najuboższą) warstwą ludności miejskiej (najbiedniejsi), złożoną m.in. z robotników najemnych, służby, „marginesu społecznego” (żebracy, przestępcy, ulicznicy), a także czeladników i terminatorów. Pełnią praw obywatelskich cieszyli się szlachta feudalna (*nobility*), średnia i niższa szlachta (*gentry*), patrycjat miejski (*yeoman*).

pretekstem do kasacji klasztorów i bezprecedensowej grabieży ich bogactw⁷ przez wąskie grono uprzywilejowanych arystokratów. Lukę, jaką w zaopatrzeniu ubogich spowodowała sekularyzacja dóbr kościelnych, miała wypełnić ustawa z 1535 roku, która nakazywała, aby „wszyscy zarządcy okręgów, miast, miasteczek, secin, przysiółków i parafii⁸ znaleźli i utrzymywali każdą starszą, ubogą i bezsilną osobę, która urodziła się lub mieszkała przez trzy lata w tym samym okręgu, w drodze dobrowolnej i charytatywnej jałmużny” (*Key dates...*, b.d.); podobnie potraktowano osieroczone i porzucone dzieci w wieku od 5 do 13 lat, ale starsze dzieci i dorośli zdolni do pracy byli do niej fizycznie przymuszani. Próby zapewnienia administracyjnej pieczy nad „bezsilnymi ubogimi” nie uśmierzyły niepokojów społecznych; 40 tys. osób ze wszystkich warstw społecznych zamieszkujących północne hrabstwa wyraziło w latach 1536-1537 swój protest przeciw reformom religijnym i nowym porządkom w ludowym powstaniu – Pielgrzymce Łaski (*Pilgrimage of Grace*). Krwawe stłumienie tego powstania i terror w latach następnych skutkowały tym, że odtąd władze traktowały każdego zdrowego, uchylającego się od pracy człowieka z gminu – często nie bez kozery – jak potencjalnego przestępcę. Najbardziej okrutne sankcje wprowadziła ustawa z 1547 roku, uchwalona za panowania Edwarda VI: wagabunda po napiętnowaniu w ucho literą V był skazany na dwa lata więzienia, za pierwszą próbę ucieczki karano go dożywociem, za drugą – śmiercią. W 1550 roku – ze względu na dotkliwy brak rąk do pracy, który wywołała nawracająca epidemia „angielskich potów”⁹ – karę śmierci za włóczęgostwo zniesiono, ale niezwłocznie podjęto kroki zmierzające do wzmocnienia administracyjnej kontroli nad spauperyzowaną ludnością, wprowadzając w 1552 roku rejestr ubogich żyjących na koszt parafii (*Registers of the Poor*).

1.2.1. Pomoc ubogim w przededniu rewolucji przemysłowej

Mimo burz dziejowych, klęsk żywiołowych i niepokojów społecznych w epoce Tudorów gospodarka angielska rozwijała się szybciej niż w poprzednich wiekach; zwłaszcza pod panowaniem Elżbiety I poprawił się ogólny poziom życia, z czym wiązał się wysoki (jak na owe czasy) przyrost naturalny. W ciągu XVI stulecia doszło do podwojenia (z 2,2 do 4,5 mln) liczby mieszkańców Anglii (Guy, 1988, s. 855), co samo w sobie było wystarczającą przesłanką wzrostu liczby ubogich; nie dla wszystkich wystarczało

⁷ Szacunkowy całkowity dochód domów zakonnych w Anglii wynosił w latach 30. XVI wieku ok. 130 tys. funtów brytyjskich rocznie, co w dzisiejszej walucie odpowiadałoby ok. 34 bilionom funtów szterlingów (Bernard, 2011, s. 390-409).

⁸ Parafia była podstawową jednostką administracyjną (odpowiednikiem gminy), co powodowało trudności w świadczeniu pomocy na dużych obszarach miejskich oraz w rozproszonych wioskach na północy i zachodzie.

⁹ „Angielskie poty” (*sweating sickness, English sweate*) – choroba przywleczona prawdopodobnie przez wojska zaciężne Henryka VII, dziesiątkowały ludność Wysp Brytyjskich w latach 1485-1551.

pracy i nie wszyscy chcieli lub mogli zarobkować. Obok demograficznych, pojawiły się także ekonomiczne czynniki zwiększające liczbę biednych. Rosnące zapotrzebowanie na angielską wełnę zamawianą przez manufaktury niderlandzkie i krajowe warsztaty skutkowało zagarnianiem gruntów gminnych, „grodzeniem pastwisk” i przeznaczaniem ziemi ornej pod wypas owiec¹⁰. Uszczuplenie areału zasiewów przekładało się na ograniczenie podaży żywności, a zatem na inflację i wzrost kosztów utrzymania w miastach; nominalny wzrost płac w rzemiośle hamowała niska wydajność pracy, rosła więc liczba ubogich mieszczan¹¹. Obszar nędzy poszerzał się także z uwagi na niekorzystne okoliczności zewnętrzne, takie jak: deprecjacja pieniądza wywołana napływem hiszpańskiego złota zagrabionego Inkami i innym plemionom indiańskim, klęski żywiołowe i nawracające epidemie. W ślad za postępującym zubożeniem drobnych dzierżawców, pracowników najemnych i innych grup ludności w szybkim tempie powiększała się żebracza armia. W tych okolicznościach parafie otrzymały nakaz rejestrowania swoich ubogich, obowiązek materialnej pomocy ubogim został nałożony na rady parafialne, a proboszcz miał napominać swoich parafian, aby okazywali dobroczynność swoim ubogim sąsiadom.

Każda parafia wyznaczała dwóch kwestorów, których zadaniem było po nabożeństwie w niedzielę Trójcy Świętej „delikatnie poprosić i zażądać od każdego mężczyzny lub kobiety, co oni z ich dobroczynności będą zadowoleni, aby dać tygodniowo wsparcie dla zarejestrowanych w parafii ubogich” (*Key dates...*, b.d.). Jałmużny nie wystarczało, więc w 1552 roku wprowadzono na ten cel obowiązkową daninę, pobieraną najpierw raz do roku, a od 1562 roku co tydzień. Parafianie, którzy dobrowolnie nie wnieśli żadnego datku, mogli być opodatkowani przez sędziów pokoju, a jeśli nadal odmawiali – uwięzieni, jednak aż do wejścia w życie w 1572 roku *The Vagabonds Act* nikogo w ten sposób nie ukarano. W 1578 roku kompetencje sędziów pokoju w zakresie karania włóczęgów i pobierania składek na rzecz ubogich (w istocie – podatków) przekazano konstablom (urzędnikom) kościelnym¹².

¹⁰ W 1549 roku wojnę chłopską w Anglii wywołało zajęcie i ogradzanie gruntów gminnych przez właścicieli wielkiej własności ziemskiej, na czym ucierpiała przede wszystkim biedota wiejska. Na czele 15 000 powstańców stanął garbarz Robert Kett. Powstańcy zniszczyli ogrodzenia gruntów gminnych i złupili bogatych ziemian. Powstanie zostało stłumione przez armię królewską, a Roberta Ketta powieszono na murze zamku w Norwich, aby zmarł z głodu. Podobna kara spotkała jego brata, którego powieszono na wieży kościoła. Dla upamiętnienia przywódców powstania imieniem Ketta nazwano jedną ze szkół w miejscowości Wymondham w hrabstwie Norfolk.

¹¹ Dla przykładu w latach 1475-1620 w Londynie ceny żywności wzrosły 5,5 razy, artykułów rzemieślniczych – 2,5 razy, płaca murarza zaś – 2 razy (Slack, 1988).

¹² Urząd konstabla ustanowiono w Anglii podczas inwazji Normanów w 1066 roku; był to urzędnik odpowiedzialny za zakup i utrzymywanie uzbrojenia królewskiej armii. W XII wieku, za panowania królów Stefana z Blois i Dawida I Szkockiego, utworzono w Anglii i Szkocji urząd Lorda Wielkiego Konstabla, jednego z dziewięciu Wielkich Urzędników Państwowych. Jednocześnie konstablem nazywano lokalnego urzędnika, którego zadaniem było utrzymywanie porządku; autorem jednego z pierwszych opisów uprawnień i obowiązków takich urzędników był Henry Bracton, XIII-wieczny prawnik angielski.

O tym, kto zasługuje na pomoc, decydował najpierw arbitralnie kurator (*super-visier*), a po 1723 roku „test warsztatowy” wprowadzony na mocy ustawy uchwalonej przez Parlament z inicjatywy Edwarda Knatchbulla. Nadal pomagano materialnie tylko „zasłużonym biednym”, ale z uwagi na spadek liczby przestępstw przeciw mieniu¹³ włóczęgów i nielicencjonowanych żebraków nie osadzano już profilaktycznie w więzieniach, lecz (w celach resocjalizacyjnych) kierowano do warsztatu rzemieślniczego, manufaktury lub „domu pracy”¹⁴. Od 1575 roku każda parafia posiadała na zaopatrzenie takich placówek magazyn wełny, konopi, lnu, żelaza; nawiasem mówiąc taka polityka resocjalizacyjna skutecznie hamowała wzrost płac i rozwój rynku wewnętrznego, podczas gdy handel zamorski (wpierany przez monarchów) rozkwitał, budując podwaliny pod przyszłą potęgę morską i kolonialną Wielkiej Brytanii.

Kolejnym krokiem w kierunku racjonalizacji kosztów opieki społecznej był *Poor Law Act* z 1597 roku, który określił obowiązki alimentacyjne w rodzinach, wprowadził mechanizm „waloryzacji” lokalnych podatków na fundusz wsparcia ubogich i wzmocnił administracyjną kontrolę w tym zakresie. Oszczędzając na kosztach rozbudowy – jak dziś powiedzielibyśmy – „infrastruktury socjalnej”, ocalałe po reformacji przykościelne przytułki i szpitale przekazano administracji terenowej; odtąd parafie (gminy) mogły łączyć się w dowolny sposób, aby dzielić się przytułkami lub zlecać osobom trzecim opiekę nad ubogimi¹⁵. Kontrolę nad tymi placówkami powierzono

W 1285 roku król Edward I Długonogi na mocy statutu z Winchester wprowadził po dwóch konstablach do każdej secciny, z czasem konstablowie zaczęli być przypisywani do parafii. Początkowo byli wybierani przez mieszkańców danego obszaru, lecz począwszy od 1617 roku, zazwyczaj wyznaczał ich sędzia pokoju. Konstablowie, aż do 1829 roku, kiedy powołano Metropolitalną Służbę Policyjną w Londynie, nie byli opłacani. Potem podobne jednostki utworzono w całej Wielkiej Brytanii. Od 1839 roku konstabl (*Police Constable*, skrót PC) pozostaje najniższym stopniem w brytyjskiej policji (Inwood, 2000, s. 591).

¹³ Wykroczenia przeciwko mieniu i majątkowi stanowiły w latach 1620-1629 trzy czwarte wszystkich przestępstw, w latach 70. XVI stulecia – tylko jedną trzecią, wzrosły natomiast przestępstwa przeciw życiu i zdrowiu (Sharpe, 1999).

¹⁴ Pierwszy dom pracy przymusowej utworzono ok. roku 1557 w Londynie (w Bridewell, w dawnej rezydencji Henryka VIII), gdzie zorganizowano warsztaty różnych specjalności; wkrótce na terenie Anglii działało ok. 200 takich domów, jednak nie spełniały one założonych celów, będąc raczej miejscem deprawacji niż resocjalizacji, a zamiast dochodów przynosiły straty. Dopiero pod koniec XVII wieku powstała w Anglii sieć domów pracy przymusowej zorganizowanych w sposób ekonomicznie racjonalny; podstawową dziedziną pracy stało się w nich włókiennictwo, zwłaszcza przędzenie wełny. U schyłku XVI i na początku XVII wieku powstawały podobne domy pracy przymusowej w Holandii (pierwszy w Amsterdamie), w Niemczech (Brema, Lubeka, Hamburg), we Francji. W Polsce pierwsze domy pracy przymusowej powstały w 1629 roku w Gdańsku i w 1631 roku w Elblągu, liczniejsze w XVIII wieku, m.in. w Krakowie, Toruniu, Warszawie (Bogucka, 1986).

¹⁵ Kwestie te uregulował pochodzący z 1597 roku *Act for Erecting Hospitals, or Abiding and Working Houses for the Poor*. Ustawa ta zezwalała również na zakładanie i wznoszenie szpitali z charytatywnych pobudek, pod warunkiem zagwarantowania środków wystarczających na utrzymanie tych placówek przynajmniej przez rok. Pierwsza finansowana ze środków publicznych poradnia zdrowotna działała w latach 1697-1725 w pomieszczeniach *Royal College of Physicians* na Warwick Lane; ubodzy otrzymywali tam darmową konsultację, pomoc medyczną i leki.

kuratorom (*Overseers of the Poor*), cały zaś system opieki nadzorowała centralnie Rada Królewska (*Privy Council*), do której justycjariusze składali raporty ze swej działalności. Uchwalony w 1601 roku *Poor Law Act* – powszechnie uznawany za kamień węgielny paneuropejskiego systemu techniki opiekuńczej – nie wprowadzał żadnych istotnych zmian regulacyjnych do wcześniej wypracowanych zasad opieki nad biedotą, a jedynie skonsolidował wcześniejsze ustawy.

Wysokość funduszy przeznaczonych na pomoc ubogim była poniekąd funkcją zamożności i hojności donatorów, w znacznym stopniu zależnej od ogólnego poziomu rozwoju ekonomicznego danego regionu (hrabstwa). Występowały zatem wyraźne lokalne różnice pomiędzy wysokością datków w poszczególnych parafiach, co skłaniało nędzarzy do przemieszczania się w poszukiwaniu wyższych zasiłków. *Settlement, Employment and Relief of the Poor Act* z 1662 roku starał się ukrócić tę praktykę, definiując kryteria osadnictwa: posiadanie lub wynajmowanie nieruchomości powyżej określonej wartości, płacenie stawek parafialnych, ukończenie praktyki prawniczej, roczna służba w stanie wolnym lub pełnienie przez rok funkcji publicznej. Prawo to nie powstrzymało migracji biedoty, więc od 1691 roku wprowadzono rejestrację i stygmatyzację (specjalnymi odznakami) nędzarzy uprawnionych do opieki publicznej. I to zawiodło, więc *Poor Law Act* z 1729 roku nie tylko zaostriżył kryteria osadnictwa, ale nakazał również, aby koszty przeprowadzki beneficjenta pokrywała parafia, z której przywędrował; w latach 1738-1739 wprowadzono w tym celu specjalny podatek. Liczbę świadczeniobiorców miał jeszcze bardziej ograniczyć pochodzący z 1744 roku *Rogues, Vagabonds, and other Idle and Disorderly Persons Act*. Dotyczył on umieszczenia w domu poprawczym (*House of Correction*) mężczyzn porzucających swoje żony i dzieci. Każdy, kto zatrzymał takiego nieodpowiedzialnego osobnika, otrzymywał wysoką nagrodę (5 szylingów). Natomiast gorzej potraktowano kobiety niezamężne, posiadające dzieci z „nieprawego łoża”. Na podstawie nowelizacji przepisów prawa ubogich od 1776 roku umieszczano je w domach „budowanych specjalnie dla matek i domniemanych ojców bękarta”. Dopiero w 1844 roku *Poor Law Amendment Act* zniósł ten sposób traktowania „upadłych” kobiet oraz upoważnił matki nieślubnych dzieci do ubiegania się o nakaz alimentacyjny wobec ojca pozamałżeńskiego dziecka.

W XVIII wieku nadal stosunek do żebraków bez licencji oraz ludzi z gminu odmawiających świadczenia pracy był wrogi; schwytanych włóczęgów przymusowo wcielano do armii lub marynarki, co (z uwagi na wysokie prawdopodobieństwo śmierci) uważano za karę bardziej dotkliwą od pobytu w „domu pracy”. Represyjny charakter, wbrew intencjom pomysłodawcy – Thomasa Gilberta – miał również *Relief of the Poor Act*, uchwalony w 1782 roku. Ustawa ta obowiązywała przez dziesięć lat i ułatwiała skazywanie niewypłacalnych dłużników na karę więzienia, gdzie panowały tragiczne, wręcz nieludzkie warunki. Trzy lata przed jej uchyleniem, w 1790 roku, po głośnym, bulwersującym opinię publiczną skandalu, sędziowie pokoju zostali upoważnieni do inspekcji i raportowania sytuacji w więzieniach, „domach pracy” i przytułkach, od 1792 roku mieli prawo karania nadzorców zaniedbujących swoje obowiązki.

Utrzymanie quasi-resocjalizacyjnych placówek stanowiło pole do ogromnych nadużyć finansowych, a zarazem generowało poważne obciążenie budżetów parafii, czemu miał zaradzić pochodzący z 1795 roku nowy *Poor Law Act*. Po jego wejściu w życie kuratorzy ubogich – za zgodą sędziego pokoju – mogli typować do zasiłków osoby bez „nakładania testu przytułku”, czyli mieli prawo udzielania wsparcia w domostwie uprawnionego. Kwestie te regulowały rozporządzenia: *Outdoor Labour Test Order* oraz *Outdoor Relief Prohibitory Order*. Utraciły one moc prawną po wejściu w życie ustawy z 1834 roku *The Poor Law Amendment Act*. Z ustawą tą, niesłuchanie zaostrożając kryteria uprawniające do zasiłku, brytyjska klasa średnia wiązała nadzieje na zmniejszenie obciążeń podatkiem na rzecz ubogich (*poor rate*). Odtąd każda pomoc materialna była uznawana za pożyczkę (dłużnik, za niedotrzymanie terminu spłaty nawet niewielkiej sumy, trafiał do więzienia). Zasiłki przysługiwały wyłącznie osobom całkowicie niezdolnym do pracy, pod warunkiem, że przebywały one w przytułkach. Komentując te przepisy, Beniamin Disraeli (1804-1881) sarkastycznie stwierdził: „w Anglii ubóstwo jest przestępstwem” (Rathbone, 1869).

Drastyczne ograniczenie uprawnień biedoty do zasiłków nieprzypadkowo nastąpiło w momencie, gdy Anglia znalazła się na finiszu pierwszej rewolucji przemysłowej i wkraczała w wiek „pary i elektryczności”. Brytyjskim klasom posiadającym nie zagrażali już wagabundzi i żebracy, lecz rosnący w siłę proletariats i ruch związkowy¹⁶ oraz nowe doktryny: luddyzm, czaryzm, komunizm. Szanse na względnie trwały pokój społeczny rokowały ustawy sukcesywnie poprawiające bezpieczeństwo pracy i ekonomiczne położenie robotników. Ochronę ryzyka socjalnego zapewniały także zyskujące coraz większe uznanie pracodawców i pracowników, realizowane na komercyjnych warunkach, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i wypadków przy pracy, a o zabezpieczenie ryzyka starości czy inwalidztwa każdy musiał troszczyć się sam. „Prawo ubogich”, coraz bardziej marginalizowane na Wyspach Brytyjskich, w państwach Europy kontynentalnej nadal stanowiło fundament systemów opiekuńczych; jego ranga w systemie ochrony ryzyka socjalnego zaczęła się obniżać dopiero po zakończeniu pierwszej wojny światowej, wraz z upowszechnianiem się reform konstytuujących pracowniczy system ubezpieczeń społecznych.

¹⁶ Organizacje zrzeszające pracowników jednej specjalności istniały już w XVIII wieku, w połowie XIX wieku było ich ok. 1600, ale nie miały one siły przebicia. W 1824 roku (wbrew zakazom) powstał pierwszy duży związek zawodowy w Londynie, w 1834 roku (z inicjatywy Roberta Owena) – Krajowe Stowarzyszenie Związków Zawodowych (*Grand National Consolidated Trades Union*), w 1845 roku – Narodowe Stowarzyszenie Związków Zawodowych ds. Ochrony Pracy (*The National Association of United Trades for the Protection of Labour*), w 1868 ogólnokrajowa centrala związkowa – Krajowy Związek Zawodowy (*Trades Unions Congress*). Niektórzy przywódcy ruchu związkowego uważali, że efektywna poprawa bytu robotników wymaga wejścia na scenę polityczną, co skutkowało przekształceniem się głównych związków w partie polityczne (m.in. *Independent Labour Party*, *Fabian Society*, *Social Democratic Federation*); ubieganie się członków tych partii o mandaty parlamentarne umożliwił *Representation of the People Act* w 1884 roku (Davies, 1966).

1.3. Godność osoby ludzkiej w systemie prawnym kontynentalnej Europy

Na współczesny kształt europejskiego systemu zabezpieczenia społecznego – obok ruchu związkowego i lęku klas uprzywilejowanych przed rewolucją komunistyczną – wpłynęło także stanowisko Kościoła, który pod koniec XIX wieku ostro upomniał się o poszanowanie podstawowych praw i godności każdego człowieka, zwłaszcza zaś tego, który utrzymuje się z własnej pracy. W ogłoszonej 15 maja 1891 roku encyklice *Rerum novarum* Leon XIII, potępiając kapitalistyczny wyzysk, określił powinności państwa i fabrykantów wobec robotników: „Państwo jest instytucją jedną dla wszystkich, tak dla wielkich, jak i maluczkich. (...) A jak nierozumną byłoby rzeczą, gdyby państwo starało się o dobro tylko części obywateli, resztę zaś zanieczyściło, tak też jasnym jest, że władza publiczna nie powinna w swej działalności pomijać dobra i pożytku proletariatu. Nie czyniąc tego, gwałci sprawiedliwość, która każe każdemu oddać to, co mu się należy. (...) Nikomu nie wolno znieważać bezkarnie godności ludzkiej”. Stąd wynika m.in. nakaz, aby nieść wsparcie w taki sposób, aby nie poniżać człowieka, który – niezależnie od przyczyny – znalazł się w kryzysowej sytuacji życiowej. Ten punkt widzenia oznaczał negację opresyjnego prawa ubogich, lecz – jak nadmieniał Pius XI w encyklice *Quadragesimo Anno* z 1931 roku: „szlachetna i wzniosła, dla świata jednak zgoła nowa, nauka Leona XIII w niektórych kołach, nawet wśród katolików, wywołała podejrzenie, u innych zaś nawet zgorszenie. Śmiało bowiem burzył w niej Papież bożyszczka liberalizmu, wniwecz obracał zastarzałe przesady i odważnie wczuwał się w przyszłość”. Po drugiej wojnie światowej na proces tworzenia systemu zabezpieczenia ryzyka socjalnego wpłynęły również encykliki Jana XXIII (1958-1963), w szczególności: *Mater et magistra* (z 15 maja 1961 roku), dotycząca humanizacji stosunków pracy, oraz *Pacem in terris* (z 1963 roku), w której po raz pierwszy użyte zostało sformułowanie „prawo do zabezpieczenia społecznego”. Obszerny wykład dotyczący godności osoby ludzkiej zawiera opracowany na polecenie Jana Pawła II opublikowany w 2004 roku dokument „Kompendium nauki społecznej Kościoła”¹⁷.

Godność człowieka jest kategorią aksjologiczną, która podlegała ochronie prawnej od czasu, gdy Trzecia Sesja Zgromadzenia Ogólnego ONZ, obradująca w Paryżu,

¹⁷ Termin „nauka społeczna Kościoła” po raz pierwszy pojawił się w przywołanej wyżej encyklice Piusa XI i odnosi się do zbiorowych problemów ludzkości. Od tego czasu kolejni papieże dodawali nowe treści i rozwijali naukę społeczną Kościoła, wydając głównie kolejne encykliki. Fundamentalną zasadą NSK jest świętość ludzkiego życia oraz nienaruszalność godności istoty ludzkiej. Człowiek jest istotą społeczną, a rodzina jest pierwszą i podstawową jednostką społeczną; rodziny razem tworzą wspólnotę, a wspólnoty tworzą naród. Jednocześnie zaś wszyscy ludzie zamieszkujący ziemię są częścią wspólnej rodziny rodzaju ludzkiego. To, w jaki sposób wspólnoty te zorganizują się politycznie, ekonomicznie i socjalnie, jest sprawą najwyższej wagi. Każda z instytucji w ten sposób powstałych musi zostać oceniona ze względu na to, jaki wpływ ma na życie i godność osoby ludzkiej.

uchwaliła 10 grudnia 1948 roku Powszechną Deklarację Praw Człowieka. Wprawdzie w momencie przyjęcia rezolucja ta nie miała charakteru wiążącej normy prawa międzynarodowego, ale taki charakter nadano przyjętym 16 grudnia 1966 roku paktom, które stały się podstawą ogólnoswiatowego systemu ochrony praw człowieka¹⁸. Do zawartych tam wartości nawiązuje przede wszystkim (otwarta do podpisu w Rzymie 4 listopada 1950 roku, przyjęta przez Polskę 19 stycznia 1993 roku) Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, która w preambule głosi, że „celem Rady Europy jest osiągnięcie większej jedności jej członków” i zobowiązuje „rządy państw europejskich działających w tym samym duchu i posiadających wspólne dziedzictwo ideałów i tradycji politycznych, do poszanowania wolności i rządów prawa”. Do tych wartości bezpośrednio nawiązuje Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej¹⁹ (2010): „Świadoma swego duchowo-religijnego i moralnego dziedzictwa, Unia jest zbudowana na niepodzielnych, powszechnych wartościach godności osoby ludzkiej, wolności, równości i solidarności; opiera się na zasadach demokracji i państwa prawnego. Poprzez ustanowienie obywatelstwa Unii oraz stworzenie przestrzeni wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości stawia jednostkę w centrum swych działań”. Katalog praw podstawowych jest bardzo szeroki, ale dla migrantów kluczowy jest art. 34, który dotyczy prawa do świadczeń, usług i przywilejów socjalnych każdej osoby zamieszkałej lub przemieszczającej się legalnie w obrębie Unii Europejskiej, „w takich przypadkach, jak: macierzyństwo, choroba, wypadki przy pracy, zależność lub podeszły wiek oraz w przypadku utraty zatrudnienia”.

Na system ochrony ryzyka socjalnego w krajach Unii Europejskiej wywarły istotny wpływ normy minimalnego zabezpieczenia społecznego zdefiniowane w przyjętej 28 czerwca 1952 roku Konwencji Nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy. Konwencja ta weszła w życie 27 kwietnia 1955 roku i od tej daty zobowiązuje sygnatariuszy do ochrony następujących rodzajów ryzyka socjalnego: dożycia wieku emerytalnego, trwałej lub okresowej niezdolności do pracy, macierzyństwa, śmierci żywiciela, wypadków przy pracy, niezdrowia, bezrobocia i niedostatku dochodu w rodzinie oraz

¹⁸ Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych – uchwalony na mocy rezolucji Zgromadzenia Ogólnego Nr 2200A (XXI) – wszedł w życie 23 marca 1976 roku, zaś Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych – 3 stycznia 1976 roku.

¹⁹ Polska dotychczas nie ratyfikowała Karty Praw Podstawowych, następująco uzasadniając tę decyzję: „Chodzi np. o to, żeby zapobiec jakimkolwiek interpretacjom prawa przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, które doprowadziłyby do zmiany definicji rodziny i przymuszały państwo polskie do uznawania małżeństw homoseksualnych”. Parlament Europejski 29 listopada 2007 roku stosunkiem głosów 534 za, 85 przeciw oraz 21 wstrzymujących się przyjął rezolucję, w której poparł Kartę Praw Podstawowych oraz zwrócił się z apelem do Polski i Wielkiej Brytanii, by zrezygnowały z protokołu ograniczającego stosowanie dokumentu w tych krajach. Pomimo uchwały Sejmu, który „wyraził nadzieję, że możliwe będzie odstąpienie przez Rzeczpospolitą Polską od protokołu brytyjskiego”, dnia 16 marca 2008 roku prezydent Polski Lech Kaczyński stwierdził, że ograniczenie ochrony Karty Praw Podstawowych dla polskich obywateli to rozwiązanie, które będzie najlepsze dla narodu, dodając iż postanowienia Traktatu związane z wiarą katolicką muszą zostać tak mocno zabezpieczone, jak to w prawie świeckim jest możliwe.

trudnych sytuacji życiowych. Do standardów MOP nawiązuje wprost Europejska Karta Społeczna, uchwalona przez Radę Europy w dniu 18 października 1961 roku²⁰. W jej preambule zawarta jest następująca deklaracja intencji: „Rządy sygnatariusze, członkowie Rady Europy, zważywszy, że celem Rady Europy jest osiągnięcie większej jedności jej członków dla zagwarantowania i urzeczywistnienia ideałów i zasad, które są ich wspólnym dziedzictwem oraz dla ułatwienia postępu gospodarczego i społecznego, w szczególności poprzez obronę i rozwijanie praw człowieka i podstawowych wolności [są] zdecydowane podjąć wspólnie wszelkie wysiłki dla podnoszenia poziomu życia i popierania dobrobytu społecznego, zarówno ludności miejskiej, jak i wiejskiej, za pomocą odpowiednich instytucji i działań”. Europejska Karta Społeczna zawiera szereg postanowień dotyczących praw pracowniczych, dostępu do edukacji oraz ochrony przed różnego typu ryzykami życiowymi, przy czym obowiązki państwa w dziedzinie zabezpieczenia społecznego – na poziomie co najmniej równym standardom MOP – są ujęte *explicite* w art. 12 Karty. Ponadto artykuł ten reguluje kwestie swobodnej migracji pracowników na terytorium Unii, które zostały szczegółowo opracowane w systemie prawnym Unii Europejskiej.

Prawo do zabezpieczenia społecznego budowane jest z uwzględnieniem zasad: równego traktowania, jedności ustawodawstwa, zachowania praw nabytych, sumowania okresów ubezpieczenia, niezależnie od okresu pobytu w danym kraju. Regulacja ta zapewnia transfer nabytych świadczeń pieniężnych do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej i uchyla tzw. klauzule terytorialne, czyli wewnętrzne przepisy państw Unii Europejskiej²¹. Przepisy wspólnotowe mają wyższą rangę niż ustawo-

²⁰ Karta ta weszła w życie 26 lutego 1965 roku, a została zrewidowana 3 maja 1996 roku w związku z projektowanym przystąpieniem do Unii Europejskiej krajów Europy Środkowej i Wschodniej, uboższych i mniej zaawansowanych pod względem ekonomicznym od państw tworzących wówczas Europejską Wspólnotę Gospodarczą.

²¹ Ochrona i koordynacja prawa do zabezpieczenia socjalnego pracowników migrujących była początkowo uregulowana w rozporządzeniu Rady (EWG) Nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 roku w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego wobec pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz w rozporządzeniu Rady (EWG) Nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 roku o ustaleniu sposobów stosowania rozporządzenia Nr 1408/71. Rozporządzenie Rady (WE) Nr 859/03 z dnia 14 maja 2003 roku rozszerzyło zakres stosowalności wyżej wymienionych aktów prawnych na tych obywateli państw trzecich, którzy jeszcze nie byli nimi objęci wyłącznie ze względu na swe obywatelstwo. Rok później ukazało się rozporządzenie Rady (WE) i Parlamentu Europejskiego nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się obywateli państw członkowskich. Oba te rozporządzenia straciły moc prawną z dniem 1 stycznia 2011 roku, po wejściu w życie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) rozszerzającego te uprawnienia na obywateli państw trzecich, którzy nie byli jeszcze nimi objęci jedynie ze względu na swoje obywatelstwo. Na mocy przywołanych wyżej przepisów osoby niebędące obywatelami krajów Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii są objęte ochroną w zakresie następujących rodzajów ryzyka socjalnego: dożycia wieku emerytalnego, choroby i macierzyństwa, wypadku przy pracy i choroby zawodowej, uszczerbku na zdrowiu, który trwałe lub okresowo uniemożliwia zarobkowanie, bezrobocia, śmierci ubezpieczonego i śmierci żywiciela.

dawstwo krajowe i pierwszeństwo stosowania w sytuacji kolizji norm. Koordynacja uprawnień nie jest jednak tożsama z ujednoczeniem prawa do świadczeń. Trybunał Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich orzekł bowiem, że ani art. 51. Traktatu Rzymskiego, ani wydane na jego podstawie rozporządzenia nie przewidują zorganizowania systemu zabezpieczenia społecznego na poziomie Wspólnot (Szczęsna, 2002, s. 19). Od tej zasady istnieje wyjątek, który dotyczy prywatyzacji ubezpieczeń emerytalnych. Umędzynarodowienia tego ubezpieczenia na zasadach komercyjnych od dawna domagał się Międzynarodowy Fundusz Walutowy – uzasadniając swoje stanowisko potrzebą wzmocnienia pozycji transnarodowych korporacji finansowych w krajach o słabej walucie. Jeden z prominentnych przedstawicieli MFW w wywiadzie udzielonym polskiemu dziennikarzowi z Gazety Ubezpieczeniowej wyraził w 2003 roku taką oto opinię: „Są kraje, które na większej przestrzeni geograficznej lub z większą liczbą ludności mają zintegrowane rynki – rynek kapitałowy, swobodny handel, przepływ siły roboczej i jednolity system emerytalny. (...) W przypadku Zjednoczonej Europy obawiałbym się takiej sytuacji, że wszystkie istotne gospodarki zostaną do siebie dopasowane poza systemem emerytalnym” (Dygas, 2003).

1.4. Ochrona ryzyka socjalnego w Polsce

W Rzeczypospolitej Obojga Narodów opieka społeczna oparta była przede wszystkim na szpitalach zakonnych, prepozyturach szpitalnych oraz przytułkach parafialnych i ochronkach, można też było korzystać z pomocy bractw charytatywnych, opieki cechowej, fundacji stypendialnych dla ubogich żaków, fundacji posagowych, banków pobożnych (*montes pietatis*), kas zapomogowo-pożyczkowych, dobroczynności indywidualnej, zapisów testamentowych na cele charytatywne. Na przełomie wieków XVIII i XIX w sarmackim systemie opiekuńczym pojawiły się instytucje zapożyczone z angielskiego „prawa ubogich”: szpitale, sierocińce, wioski dziecięce, ochronki i ogródki jordanowskie, „domy pracy” oraz specjalistyczne ośrodki, gdzie resocjalizowano „upadłe” kobiety. W przeciwieństwie do rozwiązań zachodnioeuropejskich placówki te utrzymywano nie z podatków lokalnych, lecz z darów, dotacji, subwencji – więcej na ten temat (Surdacki, 2015).

1.4.1. Od opieki społecznej do państwa opiekuńczego

Opieka społeczna, rozumiana jako socjalny obowiązek państwa w stosunku do swoich niezamożnych obywateli, została po raz pierwszy zdefiniowana w ustawie uchwalonej przez Sejm 16 sierpnia 1923 roku, obejmującej zarówno opiekę medyczną, jak i świadczenia socjalne; za jej wykonanie odpowiadał resort zdrowia. Ten stan prawny pozostał bez zmian w Polsce Ludowej i w pierwszych miesiącach transformacji ustrojowej. Dążąc do łagodzenia społecznych skutków neoliberalnych reform gospodar-

czych, Sejm RP przyjął 29 listopada 1990 r. nową ustawę, na mocy której opiekę medyczną pozostawiono w resorcie zdrowia, natomiast pomoc społeczną przekazano w kompetencje administracji samorządowej. Katalog świadczeń obejmował różnego typu instrumenty umożliwiające biologiczne przetrwanie grup społecznych dotkniętych bezrobociem, skrajnym ubóstwem, bezdomnością, ale także następstwami klęsk żywiołowych. Wsparcie osobom w kryzysowej sytuacji ekonomicznej bądź rodzinnej świadczyły gminne i miejskie ośrodki pomocy społecznej (GOPS i MOPS). Tak rozumiana pomoc społeczna dopełnia sieć bezpieczeństwa socjalnego, do której zalicza się także instytucje i rozwiązania stosowane w polityce rodzinnej, mieszkaniowej, zdrowotnej i zatrudnienia. „Pomoc społeczna jest nisko umieszczoną siatką zabezpieczenia społecznego, chroniącą przed twardym upadkiem na dno, w razie osunięcia się ze szczebli społecznej drabiny i niezatrzymania się na wyższych poziomach ochrony” (Jończyk, 2006, s. 321). Ta forma wsparcia doraźnie pełni funkcję ratunkową, lecz docelowo powinna służyć odzyskaniu kontroli nad własnym losem; w przeciwnym razie pomoc społeczna nie dość, że stygmatyzuje beneficjentów, to utrwała ich bierność, powodując, że bieda i bezradność wobec wyzwań życiowych stają się dziedziczne.

Proces przekształcania systemu ochrony socjalnej w Polsce w taki sposób, aby system ten zaczął odpowiadać paradygmatowi zabezpieczenia socjalnego, zainicjowało (po reformie administracyjnej kraju) utworzenie z dniem 1 stycznia 1999 r. powiatowych centrów pomocy rodzinie. Następnie, w przyjętej przez Sejm 12 marca 2004 roku nowej ustawie o pomocy społecznej, wprowadzono „kontrakt socjalny” i inne nowe instrumenty interwencji aktywizacji beneficjentów, zachowując tryb administracyjny wydawania decyzji oraz sztywny, sformalizowany i skatalogowany dostęp do świadczeń. Pomoc państwa była (i nadal jest) przyznawana po spełnieniu dwóch kryteriów: dochodowego (popularnie zwanego progiem wejścia do systemu pomocy społecznej) oraz materializacji ryzyka socjalnego, podlegającego państwowej ochronie na podstawie odrębnych ustaw, ratyfikowanych konwencji i innych (w tym także bilateralnych) ponadnarodowych zobowiązań prawnych.

Z biegiem lat następowała poprawa sytuacji bytowej Polaków, a równocześnie coraz wyraźniej dostrzegalne stawały się symptomy wyczerpywania się modelu polityki społecznej opartego na rozbudowanej, ale zbiurokratyzowanej sieci placówek pomocowych i rutynowych działaniach pracowników socjalnych²². Ten układ cechował wysoki poziom inercji, bowiem „Państwo przez wiele lat wołało rozwijać świadczenia pieniężne, zaniedbując inwestycje w usługi społeczne i sprawne służby publiczne, zorientowane na rzeczywiste problemy i potrzeby ludzi” (Grewiński, 2017, s. 68). Przełom mentalny w nastawieniu do działań pomocowych podejmowanych w ramach

²² Do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej należą obecnie: regionalne ośrodki polityki społecznej; powiatowe centra pomocy rodzinie; ośrodki pomocy społecznej; domy pomocy społecznej; placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego; ośrodki wsparcia; ośrodki interwencji kryzysowej oraz centra usług społecznych (w fazie pilotażu).

szeroko rozumianej deinstytucjonalizacji polityki społecznej nie miał bezpośredniego związku z opiekuńczą funkcją państwa, lecz wynikał przede wszystkim z pesymistycznych prognoz demograficznych.

Procesowi starzenia się polskiego społeczeństwa usiłowano przeciwdziałać m.in. w ustawie z 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci. Ustawa ta wprowadziła świadczenie w wysokości 500 zł miesięcznie w celu częściowego „pokrycia wydatków związanych z wychowywaniem dziecka, w tym z opieką nad nim i zaspokojeniem jego potrzeb życiowych”. Te dodatkowe, niepodlegające opodatkowaniu ani egzekucji komorniczej pieniądze miały „zachęcać finansowo rodziny do podejmowania decyzji o posiadaniu większej liczby dzieci” (Druk nr 216..., s. 1). Początkowo świadczenie to przysługiwało tylko na drugie i kolejne dziecko (z wyjątkiem rodzin spełniających kryteria dochodowe i rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym), lecz od 1 lipca 2019 roku program ten objął wszystkie dzieci, do ukończenia 18 roku życia.

Wbrew nadziejom autorów ustawy, program „500+” tylko na krótko wpłynął na poprawę współczynnika dzietności²³, wywarł jednak trudny do przecenienia korzystny wpływ na walkę z ubóstwem wśród dzieci²⁴, a co równie ważne – uutorował drogę dalszym reformom systemowym. Od 2017 roku sukcesywnie uruchamiano kolejne instrumenty (m.in. Dobry Start, Maluch+; Rodzinny Kapitał Opiekuńczy; Mama 4+; bon turystyczny), traktując wydatki na ten cel jak inwestycję (MRPiPS, 2017). Ponadto, w ramach szeroko rozumianej deinstytucjonalizacji polityki społecznej, wprowadzano różnego typu projekty i programy adresowane do seniorów, młodzieży, osób niepełnosprawnych i ich opiekunów (więcej na ten temat: KPRM, 2022).

W związku ze zmianą paradygmatu polityki społecznej, na mocy rozporządzenia z 25 lipca 2016 roku, został utworzony nowy dział klasyfikacji budżetowej „855 – Rodzina”. Dział ten zawiera świadczenia związane z realizacją rządowego programu „Rodzina 500 plus”, wydatki ponoszone na cele określone ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz wydatki wynikające z Karty Dużej Rodziny. W dziale tym wykazywane są również wydatki ponoszone m.in. na tworzenie i funkcjonowanie żłobków, klubów dziecięcych, działalność ośrodków adopcyjnych i placówek opiekuńczo-wychowawczych, a także wydatki przeniesione z działów: „852 – Pomoc społeczna” i „853 – Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej” ponoszone na rodziny zastępcze i dziennych opiekunów oraz (przeniesione z działu 753 – „Obo-

²³ W 2015 roku współczynnik ten wynosił 1,29, rok później zwiększył się do 1,36, w 2017 roku osiągnął 1,45; był to poziom najwyższy od czasu wprowadzenia Programu 500+; w 2022 roku wskaźnik dzietności wyniósł 1,26 (GUS, 2023). Problematyce tej, a w szczególności analizie przyczyn niskiej stopy urodzeń w Polsce została poświęcona jedna z najnowszych monografii Rządowej Rady Ludnościowej (2023).

²⁴ Według metodologii przyjętej w monitorowaniu ubóstwa POVERTY Watch po wprowadzeniu programu 500+ skala ubóstwa skrajnego wśród dzieci zmniejszyła się w 2016 roku w stosunku do 2014 roku o 34% (więcej na ten temat: Szarfenberg, 2022).

wiązkowe ubezpieczenia społeczne”) składki na ubezpieczenia społeczne za osoby przebywające na urloпах wychowawczych, osoby pobierające zasiłek macierzyński, osoby zatrudnione jako nianie oraz osoby sprawujące osobistą opiekę nad dzieckiem.

Tabela 1.1. Koniunktura i spożycie w Polsce w latach 2015-2022

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ceny bieżące, w mld zł								
Produkt krajowy brutto	1 798	1 853	1 983	2 127	2 288	2 338	2 631	3 078
Popyt krajowy	1 761	1 798	1 927	2 083	2 204	2 205	2 544	3 032
Spożycie gospodarstw domowych	941	979	982	1 012	1 046	1 076	1 164	1 233
Udział popytu krajowego i spożycia gospodarstw domowych w PKB w %; ceny bieżące								
Udział popytu krajowego w PKB	97,9	97,0	97,2	97,9	96,3	94,3	96,7	98,5
Udział spożycia gospodarstw domowych w PKB	52,3	52,8	49,5	47,6	45,7	46,0	44,2	40,1
Udział spożycia gospodarstw domowych w popycie krajowym	53,4	54,4	51,0	48,6	47,5	48,8	45,8	40,7
Dynamika PKB, popytu krajowego i spożycia gospodarstw domowych; rok 2015=100								
Produkt krajowy brutto	100,0	103,0	108,3	114,7	119,9	117,5	125,6	132,0
Popyt krajowy	100,0	102,2	107,7	114,5	118,3	115,1	124,9	131,3
Spożycie gospodarstw domowych	100,0	103,6	110,1	114,9	118,9	114,6	121,7	125,7

Źródło: opracowano na podstawie bazy danych GUS (pobrano 7 sierpnia 2023).

Realizowana od 2016 roku polityka społeczna kreowała dodatkowy popyt na rynku wewnętrznym, który dynamizował wzrost całej gospodarki (tab. 1.1), co z kolei korzystnie oddziaływało na wpływy podatkowe i wpływy ze składek na ubezpieczenia społeczne; w analizowanym okresie wzrosły one odpowiednio o 80% i 76%, a więc znacznie bardziej niż transfery socjalne, które zwiększyły się tylko o 61%²⁵. Główny ciężar finansowania transferów społecznych wzięł na siebie budżet państwa (tab. 1.2), w związku z tym, udział wydatków na pomoc społeczną w budżetach samorządów lokalnych obniżył się w 2022 roku w stosunku do roku 2015: w gminach z 16 do niespełna 5%, w miastach na prawach powiatów z ok. 11 do 5%, w powiatach z 15 do ok. 10%.

²⁵ W analizowanym okresie korelacja między dynamiką spożycia gospodarstw domowych a dynamiką popytu krajowego i dynamiką PKB kształtowała się na poziomie 0,99.

Tabela 1.2. Dochody, wydatki i wynik sektora finansów publicznych

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
w mld zł								
Dochody sektora finansów publicznych (ESA 2020)	696	722	792	876	941	966	1112	1225
Dochody budżetu państwa	289	315	349	380	401	420	495	505
Podatki pośrednie, tym:	187	192	225	247	253	256	292	310
PTU	123	127	157	175	181	185	216	230
PIT	45	48	53	60	65	64	76	68
CIT	26	26	30	35	40	64	52	70
Wydatki sektora finansów publicznych	742	766	821	881	958	1128	1160	1340
Wydatki budżetu państwa	332	360	374	390	414	505	521	517
Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne	82	85	78	77	88	89	79	86
Pomoc społeczna (razem działy 852+853)	19	39	9	9	10	33	20	12
Rodzina	0	0	39	40	49	59	59	63
Wynik budżetu państwa	-43	-45	-25	-10	-13	-85	-26	-12
Wynik sektora finansów publicznych (ESA 2010)	-46	-44	-29	-5	-17	-162	-48	-115
Dochody, wydatki i wynik sektora finansów publicznych (ESA 2010) w relacji do PKB								
Dochody	38,9%	38,7%	39,8%	41,3%	41,1%	41,3%	42,3%	43,5%
Wydatki	41,5%	41,1%	41,3%	41,5%	41,9%	48,2%	44,1%	43,5%
Deficyt	-2,6%	-2,4%	-1,5%	-0,2%	-0,7%	-6,3%	-1,8%	-3,7%
Zadłużenie sektora finansów publicznych								
W mld zł	918	1010	1007	1036	1046	1337	1410	1512
W % PKB	51,3%	54,2%	50,6%	48,8%	45,7%	57,2%	53,6%	49,1%

Źródło: opracowano na podstawie baz danych Ministerstwa Finansów oraz GUS.

W analizowanym okresie nastąpił szybszy wzrost rozporządzalnych dochodów *per capita* gospodarstw domowych niż wzrost wydatków (tab. 1.3), do czego przyczyniły się zarówno ogólnie korzystne uwarunkowania makroekonomiczne w latach 2016-2019, działania interwencyjne polskiego rządu chroniące miejsca pracy podczas koronakryzysu²⁶, jak i dodatki drożyzniane łagodzące skutki uporczywej inflacji, jaka

²⁶ Do połowy 2021 roku, a więc w najtrudniejszym okresie pod względem społecznego i gospodarczego wymiaru pandemii COVID-19, Unia Europejska wydała na pakiety ratunkowe ponad 11% łącznej wartości PKB krajów członkowskich (w tym w Niemczech 35%). W porównaniu z innymi krajami, w Polsce wydatki publiczne nakierowane na powstrzymanie pandemii COVID-19 oraz na wsparcie dotkniętych

pojawiła się w światowej i polskiej gospodarce w 2021 roku²⁷. Warto przy tym zauważyć, że ogólną prawidłowością w skali globalnej jest – obok postępującej polaryzacji obszarów nędzy i bogactwa – systematyczne zanikanie rozwarstwienia tzw. średniej klasy (BCG, 2023; McKinsey, 2023). Ta tendencja pojawiła się w ostatnich latach również w Polsce²⁸; świadczy o tym m.in.: wzrost z 84,1% w 2008 roku do 90,5% w 2022 roku udziału mediany w relacji do przeciętnego ekwiwalentnego dochodu do dyspozycji; spadek z 30,6 w 2015 r. do 26,8 w 2022 roku wartości współczynnika Giniego; obniżenie z 4,9 do 4,0 wskaźnika zróżnicowania kwintylowego dochodów S80/S20 (GUS, 2023a, s. 15).

Tabela 1.3. Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny i przeciętne miesięczne wydatki na jedną osobę w gospodarstwie domowym (w zł)

Rok	Dochód	Wydatki					Dochód	Wydatki
		Ogółem	Żywność i napoje	Utrzymanie mieszkania	Nośniki energii	Transport		
2015	1386	1091	262	219	124	96	100,0	100,0
2016	1475	1132	273	221	122	98	106,4	103,7
2017	1598	1176	286	230	125	102	115,3	107,8
2018	1693	1187	295	217	123	124	122,2	108,8
2019	1819	1252	314	225	123	121	131,2	114,7
2020	1919	1210	335	227	124	107	138,5	110,8
2021	2020	1281	340	242	140	121	145,7	117,4
2022	2250	1475	394	281	168	144	162,3	135,2

Źródło: (GUS, 2023d).

Największym sukcesem realizowanej w Polsce w latach 2016-2022 polityki społecznej było ograniczenie zasięgu ubóstwa ekonomicznego: skrajnego z 7 do 4%, relatywnego z 17 do 12%, ustawowego z 13 do 7% (GUS, 2023c). Według metodologii EAPAN (Szarfenberg, 2022) w okresie 2016-2020 z ubóstwa wyszło 4,8 mln

nimi polskich podmiotów były umiarkowane: 105,2 mld zł, tj. 4,5% PKB w 2020 roku, i 63,3 mld zł, tj. 2,4% PKB w 2021 roku (Ancyparowicz, 2023).

²⁷ Transfery socjalne absorbowały zazwyczaj ok. 47-48% wydatków sektora instytucji rządowych i samorządowych (*general government*), z wyjątkiem lat 2020-2021, gdy ich udział obniżył się w związku ze skokowym wzrostem ogólnej kwoty wydatków finansujących „tarcze” łagodzące następstwa pandemicznego szoku, a równocześnie wzrósł udział subsydiów dla przedsiębiorstw.

²⁸ Być może jest to jedna z przyczyn, dla których polityka społeczna stawiająca w centrum niezbyt zamożne gospodarstwo domowe nie przez wszystkich była przyjmowana z entuzjazmem. Duże kontrowersje (zwłaszcza wśród przedsiębiorców) wywoływał m.in. szybki wzrost minimalnej płacy, zerowa stawka PIT dla osób do 26 roku życia, reforma podatkowa w ramach Polskiego Ładu (Maczalska, 2021; *Memorandum ZPP*, 2021; Modzelewski, 2022a).

Polaków, tj. ponad trzykrotnie więcej, niż zakładał program walki z wykluczeniem społecznych „Europa 2014-2020”. Nasz kraj – po Słowacji i Bułgarii – zajął trzecie miejsce w rankingu państw członkowskich Unii Europejskiej najskuteczniej walczących z deprawacją materialną swych obywateli. Miarą sukcesu polityki społecznej w walce ze skrajną nędzą było obniżenie wskaźnika pogłębionej deprawacji materialnej z 17,6% w 2015 roku do 14,8% w 2022 roku oraz wskaźnika ciężkiej deprawacji materialnej z 8,1 do 2,9%. Według metodologii EU-SILC udział osób o dochodach poniżej progu ubóstwa dzięki transferom socjalnym obniżył się w analizowanym okresie z 16,9 do 14,8%; po ich wyłączeniu z dochodu wyniósłby odpowiednio 43,7 wobec 44,1% (GUS, 2023a, s. 16).

Tabela 1.4. Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej, w tys. osób

Wyszczególnienie	2008	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ogółem, w tym:	3286,9	3338,7	2729,8	2478,7	2180,6	1970,4	1775,8	1589,3	1415,6
dzieci do 18 lat	1380,5	1230,4	962,4	842,5	704,2	630,2	562,8	494,0	429,4

Źródło: (GUS, 2008, 2018, 2022).

W ślad za poprawą położenia materialnego najuboższych grup ludności, systematycznie spadała liczba beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej; w 2021 roku ich udział w całej populacji obniżył się o ok. 5 pkt. proc. i stanowił 3,7% całej populacji mieszkańców naszego kraju (tab. 1.4). Jednak nadal 41% mieszkańców naszego kraju żyło w niedostatku²⁹; były to zazwyczaj osoby o niskich kwalifikacjach, osoby utrzymujące się z tzw. niezarobkowych źródeł, rodziny z co najmniej trójką dzieci oraz gospodarstwa domowe z osobami dotkniętymi niepełnosprawnością (GUS, 2023c).

1.5. Zakończenie

„Nędza łamie ludzkie charaktery – nie sposób sprawić, by pusty worek stał prosto” – zauważył jeden z ojców założycieli Stanów Zjednoczonych, Benjamin Franklin, a chociaż od tego czasu minęło prawie 250 lat, słowa te nadal pozostały aktualne, mimo że zmieniła się na lepsze (złagodniała) polityka państwa wobec osób ubogich, marginalizowanych, wykluczonych. Na przełomie XIX i XX wieku pojawiły się profesjonalne instytucje zabezpieczenia społecznego, świadczące pomoc w kryzysowych sytuacjach życiowych. W wieku XXI Europejczykom to już nie wystarcza, dlatego Unia Europejska chce „wzmocnić integrację i spójność europejskiego społeczeństwa oraz zapewnić wszystkim ludziom równe szanse i równy dostęp do zasobów” (PE, 2023). W ślad

²⁹ Sfera niedostatku (określana też jako sfera niskiej konsumpcji, sfera minimum socjalnego) określa stopień deprawacji nie tylko potrzeb egzystencjalnych, ale także potrzeb wyższego rzędu.

za tą deklaracją programową wieloletnie ramy finansowe przewidują finansowanie z unijnych funduszy programów, które obejmują politykę rodzinną, edukacyjną, senioralną, mieszkaniową. Polityka ta wiąże upodmiotowienie beneficjentów pomocy społecznej z ochroną rynku pracy, preferuje usługi, przeciwstawiając je zasiłkom, nawołuje do zwiększenia roli organizacji pozarządowych i wolontariatu, przywiązuje wielką wagę do integracji środowisk lokalnych i wzajemnej samopomocy mieszkańców. W tym ogólnym nurcie mieści się zarówno realizowana w Polsce od 2016 roku polityka społeczna zogniskowana wokół gospodarstw domowych, wychowania dzieci, godnych warunków seniorów, jak i liczne prospołeczne inicjatywy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy. Jedną z takich inicjatyw dotyczyła powołania Centrów Usług Społecznych (CUS)³⁰.

CUS-y, przejmując wszystkie obowiązki ośrodków pomocy społecznej (OPS), koordynują nie tylko działalność *stricte* pomocową, ale po przeprowadzeniu diagnozy potrzeb i oferty usługodawców świadczą też różnego typu usługi bytowe; są więc przeciwieństwem placówek pomocowych postrzeganych jako miejsce dedykowane osobom biernym, roszczeniowym, niesamodzielnym i spatologizowanym. Co najbardziej istotne – przy takim nastawieniu priorytetem lokalnej polityki społecznej i pracy socjalnej staje się ogólna poprawa dobrostanu (*well-being*) mieszkańców, rozumianego jako aktywny proces służący świadomym wyborom każdego mieszkańca naszego kraju w dążeniu do osiągania coraz bardziej satysfakcjonującej egzystencji.

Działalność CUS jest obecnie w fazie pilotażu, należy jednak mieć nadzieję, że ewaluacja tego projektu (przewidziana na listopad 2023 roku) spopularyzuje ideę deinstytucjonalizacji usług społecznych, zapewni Centrom stabilne źródła finansowania, przyspieszy proces odchodzenia od tradycyjnych, stygmatyzujących beneficjentów, form pomocy społecznej.

Literatura

- Ancyparowicz, G. (2021). Wsparcie ze strony polityki pieniężnej dla rządowych działań osłonowych w okresie pandemii COVID-19. *Polski Kompas. Rocznik Instytucji Finansowych i Spółek Akcyjnych*. BCG. (2023). *Global Wealth Report Resetting the Course*. bcg-global-wealth-report-2023-june-2023.pdf
- Bernard, G. W. (2011). The Dissolution of the Monasteries, 96,4(324). Wiley, JSTOR Collection.
- Bogucka, M. (1986). Dom pracy przymusowej w Gdańsku w XVII w. *Kwartalnik Historii Kultury Materialnej*, (2).
- Czuj, J. (1948). *Papież Grzegorz Wielki*. Wydawnictwo SS. Loretanek-Benedyktynek.

³⁰ Ustawa o powołaniu CUS weszła w życie z dniem 1 stycznia 2020 roku, w niezbyt sprzyjających integracji społecznej okolicznościach, wywołanych pandemią COVID-19, a mimo to do końca 2022 roku powstało w Polsce 51 centrów usług społecznych, w tym 41 przy wsparciu Europejskiego Funduszu Społecznego.

- Davies A. J. (1966). *To Build a New Jerusalem: Labour Movement from the 1890s to the 1990s*. Abacus. <https://openlibrary.org/publishers/Abacus.M>.
- Druk nr 216. Rządowy projekt ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci. Uzasadnienie. (b.d.). Pobrane 31 lipca 2023 z <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=216>
- Dygas, M. (2003). Paneuropejska emerytura. *Gazeta Ubezpieczeniowa*, 23(218).
- Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium państw członkowskich (Dz. Urz. L 158, 30/04/2004 P. 0077 – 0123)
- English Poor Laws. (b.d.). Pobrane 5 sierpnia 2022 z https://en.wikipedia.org/wiki/English_Poor_Laws
- Europejska Karta Społeczna (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67)
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2008). *Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej 2008*. Główny Urząd Statystyczny.
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2015). *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2015)*. Pobrane 2 sierpnia 2023 z <https://stat.gov.pl/>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2018). *Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej 2018*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/beneficjenci-srodowiskowej-pomocy-spoecznej-w-2018-roku,15,6.html>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2022). *Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej*. Główny Urząd Statystyczny.
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2023). *Współczynnik dzietności*. Pobrane 31 lipca 2023 z <https://dbw.stat.gov.pl/baza-danych>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2023a). *Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2021*. Pobrane 2 sierpnia 2023 z <https://stat.gov.pl/>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2023b). *Sytuacja gospodarstw domowych w 2022 r. w świetle badania budżetów gospodarstw domowych*. Pobrane 14 sierpnia 2023 z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/sytuacja-gospodarstw-domowych-w-2022-r-w-swietle-badania-budzetow-gospodarstw-domowych,3,22.html>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2023c). *Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2022 roku*. Pobrane 14 sierpnia 2023 z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zasieg-ubostwa-ekonomicznego-w-polsce-w-2022-roku,14,10.html>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2023d). *Biuletyn Statystyczny GUS Nr 6*. Pobrane 3 sierpnia 2023 z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/informacje-o-sytuacji-spoeczno-gospodarczej/biuletyn-statystyczny-nr-62023,4,139.html>
- Grewiński, M. (2012). Transformacja polityki społecznej w Polsce na tle europeizacji rozwiązań socjalnych. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, (19).
- Grewiński, M. (2017). Polska polityka społeczna w latach 1989-2016 – sukcesy i niepowodzenia. *Studia BAS*, 2(50).
- Guy, J. (1988). *Tudor England*. Oxford University Press.
- Inwood, S. (2000). *A History of London*. Papermac.
- Jan XXIII. (1961). *Encyklika o współczesnych przemianach społecznych w świetle nauki chrześcijańskiej Mater et Magistra*. http://www.fidesratio.iap.pl/mater_et_magistra.pdf
- Jan XXIII. (1963/2003). *Pacem in terris. O pokoju między wszystkimi narodami opartym na prawdzie, sprawiedliwości, miłości i wolności*. Wydawnictwo „M”.
- Jończyk, J. (2006). *Prawo zabezpieczenia społecznego*. Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz. Urz. U.E. 2010. C 83/391)
- Key dates in the Sociological history and development of Great Britain; Key dates in Poor Law and Relief Great Britain 1300-1899*. (b.d.). Pobrane 26 lipca 2023 z <http://www.thepotteries.org/dates/poor.html>

- Konstytucja PRL z dnia 22 lipca 1952 roku (Dz. U. Nr 33, poz. 232)
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483)
- Konwencja Nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego przyjęta w Genewie dnia 28 czerwca 1952 r. (Dz. U. z dnia 25 maja 2005 r.)
- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Europejska Konwencja Praw Człowieka) (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).
- Kowalewski, E. (2002). *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*. Oficyna Wydawnicza Branta.
- KPRM. (2022). Tarcza Antyinflacyjna 2.0 – zdecydowane działania rządu przeciw skutkom inflacji – Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. Pobrane 15 lipca 2022 z www.gov.pl
- Leon XIII. (1891). *Encyklika Rerum novarum. O kwestii socjalnej*. <http://ptm.rel.pl/czytelnia/dokumenty/dokumenty-papieskie/47-leon-xiii/229-encyklika-rerum-novarum.html>
- Maczalska, I. (2021). *Tarcza antyinflacyjna 2022-2023. Najnowsze propozycje rządu*. Pobrane 14 lipca 2022 z PIT.pl
- McKinsey. (2023). *The Future of Wealth and Growth Hangs in the Balance. The Future of Global Wealth and Economic Growth*. McKinsey.
- Memorandum ZPP w sprawie alternatywnego rozwiązania dla przedsiębiorców w Polskim Ładzie. (2021). Pobrane 22 lutego 2022 z <https://zpp.net.pl/memorandum-zpp-w-sprawie-alternatywnego-rozwiazania-dla-przedsiębiorców-w-polskim-ładzie/>
- Modzelewski, W. (2022a). Kto zyska na obniżce podatku dochodowego z 17% do 12%? *Doradztwo Podatkowe – Biuletyn Instytutu Studiów Podatkowych*, (7).
- Modzelewski, W. (2022b). *Modzelewski: Kompromitowanie „rządów PiS”, czyli kto naprawdę napisał przepisy podatkowe „Polskiego Ładu”?* Pobrane 20 maja 2022 z KONSERWATYZM.PL – Portal Myśli Konserwatywnej
- Mortimer, I. (2017). *W mieście, na dworze, w klasztorze. Jak przetrwać w średniowiecznej Anglii?* Wydawnictwo Astra.
- MRPiPS. (2017). *Raport „Rodzina najlepszą inwestycją”*. Pobrane 14 sierpnia 2023 z file:///C:/Users/HP/Downloads/Rodzina_najlepsza_inwestycja_28-09.pdf
- Papieska Rada Iustitia Et Pax. (2004). *Kompendium Nauki Społecznej Kościoła*. Pobrane 26 lipca 2023 z https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_pl.html
- PE. (2023). Pobrane 14 sierpnia 2023 z <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/pl/home>
- Pius XI. (1931). *Encyklika Quadragesimo Anno. O odnowieniu ustroju społecznego i o dostosowaniu go do normy prawa Ewangelii*. W 40. rocznicę wydania encykliki „Rerum novarum” przez Leona XIII. <http://rossolineum.com/druga-czytelnia/kat/quadragesimo-anno.pdf>
- Podkońska, A. (2016). Ewaluacja w lokalnej polityce społecznej – przykład projektów aktywnej integracji. *Problemy Polityki Społecznej*, 35.
- Poverty WATCH. (2023). *Monitoring ubóstwa finansowego i polityki społecznej przeciw ubóstwu w Polsce w 2022 roku*. Pobrane 1 sierpnia 2023 z <https://www.wrzos.org.pl/wp-content/uploads/2022/10/monitoring-ubostwa-2022.pdf>
- Rathbone, M. P. (1869). *Local Taxation and Poor Law Administration in Great Cities. A Speech Delivered in The House of Commons*. Pobrane 29 sierpnia 2022 z https://en.wikisource.org/wiki/Local_taxation_and_poor_law_administration_in_great_cities
- Rządowa Rada Ludnościowa. (2023). *Uwarunkowania dzietności*. Materiały z III Kongresu Demograficznego. Część 17, Witkowska M. (red), marzec.
- Sharpe, J. S. (1999). *Crime in Early Modern England 1550-1750*. Routledge.
- Slack, P. (1988). *Poverty and Policy in Tudor and Stuart England*. Longman.
- Surdacki, M. (2015). *Opieka społeczna w Polsce do końca XVIII wieku*. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

- Szarfenberg, R. (2022). *Poverty WATCH. Monitoring ubóstwa finansowego i polityki społecznej przeciw ubóstwu w Polsce w 2022 roku*. Pobrane 3 kwietnia 2022 z <https://www.wrzos.org.pl/wp-content/uploads/2022/10/monitoring-ubostwa-2022.pdf>
- Szczęśna, J. (2002). Unijne zabezpieczenie społeczne. *Gazeta Ubezpieczeniowa*, 7(150).
- Szot, L. (2009). Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego. *Studia Warmińskie*, XLVI.
- Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE z dnia 9 maja 2008 r., C 115/112 PL)
- Ustawa Konstytucyjna z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym (Dz. U. z 1992 r. Nr 84, poz. 426)
- Ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2016 r. poz. 195 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 Nr 64, poz. 593; t. j., Dz. U. z 2021 r. poz. 2268)
- Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1921 r. Nr 44, poz. 26)
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 575)
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1818)
- Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1990 r. Nr 87, poz. 506)
- Ustawa z 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2016 r. poz. 785)

Rozdział 2

Bezpieczeństwo socjalne w polskim systemie ubezpieczeń emerytalnych

JEL Classification: H55

Grażyna Ancyparowicz

Narodowy Bank Polski

Akademia Górnośląska im. Wojciecha Korfantego

e-mail: grazyna.ancyparowicz@nbp.pl; g.ancyparowicz@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0196-7873

Cytuj jako: Ancyparowicz, G. (2023). Bezpieczeństwo socjalne w polskim systemie ubezpieczeń emerytalnych. W: I. Kwiecień i P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce* (s. 35-55). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Streszczenie: Ubezpieczenia wzajemne, znane już w starożytności, występowały w średniowieczu jako forma samopomocy w ramach cechów, gildii, gwarectw czy maszoperii. Jednak po rewolucji przemysłowej, gdy kapitalizm zburzył tradycyjne więzi społeczne, tego typu ochrona ryzyka socjalnego zanikła. Wyzysk i masowa nędza wśród robotników zagrażały rewolucją proletariacką i likwidacją państw narodowych. Odpowiedzią polityków na to wyzwanie były przeprowadzone w duchu socjaldemokratycznym reformy, w szczególności ustanowienie na przełomie XIX i XX wieku w państwach Europy Zachodniej obowiązkowych ubezpieczeń pracowniczych. Ubezpieczenia te z uwagi na swój publicznoprawny charakter stały się integralną i przymusową częścią systemu zaopatrzenia społecznego. W okresie międzywojennym taki model zabezpieczenia ryzyka niezdolności do pracy (ze względu na wiek bądź stan zdrowia) wzorem innych państw europejskich przyjęła także II Rzeczpospolita. Ówczesny system ubezpieczeń pracowniczych, reaktywowany w Polsce Ludowej, rozwinął się w latach 70. i przetrwał bez większych zmian pierwszą dekadę transformacji ustrojowej. Po reformie systemowej ubezpieczeń pracowniczych (nadal nieukończony, choć zainicjowany dawno, bo w latach 1997-1998), obok ZUS-u – państwowej instytucji zarządzającej oszczędnościami emerytalnymi w Polsce – coraz większą rolę odgrywają prywatne (najczęściej zagraniczne) spółki z rynku kapitałowego.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia społeczne, emerytura, otwarte fundusze emerytalne, pracowniczy plan kapitałowy

2.1. Szkic z dziejów ubezpieczeń społecznych w Polsce: od reform Ottona Bismarcka po reformę systemową z 1997 roku

Na przełomie XVIII i XIX wieku gospodarka Europy kontynentalnej była pogrążona w głębokim kryzysie. Zagrożenie dla porządku prawnego ustanowionego na Kongresie Wiedeńskim (1815) stanowiła zarówno narodowo-wyzwoleńcza Wiosna Ludów, jak i ogłoszony w 1848 roku Manifest Komunistyczny nawołujący do światowej rewolucji proletariackiej i „wywłaszczenia wywłaszczycieli”. Zagrożenie komunizmem było wprost proporcjonalne do zaawansowania procesów industrializacji. W Europie najbardziej zaawansowane przemysłowo były terytoria zamieszkałe przez ludność niemieckojęzyczną, a rolę promotora odegrał Niemiecki Związek Celny (Zollverein), który powstał w 1833 roku, a już dwa lata później objął większość krajów Konfederacji Niemieckiej.

Rewolucję przemysłową w Niemczech poprzedziła wielka reforma uwłaszczeniowa w Prusach (1807-1811) i w Wielkopolsce (1823), korzystna dla zamożnych włościan, katastrofalna zaś dla biedoty wiejskiej. Masowe migracje chłopów ze wsi do miasta, gdzie panowała nędza i wyzysk, wykreowały nową klasę społeczną, a zarazem siłę polityczną – wielkoprzemysłową klasę robotniczą. Jej członkowie wiedzieli, że nie mogą liczyć na takie zabezpieczenie w chorobie czy starości, jak ich protoplaści, żyjący przez setki lat pod opieką dziedzica, w którego interesie leżało utrzymanie zasobów siły roboczej (Łukasiewicz, 2015). Niezależnie od pragmatycznych zaleceń kierowanych do dziedzica, który we własnym interesie powinien należycie zadbać o kondycję włościan, istniał w Niemczech samorządowy system opiekuńczy oparty na lokalnych podatkach. Każdy zubożały mieszkaniec danej gminy (Ortsarm) podlegał opiece określonego związku miejscowego, a jeśli nie podlegał żadnemu związkowi gminnemu (Landesarm), otrzymywał wsparcie materialne za pośrednictwem powiatowego (krajowego) związku ubogich (Landarmenverband). System ten zbankrutował w okresie pierwszego globalnego kryzysu (1856-1857); od tego czasu jedyną (ale obejmującą zaledwie kilka procent ludności) efektywną formą ochrony socjalnej były funkcjonujące od 1845 roku kasy chorych, nawiązujące do cechowej tradycji ubezpieczeń wzajemnych (Maciąg, 1988).

Zjednoczenie Niemiec nastąpiło 18 stycznia 1871 roku. W skład tego państwa – obok landów niemieckich – wchodziły także Wielkopolska oraz terytoria zagarnięte po zwycięstwach militarnych Prus nad Danią, Austrią i Francją. Dominującą pozycję zajmowało protestanckie królestwo Prus, ale południowoniemieckie terytoria oraz zagarnięte Polsce ziemie zamieszkiwali katolicy, którzy stanowili ok. 36% ludności. To spowodowało, że walka z wpływami Kościoła (zwłaszcza wśród biedoty) była ważnym krokiem w kierunku unifikacji kulturowej państwa (Kulturkampf). Popierany przez arystokrację, zamożną szlachtę i bogatych przemysłowców Żelazny Kanclerz – Otto

Bismarck traktował laicyzację państwa jako kluczowy element germanizacji, ale równocześnie szukał w miarę bezkonfliktowego rozwiązania nabrzmiewającego problemu nędzy w środowiskach robotniczych. W 1872 roku w Eisenach doszło z jego inicjatywy do spotkania 180 wybitnych przedstawicieli świata gospodarczego, administracji i nauki, podczas którego uznano, że potrzebne jest odejście od liberalizmu na rzecz interwencjonizmu państwowego. W 1881 roku cesarz Rzeszy Wilhelm I wygłosił orędzie, w którym stwierdził, że „obowiązkiem państwa jest zapewnienie dobrobytu ogółowi mieszkańców i opieki wykluczonym w ramach kompleksowej ochrony ryzyka socjalnego, nawiązującej do instytucji ubezpieczeń wzajemnych” (Łukasiewicz, 2015).

Znacznie wcześniej, bo już w 1774 roku, asesor Hiltrop z Dortmundu postulował, aby dla poprawy ekonomicznego położenia robotników wykorzystać i upowszechnić doświadczenia fabrycznych kas chorych, a kapitalista z Nadrenii Fritz Kalt dowodził, że robotnik mający zapewnioną stabilność na wypadek choroby i stałą pracę jest znacznie bardziej konserwatywny – „duch rewolucyjny” w nim słabnie. Tej stabilności nie gwarantują prywatne ubezpieczenia, za kasy musi odpowiadać państwo, dysponujące odpowiednimi strukturami i aparatem do poboru składek i wypłacania świadczeń. Takie prospołecznie nastawione głosy były początkowo odosobnione, ostatecznie jednak, w obawie przed związkami zawodowymi, strajkami i narastającą degradacją społeczną proletariuszy, opór ten przewyżczono. W 1883 roku wprowadzone zostały ubezpieczenia zdrowotne, w następnym roku ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków, a w 1889 – ubezpieczenia emerytalne i na wypadek inwalidztwa (emerytura przysługiwała od 70. roku życia w wysokości zaledwie jednej szóstej przeciętnej pensji, ale wystarczała na przeżycie). Początkowo uprawnienia te przysługiwały tylko robotnikom, którzy – organizując się – stanowili największe zagrożenie dla klas posiadających, ale jeszcze przed pierwszą wojną światową regulacje socjalne rozszerzono na (zdecydowanie bardziej pokojowo nastawionych, z mniejszą siłą przebiecia) drobnych urzędników. Organizację ubezpieczenia powierzono specjalnym organom samorządu na zasadach prawa publicznego; utworzono trzy segmenty i trzy piony ubezpieczenia: chorobowy (wraz z macierzyństwem), wypadkowy i emerytalno-inwalidzki. W ten sposób powstał system publicznych ubezpieczeń pracowniczych opartych na zasadach: wzajemności, subsydiarności, solidaryzmu, powszechności, automatyzmu w zawiązaniu stosunku ubezpieczenia, proporcjonalności świadczeń do wkładu pracy.

Wprowadzony pod rządami Bismarcka obligatoryjny, publiczny, ubezpieceniowy model ochrony ryzyka socjalnego jeszcze przed wybuchem pierwszej wojny światowej przejęły Austria (1887), Norwegia (1894), Holandia (1901), Węgry (1907), Serbia (1910), Szwajcaria (1912), Rosja (1912), Rumunia (1912) i Dania (1917). Jednakże, obok rozwiązań przyjętych w Niemczech, w państwach europejskich funkcjonowały na przełomie XIX i XX jeszcze dwa odrębne, przymusowe, komercyjne systemy zabezpieczenia ryzyka socjalnego, wzorowane na modelu brytyjskim. Pierwszy dotyczący

odpowiedzialności cywilnej pracodawcy wprowadziły Włochy (1898), a ich wzorem Portugalia (1913) i Dania (1917). Drugi – rozszerzony, w którym pracodawca ponosił odpowiedzialność deliktową i kontraktową nie tylko w ryzykach osobowych, ale także z tytułu materializacji ryzyka gospodarczego, przyjęto w Anglii (1897), a później w Danii (1897-1917), Francji (1898), Hiszpanii (1900), Szwecji (1901-1916), Belgii (1903), Rosji (1903-1912) i Grecji (1915).

Obecnie w większości krajów Unii Europejskiej ochrona ryzyka socjalnego jest obowiązkowa, prawnie zdefiniowana, wykonywana przez instytucje publiczno-prawne, kontrolowana przez organa państwa. Zasoby instytucji zabezpieczenia społecznego stanowią integralną część systemu finansów publicznych, są gromadzone z mocy prawa, w poczuciu solidaryzmu wobec narodowej wspólnoty ryzyka. We wspólnocie tej nie ma symetrii między wkładem i zrealizowaną korzyścią, a kompensację otrzymuje każdy, kto spełni prawne warunki do otrzymania świadczenia; głównym kryterium uzyskania świadczeń jest udział we wspólnocie ryzyka socjalnego. System ubezpieczeń pracowniczych obejmuje główne ryzyka powodujące utratę dochodów z tytułu zatrudnienia, natomiast nie obejmuje ryzyka bezrobocia, które jest chronione przede wszystkim techniką opiekuńczą.

2.2. Ubezpieczenia społeczne w Polsce

W odrodzonej Rzeczypospolitej pierwszym aktem prawnym w zakresie ubezpieczeń społecznych był dekret Naczelnika Państwa z 1919 roku o ubezpieczeniu pracowników na wypadek choroby, rok później weszła w życie ustawa o ubezpieczeniach chorobowych, w następnych latach doszło do kodyfikacji tego ubezpieczenia. W latach 20. minionego wieku wprowadzono ustawę o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy państwowych i zawodowych wojskowych, ustawę o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia oraz ustawę o ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych. Jednak przez wiele lat utrzymywano odrębny (odziedziczony po okresie zaborów) system ubezpieczeń społecznych na Pomorzu, w Wielkopolsce i na Górnym Śląsku, ponieważ przyjęte tam rozwiązania (z okresu reform Bismarcka) były bardziej korzystne niż regulacje wprowadzone w II Rzeczypospolitej. Sprawę komplikował dodatkowo brak sądownictwa ubezpieczeń społecznych, ustanowiła je dopiero uchwalona niemal w przeddzień wybuchu drugiej wojny światowej ustawa z 1939 roku; ustawa ta obowiązywała do 1975 roku w Polsce Ludowej (Makarzec, 2012, s. 201-207).

Usuwanie różnic systemowych w ubezpieczeniach społecznych następowało w II Rzeczypospolitej stopniowo i z oporami, na co złożyło się kilka przyczyn. Po pierwsze, wojna polsko-bolszewicka spowodowała zatrzymanie wszelkich prac legislacyjnych niezwiązanych z wysiłkiem zbrojnym. Po drugie, w zniszczonej gospodarce, dźwigającej koszty działań militarnych, gwałtownie narastał deficyt budżetowy. W ślad za szybko rosnącym długiem publicznym pokrywanym emisją pieniądza

równie gwałtownie rosła inflacja, osiągając poziom hiperinflacji, której kres położyły dopiero reformy monetarne Władysława Grabskiego (1924). Po trzecie, na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego pracodawcy sprzeciwiali się obowiązkowi płatnika składek, a robotnicy z dużych zakładów przemysłowych, ubezpieczeni na relatywnie dogodnych warunkach, protestowali przeciw projektowi wprowadzenia jakichkolwiek zmian. Po czwarte, lekarze i aptekarze sprzeciwiali się przekształceniu sieci kas chorych w ubezpieczalnię, co hamowało proces tworzenia infrastruktury technicznej do obsługi ubezpieczeń. Po piąte, trudno było uzyskać consensus między ugrupowaniami centro-prawicowymi a lewicowymi co do wysokości składek i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, a to opóźniało prace legislacyjne (więcej na ten temat: Rakoniewski, 2012a).

Ostatecznie jednak 28 marca 1933 roku Sejm przyjął ustawę, która ustanowiła monopol państwa w ubezpieczeniach pracowniczych – „w dążeniu do zabezpieczenia przed wyzyskiem, złą wolą lub nieudolnością prywatnych stowarzyszeń ubezpieczeniowych” (ZUS, 2018, s. 11). Ustawa ta weszła w życie podczas najgłębszego kryzysu gospodarczego z lat 1929-1933; dla jej uchwalenia „znaczenie miały względy natury gospodarczej, a dokładnie kwestia wydolności finansowej instytucji ubezpieczeniowych i dążenie do utrzymania płynności wypłaty świadczeń. Wielki kryzys gospodarczy doprowadził nie tylko do znacznego ubytku wartości aktywów majątkowych instytucji ubezpieczeniowych, ale też ich sytuacja finansowa stawała się coraz trudniejsza w wyniku licznych bankructw, wzrostu bezrobocia, a w konsekwencji znacznego pogorszenia się ściągальności składek ubezpieczeniowych. W gruntownej reformie całości ubezpieczenia scalającej organizacyjnie, a także finansowo ubezpieczenia upatrywano szansy na utrzymanie wydolności finansowej całego systemu” (Malaka, 2013, s. 15).

Istotnie, ustawa z 1933 roku dokonała scalenia ubezpieczeń społecznych pod względem prawnym, organizacyjnym i rzeczowym, likwidując niemal w całości ostatnie relikty ustawodawstwa pozaborczego, ale także nieefektywne ekonomicznie, wadliwie zarządzane, za to szybko rozrastające się terytorialnie – kasy chorych. W ich miejsce utworzono wyposażone w osobowość prawną ubezpieczalnię społeczne oraz powołano cztery publicznoprawne podmioty: Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Działalność Zakładów była koordynowana przez Izbę Ubezpieczeń Społecznych, której te zakłady i nadzorowane przez nie ubezpieczalnie były członkami, sama zaś Izba podlegała nadzorowi Ministerstwa Opieki Społecznej. Ta złożona struktura systemu ubezpieczeń od początku budziła liczne kontrowersje i utrzymała się zaledwie kilka miesięcy; już 24 października 1934 roku prezydent Ignacy Mościcki podpisał rozporządzenie o jej zmianie. W miejsce zlikwidowanych Zakładów oraz Izby utworzono Zakład Ubezpieczeń Społecznych, nadzorujący wyposażone w osobowość prawną

fundusze: Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, Ubezpieczenia Emerytalnego Pracowników Umysłowych, Ubezpieczenia od Wypadków i Chorób Zawodowych, Ubezpieczenia na Wypadek Braku Pracy dla Pracowników oraz Ogólny Fundusz Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa (więcej na ten temat: Jach-Męczałska, 2015, s. 237-240).

Ustawa scalenkowa miała zasięg niemal ogólnokrajowy, objęła wszystkie główne ryzyka, które powodują niezdolność do zarobkowania: chorobę i macierzyństwo, choroby zawodowe i wypadki przy pracy, inwalidztwo, dożycie starości przez robotników i pracowników umysłowych oraz śmierć ubezpieczonego i członów jego rodziny. Obowiązek opłacania składki spoczywał na pracodawcy i pracowniku (w proporcjach odpowiednio: 2/3 i 1/3 jej wysokości). Ubezpieczenia były powszechne, ale od tej zasady przewidziano dwa wyjątki: z ubezpieczenia chorobowego wyłączona została grupa osób zarabiających powyżej 750 zł miesięcznie, a dla robotników rolnych wprowadzono „ubezpieczenia zastępcze”, organizowane przez właścicieli ziemskich, w postaci opieki lekarskiej oraz zasiłku chorobowego w naturze. Całkowicie poza publicznym systemem ubezpieczeń pozostawali rolnicy indywidualni, rzemieślnicy oraz osoby reprezentujące tzw. wolne zawody.

2.3. Ubezpieczenia społeczne w Polsce Ludowej

Wprowadzony w okresie międzywojennym system ubezpieczeń pracowniczych w Polsce Ludowej obowiązywał do 1951 roku, potem – pod wpływem czynników ideologicznych i doktrynalnych – ulegał modyfikacjom. Z dniem 25 czerwca 1954 roku wszedł w życie dekret o powszechnym zaopatrzeniu pracowników i ich rodzin; ochronie podlegały te same co poprzednio ryzyka socjalne (chorobowe, wypadkowe, emerytalno-rentowe i macierzyństwo), ale ubezpieczeni zostali podzieleni na trzy kategorie: osoby ważne dla gospodarki (w pewnym sensie – uprzywilejowane), pozostałe osoby zatrudnione w sferze uspołecznionej oraz osoby niezdolne do pracy z powodu stanu zdrowia (inwalidzi). Dekretem z 2 lutego 1955 roku zlikwidowano Zakład Ubezpieczeń Społecznych, co uzasadniano następująco: „W celu bezpośredniego powiązania ubezpieczeń społecznych z masami pracującymi oraz przyciągnięcia najszerszych rzesz pracowników do kontroli wykonywania ubezpieczeń społecznych, na wniosek Centralnej Rady Związków Zawodowych (...) przekazuje się związkom zawodowym wykonywanie państwowych ubezpieczeń społecznych, z wyjątkiem spraw dotyczących rent i zaopatrzeń”. Ten stan rzeczy formalnie utrzymał się do 13 kwietnia 1960 roku, kiedy ustawowo reaktywowano Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który podjął swoje zadania.

Pierwotnie przepisy regulujące dostęp do ubezpieczeń społecznych w Polsce Ludowej obejmowały tylko osoby zatrudnione w sferze uspołecznionej (w administracji państwowej, w państwowych i komunalnych przedsiębiorstwach oraz spółdzielczo-

ści). Wraz z upływem lat stopniowo rozszerzano zakres dostępu do ubezpieczeń społecznych na: członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych (1962), rzemieślników (1965), twórców i artystów (1973), osoby zatrudnione na podstawie umowy-zlecenia lub umowy agencyjnej (1975), rolników indywidualnych (1977), duchownych oraz osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą (1989). W Polsce Ludowej, a także w pierwszych latach transformacji ustrojowej całość składki w ubezpieczeniach pracowniczych pokrywał pracodawca w ciężar funduszu wynagrodzeń; był on równocześnie płatnikiem odpowiedzialnym za transfer składki ubezpieczeniowej do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Osoby czerpiące dochody z pracy na własny rachunek same odprowadzały składki do ZUS-u, proporcjonalnie do wykazywanych dochodów. Składki te, jak również składki z tytułu ubezpieczeń pracowniczych, zasilały Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS).

Warto przypomnieć, że w 1968 roku rozszerzono krąg osób uprawnionych do renty rodzinnej na ojczyma, macochę i przysposabiającego; prawo do renty otrzymały też owdowiałe kobiety, które ukończyły 50 lat i przez całe życie pozostawały na wyłącznym utrzymaniu męża, oraz młode wdowy wychowujące dzieci do 16. roku życia. Utrzymano renty sieroce, ale przedłużono okres wypłaty tego świadczenia w przypadku kontynuowania nauki do 25. roku życia (włącznie). W tym samym roku terminem „emerytura” zastąpiono „rentę starczą”. Uchwalone wówczas przepisy – z wyjątkiem systemu emerytalnego – pozostały (w ogólnym zarysie) nadal aktualne, dobrze świadcząc o dalekowzroczności ówczesnych decydentów (Antonów, 2002, s. 5).

W latach 1951-1975 w polskim systemie ubezpieczeń społecznych występowały (zasilające budżet państwa) nadwyżki rządu po 8% rocznie, jako że wymiar składki sukcesywnie podnoszono, natomiast przyznane przed laty świadczenia pozostawały na tym samym poziomie. Nie miało to istotnego znaczenia w latach 60., gdyż wynagrodzenia w sektorze uspołecznionym, ceny i koszty utrzymania pracowniczych gospodarstw domowych były względnie stabilne. Sytuacja zaczęła się jednak niekorzystnie zmieniać w połowie lat 70., co dotyczyło przede wszystkim świadczeń długoterminowych. W związku z tym w 1975 roku zlikwidowano „stary portfel” i ustalono nowe stawki emerytur i rent. Nowe stawki emerytur wynosiły 90% od zarobków nieprzekraczających 2000 zł (netto, ponieważ zlikwidowano podatek od wynagrodzeń) i dodatkowo 40% od nadwyżki tej kwoty; wartość ta zwiększyła się do 55% w 1980 roku. Jednak stale rosnące koszty wymagały dalszej korekty; od 1 września 1981 roku kwotę minimalnej emerytury, renty inwalidzkiej I i II grupy oraz renty III grupy dla „młodszych” inwalidów ustalono na poziomie 3000 zł, a renty rodzinnej na poziomie od 2600 do 3000 zł (w zależności od liczby osób uprawnionych); w tym czasie średnia płaca wynosiła 7689 zł. Pomimo tak znacznych podwyżek – z wyjątkiem kryzysowych lat 1980-1981 – równowaga FUS-u nie była zagrożona, do 1986 roku występowała nawet nadwyżka tego funduszu, pomimo że już wtedy obowiązywała liberalizująca prawa do emerytur i rent ustawa po zmianie z 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu eme-

rytalnym pracowników i ich rodzin. Jej uchwalenie było konsekwencją katastrofalnej sytuacji gospodarczej, ale także ustrojowego dogmatu o pełnym zatrudnieniu. Najważniejszą zmianą systemową było wprowadzenie mechanizmu waloryzacji długo-terminowych świadczeń proporcjonalnie do wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce uspołecznionej w roku poprzednim (górną limit wynosił 150% kwoty bazowej). Przywołana ustawa wprowadziła (brzemiennej dla FUS-u) możliwość wcześniejszego przechodzenia na emeryturę dla kobiet z długim stażem pracy (30 lat) oraz inwalidów I i II grupy, a także uzyskanie w niepełnym wymiarze emerytury osobom, którym brakowało nie więcej niż 5 lat do wymaganego okresu zatrudnienia. W latach następnych jeszcze bardziej rozszerzono te przepisy, m.in. na mężczyzn z długim stażem ubezpieczeniowym, a także osoby pracujące w warunkach szkodliwych i wykonujące pracę o szczególnym charakterze. Z dzisiejszej perspektywy, w aspekcie humanitarnym, należy uznać te przepisy za niezbędne, z drugiej jednak strony – wobec pogarszającej się sytuacji płatniczej przedsiębiorstw – winy za pogłębiający się deficyt systemu ubezpieczeń społecznych nie ponosił ZUS. System ten potraktowano bowiem jako narzędzie do osiągnięcia pokoju społecznego, wprowadzając takie rozwiązania prawne dotyczące warunków i stosunków pracy, które „skłaniały wręcz do dezaktywizacji zawodowej i pobierania świadczeń” (Hrynkiewicz, 2011, s. 342).

Równie destrukcyjny i trwały wpływ na wynik sektora ubezpieczeń społecznych jak reformy systemowe z lat 80. wywarła polityka gospodarcza realizowana w pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej, którą tak zrecenzował Grzegorz Kołodko: „zła polityka gospodarcza popycha w recesję większą, niż jest to obiektywnie uzasadnione, i utrzymuje w niej dłużej, niż jest to naprawdę konieczne” (Kołodko, 1993, s. 23). „Szokowa terapia” skutkowałą w latach 1990-1992 likwidacją 2/3 uspołecznionych przedsiębiorstw i masowymi zwolnieniami pracowników, zatorami płatniczymi i lawinowo rosnącymi zaległymi składkami na ubezpieczenia społeczne (Ancyparowicz, 2010, s. 97-108). Neoliberalne podejście, które zdecydowało o pryncypiach polityki gospodarczej realizowanej w latach 90. XX wieku w Polsce, skutkowało tym, że „ubezpieczenia społeczne odeszły od zasadniczej funkcji ubezpieczenia niezdolności do pracy; ubezpieczały kosztowne społecznie reformy gospodarcze i zmiany systemowe. Wskutek stosowania rozwiązań sprzecznych z istotą ubezpieczenia społecznego nastąpiła dalsza deformacja systemu, narastały patologie w zdeformowanych systemach ubezpieczenia i zatrudnienia: rozwój zatrudnienia na czarno, nadużywanie świadczeń, unikanie kosztów ubezpieczenia pracowników. Nie było reakcji na te zjawiska ze strony rządów, gdyż najważniejszym zadaniem było przeprowadzenie reform gospodarczych (...) i opanowanie pogarszających się nastrojów społecznych z powodu lawinowo narastających kosztów społecznych realizowanych reform” (Hrynkiewicz, 2011, s. 343).

2.4. OFE – toksyczny program prywatyzacji emerytur

W połowie 1993 roku polska gospodarka zaczęła wracać na ścieżkę wzrostu po brutalnej restrukturyzacji; wraz z poprawą sytuacji makroekonomicznej pojawiły się pierwsze symptomy normalizacji sytuacji na rynku pracy, a wraz z nią – pierwsze oznaki poprawy bilansu FUS-u. Nie trwało to długo, bo, realizując wytyczne Międzynarodowego Funduszu Walutowego, od 1 stycznia 1998 roku zreformowano system ubezpieczeń społecznych – oficjalnie po to, aby zapewnić jego stabilność w perspektywie 2060 roku, faktycznie po to, żeby przyspieszyć prywatyzację ocalałych z pogromu przedsiębiorstw państwowych, a równocześnie zasilić rynek kapitałowy składką emerytalną, traktowaną jak „paliwo giełdowe” (Kurasz, 2013). W tym celu przekierowano 37,5% składki emerytalnej z ZUS-u do – zarządzanych przez powszechne towarzystwa emerytalne (PTE) – otwartych funduszy emerytalnych (OFE). Operacja ta dotyczyła obligatoryjnie osób urodzonych przed 1 stycznia 1969 roku i ok. 2 mln osób nieco starszych, które podstępnie zmotywowano do tej decyzji. Solidaryzm ubezpieczonych utrzymano w ubezpieczeniach chorobowych i następstw nieszczęśliwych wypadków, natomiast z zasady tej zrezygnowano w ubezpieczeniach emerytalno-rentowych, ograniczając pobór składki na ochronę tego ryzyka do 250% prognozowanej kwoty wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Zniesiono przepis ograniczający wysokość pobieranej emerytury od zarobków pracujących emerytów, jeśli osiągnęli oni wiek ustawowy. Szczególnie destrukcyjny wpływ na równowagę FUS-u miała zapowiedź odebrania w 2009 roku szczególnych uprawnień emerytalnych wprowadzonych w latach 80. XX wieku; setki tysięcy pracowników skorzystało z możliwości przejścia na wcześniejsze emerytury.

Ubezpieczonym urodzonym po 31 grudnia 1948 roku, ale przed 1 stycznia 1954 roku, sukcesywnie zmniejszano część osłonową algorytmu emerytalnego, uzależniając wysokość świadczenia od kapitału początkowego i zgromadzonych składek. Pozostałe osoby mogły liczyć na emerytury stanowiące iloraz zgromadzonych i zainwestowanych oszczędności emerytalnych i oczekiwanej długości życia. Na kilka lat przed wprowadzeniem modelu zdefiniowanej składki w ubezpieczeniu ryzyka starości ówczesny Rzecznik Praw Obywatelskich, wybitny ekspert w dziedzinie prawa związkowego i ubezpieczeń społecznych, profesor Tadeusz Zieliński ostrzegął: „Podyktowany przez instytucje światowej finansjery system emerytalny oznacza całkowitą prywatyzację ubezpieczeń, czyli rewolucję w systemie socjalnym państwa. Dziś trudno nawet przewidzieć, jakie będą rozmiary klęski” (Zieliński, 1994). Jednak reformę emerytalną wprowadzono w fazie, gdy warszawska giełda papierów wartościowych dopiero startowała, na czym wielu drobnych graczy zyskało całkiem poważne kwoty. Polacy uwierzyli, że inwestując pieniądze w akcje i inne walory, można zyskać znacznie więcej niż biernie oczekując na klasyczne świadczenia z ZUS-u. Rzeczne symulacje wysokości „nowej” emerytury – stanowiącej w istocie dochód ren-

tierski – nie były nigdzie publikowane, rozpowszechniano natomiast przekonanie, że emerytura z pierwszego filara (ZUS) będzie co najmniej równoważna świadczeniom z OFE albo nawet je przewyższy. Było też oczywiste, że uruchomienie kapitałowego filara emerytalnego będzie wymagało – w miarę wymiany pokoleń – coraz wyższych dotacji budżetowych na wyrównanie ubytku składki w ZUS-ie. W momencie wprowadzania reformy systemowej należało zatem albo obniżyć średnio o 30% już przyznane świadczenia (czyli ustanowić je poniżej biologicznego minimum egzystencji), albo wycofać się z wszelkich ulg i podnieść składkę emerytalną do 50% kwoty bazowej. Wybrano trzecią drogę – wyprzedaż majątku narodowego i obciążanie Skarbu Państwa obligacjami na pokrycie lawinowo narastającego długu publicznego. Głównym celem reformy emerytalnej było jak najszybsze stworzenie warunków do uruchomienia i rozwoju rynku terminowego GPW, natomiast na użytek opinii publicznej uzasadnieniem reformy zastępującej klasyczne emerytury świadczeniami w systemie zdefiniowanej składki była z gruntu fałszywa teza o konieczności odciążenia FUS-u, który załamał się na skutek ujemnej stopy przyrostu naturalnego w Polsce. Niską emeryturę z pierwszego filara (ZUS) teoretycznie miała zrekompensować emerytura z drugiego filara (OFE). Przyjęcie takich założeń świadczy albo o daleko posuniętym zakłamaniu i cynizmie, albo o kompletnej ignorancji autorów reformy, zafascynowanych możliwościami, jakie daje rosnący rynek kapitałowy. „Cała koncepcja przekształcenia systemu emerytalnego z tak zwanego reparycyjnego, jakim jest ZUS, w kapitałowy (...) oparta była na zawierzeniu iluzorycznej nadziei w »wiecznie rosnący rynek kapitałowy«, a faktycznie na niezrozumieniu elementarnych kwestii ekonomicznych” (Żyżyński, 2013). Czyżby autorzy reformy emerytalnej nie zdawali sobie sprawy, że w dalszej perspektywie rynek kapitałowy „sam stwarza sobie zapotrzebowanie na papiery wartościowe i wszystko pnie się do góry, ale gdy zapotrzebowanie na papiery wartościowe spadnie do normalnego poziomu, wynikającego ze zmiany pokoleń, zabraknie środków na pokrycie zobowiązań wobec świadczeniobiorców i pozostaną oni bez środków do życia” (Łaski, 2003, s. 83).

Uzupełnieniem emerytury z obowiązkowego systemu publicznego miały być świadczenia z dobrowolnego trzeciego filara emerytalnego. Filary ten obecnie obejmuje: Pracownicze Programy Emerytalne (PPE – wprowadzone w 1999 roku, neutralne dla budżetu, korzystne dla ubezpieczonych, ale niedostępne dla pracowników sfery budżetowej i małych zakładów pracy); Indywidualne Konta Emerytalne (IKE) istniejące od 2004 roku oraz – skonstruowane na podobnych, lecz bardziej korzystnych zasadach – Indywidualne Konta Zaopatrzenia Emerytalnego (IKZE), wprowadzone w 2012 roku, a od 2019 roku także Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK). Produkty te nie cieszą się powodzeniem. Według stanu na 31 grudnia 2021 roku wartość aktywów PPE zgromadzonych przez 641 tys. członków wyniosła niespełna 19 mld zł, IKE pozyskało 796 tys. uczestników i zgromadziło aktywa w wysokości ok. 13,5 mld zł, akces do

IKZE zgłosiło 457 tys. osób, a ich aktywa nie sięgały nawet 6 mld zł. Pozornie większym zainteresowaniem cieszą się PPK, do których przystąpiło 2,5 mln członków, ale wynika to w znacznej mierze z przymusowego (choć formalnie dobrowolnego) uczestnictwa; aktywa PPK wyniosły 7,7 mld zł (UKNF, 2022, s. 5).

Nikłe zainteresowanie Polaków komercyjnymi programami emerytalnymi nie powinno być dla nikogo zaskoczeniem, od lat bowiem wiadomo, że efektywny popyt na długoterminowe produkty finansowe pojawia się dopiero wtedy, kiedy dochód rozporządzalny netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosi ok. 45-50 tys. euro rocznie. W Polsce, pomimo szybkiego (w ostatnich sześciu latach może nawet zbyt szybkiego) wzrostu realnych wynagrodzeń, przeciętny rozporządzalny dochód na jedną osobę wyniósł w 2021 roku niecałe 69 tys. zł, co po uwzględnieniu różnic w parytecie siły nabywczej stanowiło równowartość ok. 21 tys. euro; według innych źródeł jest to kwota jeszcze niższa (Allianz, 2022; GUS, 2022). Innymi słowy – chociaż poziom życia w Polsce znacznie się poprawił w ostatnich latach, to ciągle jesteśmy krajem na dorobku; w rankingu zamożności krajów Unii Europejskiej zajmujemy miejsce trzecie od końca, za nami są tylko Bułgaria i Rumunia. Również na mapie siły nabywczej mieszkańców, sporządzonej w 2022 roku przez renomowaną agencję Growth from Knowledge, specjalizującą się w badaniach rynku i preferencji konsumentów, kraj nasz zajmuje odległe – 33 miejsce na 42 objęte badaniem europejskie państwa.

Niedostatek wciąż jeszcze dotyka wiele polskich rodzin, ale – obok gospodarstw domowych z trudem wiążących koniec z końcem – są również w Polsce osoby dobrze sytuowane, które stać na długoterminowe oszczędzanie. Jednak i one bez entuzjazmu odnoszą się do oferty firm proponujących komercyjne produkty emerytalne, a przymuszone prawem do uczestnictwa w różnych planach emerytalnych, tak szybko, jak to tylko jest możliwe, wycofują swój akces. Przyczyny takich zachowań są złożone, kwestią podstawową jest, jak się wydaje, brak zaufania do firm inwestycyjnych, do czego w znacznej mierze przyczyniły się nierzetelne prognozy i manipulacje wokół OFE, a także rozczarowujące wyniki tych funduszy. W ujęciu realnym stopa zwrotu ze środków zainwestowanych w OFE jest po dwudziestu latach oszczędzania ujemna, a wypłacane dożywotnio świadczenia stanowią zaledwie niewielki ułamek emerytury z ZUS-u i dalece odbiegają od solennych obietnic promotorów reformy.

2.5. Kapitałowe produkty emerytalne w rządowym Programie Budowy Kapitału

Obciążenia z tytułu eklektycznej reformy emerytalnej, z której korzyści odniosły jedynie PTE, były tak wielkie, że budżet państwa nie był w stanie ich udźwignąć. W 2010 roku deficyt sektora *general government* niemal trzykrotnie przekroczył poziom referencyjny, co groziło zablokowaniem środków pomocowych z budżetu Unii Euro-

pejskiej. W tej sytuacji Sejm uchwalił w marcu 2011 roku ustawę o przejściowym ograniczeniu – 7,3 do 2,3% – partycypacji OFE w składce emerytalnej, zakładając równocześnie, że od 2014 roku udział tych funduszy rósłby ponownie, osiągając wielkość docelową 3,5% w 2017 roku, chociaż wszelkie rzetelne symulacje wskazywały, iż nie ma to większego sensu. Ponieważ stan finansów publicznych dalej się pogarszał, stało się oczywiste, że upieranie się przy *status quo* prowadzi nieuchronnie do katastrofy; oszacowano, że skumulowany koszt utrzymywania drugiego filara emerytalnego stanowiąłby w 2060 roku równowartość 93,8-114,2% polskiego PKB. Z podjęciem decyzji o likwidacji OFE jednak zwlekano, argumentując, że rząd nie ma prawa dysponować prywatnymi zasobami finansowymi.

Wątpliwości co do statusu środków zgromadzonych w OFE rozstrzygnął Trybunał Konstytucyjny, który 4 listopada 2015 roku orzekł, że aktywa otwartych funduszy emerytalnych mają status środków publicznych, bo pochodzą ze składek oddanych w zarząd prywatnym instytucjom finansowym, wykonującym zadania publiczne wyznaczone przez prawo. Jednocześnie Trybunał wskazał, aby w debacie publicznej zaprzestano kreowania iluzji o prywatnym charakterze środków na rachunkach członków OFE. Zamiast likwidacji tych funduszy (co radykalnie odciążyłoby budżet państwa), ustawa z 6 grudnia 2013 roku wymusiła na PTE przekazanie portfela obligacji OFE do ZUS, ponadto obniżono do 2,92% kwoty bazowej partycypację tych funduszy w składce i zniesiono wobec osób urodzonych po 31 grudnia 1968 roku obowiązek uczestnictwa w tych funduszach; z tej możliwości niezwłocznie skorzystało 14 mln na 16 mln osób. W tej samej ustawie wprowadzono mechanizm ochrony przed ryzykiem nieudanych transakcji giełdowych oszczędności tych członków OFE, którym do uzyskania praw emerytalnych brakuje nie więcej niż 10 lat; ich środki są przekazywane na subkonta w ZUS-ie. Wszystkie te działania nie tylko zahamowały narastanie długu publicznego z tytułu rekompensaty składki przekazywanej za pośrednictwem ZUS-u na rynek kapitałowy, lecz dały też dodatkowy efekt w postaci dodatniego salda na rachunku kapitałowym ubezpieczeń społecznych. Wbrew obiegowym, krzywdzącym opiniom, nikt nic nie stracił na operacji przekazania części obligacyjnej portfela OFE do ZUS-u, a wielu zyskało, rentowność portfela inwestycyjnego bowiem zarządzanego przez Zakład jest wyższa niż stopa zwrotu z kapitału zarządzanego przez PTE (OECD, 2021, s. 140-149).

Całkowita likwidacja OFE miała nastąpić w ramach „Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju” w drodze prywatyzacji tych funduszy, przeprowadzonej według scenariusza przedłożonego w „Programie Budowy Kapitału”; program ten stanowił element „Wieloletniego Planu Finansowego Państwa na lata 2019-2022” (MF, 2019, s. 75). Przewidywano następującą sekwencję działań: Powszechnie Towarzystwa Emerytalne przekształcają się w Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych (TFI), Otwarte Fundusze Emerytalne – w Specjalistyczne Fundusze Inwestycyjne Otwarte (SFIO). Zmiana nazwy nie byłaby czysto werbalna, lecz miałyby daleko idące konsekwencje, przywracałaby bowiem możliwość inwestowania składek emerytalnych w obligacje skarbowe, a także pozwa-

łała na likwidację „suwaka emerytalnego”. Te same co dotychczas spółki, działające pod nową nazwą, niemal automatycznie (z uwagi na duże obciążenia formalne, obliczone na zniechęcenie osób, które chciałyby zrezygnować z ich usług) przejęłyby aktywa OFE, rejestrując równowartość jednostek rozrachunkowych na wyodrębnionych indywidualnych kontach emerytalnych w już istniejących lub nowo utworzonych IKE. Od tej operacji miała być pobrana (w dwu ratach) „opłata przekształceniowa” w wysokości 15% *ad valorem* (zasilająca budżet państwa), w zamian za zwolnienie w przyszłości emeryta z podatku od zysków kapitałowych. Alternatywą dla tej koncepcji byłaby możliwość przeniesienia – bezpłatnie – całości środków z OFE do Funduszu Rezerwy Demograficznej (FRD). Wbrew pozorom oznaczałoby to również prywatyzację oszczędności emerytalnych, bo aktywami FRD – zamiast ZUS – zarządzać miał TFI SA, którego jedynym akcjonariuszem byłby Polski Fundusz Rozwoju SA.

Projekt prywatyzacji OFE (pomimo zaawansowanych prac legislacyjnych) nie został dotychczas wprowadzony w życie i należy mieć nadzieję, że nie zdecydowały o tym wyłącznie nadzwyczajne okoliczności wywołane pandemią COVID-19, lecz jego liczne wady systemowe. „Zapowiedziane nieodwracalne przekazanie aktywów OFE na rynek finansowy definitywnie obciąża emeryta kosztami i ryzykiem związanym z lokowaniem na rynku finansowym środków na emeryturę, bez żadnej gwarancji, że pieniądze te uda się odzyskać w przyszłości. (...) Po przejściu na emeryturę pieniądze z nowego IKE będą prawdopodobnie mogły być wypłacone jednorazowo. Niektórych to może ucieszyć, ale jest to sprzeczne z główną ideą systemu emerytalnego, mówiącą, że emeryt powinien otrzymywać dochód do końca życia” (Oręziak, 2019)¹.

O ile zapowiedź likwidacji OFE początkowo wywołała niepokój i krytykę części środowisk powiązanych z warszawską Giełdą Papierów Wartościowych, o tyle Pracownicze Plany Kapitałowe przyjęto tam entuzjastycznie. Jak wiadomo, PPK zostały powołane ustawą z 4 października 2018 roku, a pierwsze plany emerytalne uruchomiono z dniem 1 stycznia następnego roku. Jest to produkt obciążony dużym ryzykiem, rażąca jest asymetria w podziale ról – koszty ponoszą głównie uczestnicy planów, pracodawcy i rząd (faktycznie – podatnicy, bo to oni finansują opłaty powitalne i premie), podmioty zarządzające zaś (podobnie jak PTE) uzyskują – niezależnie od

¹ Krytyczne stanowisko wobec projektu (z 27 maja 2019 roku) ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeniesieniem środków z otwartych funduszy emerytalnych na indywidualne konta emerytalne zajął również Narodowy Bank Polski. Najpoważniejszą wadą tej ustawy jest fakt, że nie przewiduje ona możliwości wypłaty zakumulowanego kapitału w formie renty dożywotniej. Ponadto stawki za zarządzanie produktami IKE, IKZE, PPE i PPK są za wysokie i nazbyt zróżnicowane, a przeciętny poziom opłat pobieranych przez polskie TFI należy do najwyższych w Europie (KE, 2018). Zasady dotyczące wyceny aktywów oraz jednostek rozrachunkowych i jednostek uczestnictwa powinny być takie same dla wszystkich kategorii podmiotów oferujących plany emerytalne. Wejście w życie przywołanego wyżej projektu ustawy spowoduje – zdaniem NBP – dalsze pogorszenie przejrzystości polskiego systemu emerytalnego. Regulacje dotyczące funkcjonowania poszczególnych elementów tego systemu będą rozproszone w wielu aktach prawnych, a część projektowanych przepisów pozostanie niezrozumiała dla przyszłych emerytów.

wyników inwestycji – korzyści z tytułu zarządzania cudzym kapitałem. Składka na PPK ma charakter powszechnego parapodatku, toteż układ ten może funkcjonować przez wiele lat, nie rujnując zbyt wielu finansów publicznych, przynajmniej do czasu, gdy obowiązki tworzenia Planów zostaną rozciągnięte na całą sferę budżetową, co dotychczas nie nastąpiło.

Zmuszając prawnie pracodawców do tworzenia PPK, a pracowników do uczestnictwa w tym programie, przewidziano stosunkowo niewielkie „zachęty” w postaci opłaty powitalnej i premii, a jednocześnie wprowadzono niezwykle rygorystyczne sankcje finansowe za ewentualną wcześniejszą rezygnację z uczestnictwa; taki system kar w PPK jest wzorowany na umowach dotyczących polis oszczędnościowych, chociaż ów proceder już dawno uznano za oszustwo instytucjonalne. Na tym nie kończą się manipulacje zakodowane w programie PPK, przewidziano bowiem automatyczne odnowienie udziału pracownika w PPK, który już wcześniej z udziału w tym programie zrezygnował. Wielu uczestników może nie zdawać sobie sprawy, że ponownie zapisano ich do PPK; inni natomiast, widząc, że muszą ponawiać skomplikowaną procedurę, poddadzą się, wbrew własnym ocenom sensu istnienia tych funduszy.

Paweł Borys, prezes Polskiego Funduszu Rozwoju, w wywiadzie udzielonym Piotrowi Skwirowskiemu (2019) otwarcie przyznał, że „ZUS-owski powszechny publiczny system emerytalny daje podstawowe bezpieczeństwo socjalne. Ale jeśli będziemy chcieli mieć coś ponad to, wyższy standard życia, to potrzebujemy zbudować dodatkowy kapitał. Przy niekorzystnej strukturze demograficznej nie ma perspektywy, że wysokość świadczeń emerytalnych wzrośnie. Musimy więc stworzyć dodatkowy system, który ułatwi nam budowanie oszczędności na starość. (...) PPK będą wdrażane z użyciem techniki zalecanej przez ekonomię behawioralną, oddziałującej na podświadomość potencjalnych uczestników: korzystamy z rekomendacji noblisty Richarda Thaler’a, ekonomisty, który mówi, że budując takie programy oszczędnościowe, emerytalne, warto dać silniejszy bodziec do tego, by ludzie podejmowali decyzję pozytywną. (...) Musimy ludziom wytłumaczyć, że PPK to zupełnie inny system niż OFE. Co więcej, to reforma, która wyciąga wnioski z błędów przy starcie OFE. I korzysta z najlepszych na świecie doświadczeń związanych z budową programów emerytalnych, kapitałowych. Dzięki temu programowi będziemy mogli powiedzieć, iż Warszawa jest realnym centrum finansowym Europy Środkowo-Wschodniej”.

Tylko czy o to chodzi w systemie zabezpieczenia społecznego? Czy tak ma wyglądać ochrona ryzyka niemożności zarobkowania ze względu na podeszły wiek? Czy sprawność systemu emerytalnego rzeczywiście zależy tylko od wysokości współczynnika obciążenia systemowego? Czy ktoś jest w stanie przewidzieć, jaka będzie sytuacja na rynku pracy za czterdzieści lat? Jakie będą wynagrodzenia? Jakie koszty utrzymania gospodarstwa emeryckiego? Wszelkie prognozy opierają się na danych historycznych i co najwyżej mogą – z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem – pokazywać, co będzie, jeśli dotychczasową sytuację będziemy ekstrapolo-

wać. Prognozy mogą ostrzegać, ale nie wolno poświęcać teraźniejszości w imię niejasnej, niepewnej, odległej przyszłości.

Stanowisko Narodowego Banku Polskiego w kwestii kapitałowych programów emerytalnych jest jednoznaczne: żaden z kapitałowych produktów emerytalnych nie realizuje głównego celu tworzenia dodatkowego oszczędzania na emeryturę, jakim powinno być realne zabezpieczenie potrzeb finansowych osób, które zakończyły aktywność zawodową. Uczestnicy programów emerytalnych nie mieli i nie będą mieli praktycznie żadnego wpływu na to, jak będą inwestowane ich oszczędności, nie będą w żaden sposób efektywnie zabezpieczeni przed niskimi stopami zwrotu z powierzono-ego kapitału. Są to fundusze zdefiniowanej daty, które nie mogą zapewnić uczestnikom dodatkowych dochodów na starość (w przypadku PPK zaledwie przez 10 lat, poczynając od ukończenia 60. roku życia). Emerytura pochodząca z rynku kapitałowego zniknie po wyczerpaniu nagromadzonych środków. Stanie się to w podeszłych latach, kiedy wielu emerytów, wcześniej aktywnych zawodowo, nie będzie już w stanie pracować, w czasie gdy wzrosną ich wydatki na opiekę medyczną i zapotrzebowanie na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz usługi opiekuńcze.

Poszukiwanie kapitału na rozwój polskiej gospodarki na rynku kapitałowym nie jest ani społecznie, ani empirycznie uzasadnione. European Investment Bank (EIB) przeprowadził w 2016 roku, na reprezentatywnej próbie przedsiębiorstw, badanie źródeł finansowania inwestycji. Badanie to wykazało, że w większości krajów europejskich przedsiębiorstwa finansowały inwestycje przede wszystkim ze źródeł wewnętrznych; w Polsce udział środków własnych wynosił ok. 65%, podobnie jak w Czechach, Niemczech czy na Litwie, a przeciętnie w Unii Europejskiej – ok. 60%. Z badania tego wynika również, że dominującą formą finansowania zewnętrznego inwestycji był kredyt bankowy; w Polsce jego udział wynosił ponad 15%, w całej UE – ok. 25%. Ważną rolę w finansowaniu inwestycji ze źródeł zewnętrznych odgrywał leasing, którego udział wyniósł w Polsce ok. 8%, a średnio w Unii Europejskiej – ok. 8-9%. Resztę stanowiły niemal w całości subwencje i dotacje dla przedsiębiorstw w ramach pomocy publicznej. Natomiast skala finansowania inwestycji za pomocą nowo wyemitowanych akcji była marginalna; w Polsce ich udział wyniósł 0,37%, a w całej badanej zbiorowości przedsiębiorstw funkcjonujących na obszarze Unii Europejskiej – 0,43%. Podobnie niewielki udział mają obligacje korporacyjne, a ich rynek ogranicza dodatkowo fakt, że w Polsce tylko kilka największych spółek Skarbu Państwa ma wystarczający potencjał, aby nadać tym walorom charakter inwestycyjny. W tych okolicznościach teza, że rynek kapitałowy (w szczególności giełda papierów wartościowych) może odegrać jakkolwiek pozytywną rolę w finansowaniu inwestycji w realnej sferze gospodarki, jest fałszywa. Odgórne forsowanie projektów zorientowanych na obciążenie wynagrodzeń dodatkową składką emerytalną na różnego rodzaju kapitałowe produkty emerytalne wywołuje efekt tzw. klina płacowego (presji na zwiększenie kosztów robocizny), z wszystkimi negatywnymi konsekwencjami dla przedsiębiorstw i gospodarki narodowej jako całości.

2.6. Uwagi końcowe

Odchodząc w latach 90. minionego wieku od klasycznego systemu emerytalnego na rzecz modelu rentierskiego, nie znaleziono dotąd sposobu trwałej poprawy położenia materialnego milionów polskich emerytów. Ich sytuacja materialna wręcz się pogarsza z roku na rok, mimo waloryzacji świadczeń, różnego rodzaju dodatków i – wspomnianej wcześniej premii – w postaci powszechnej trzynastej i (zależnej od kryterium dochodowego) czternastej transzy wypłat. Zubożenie emerytów jest po części procesem naturalnym i nieuniknionym, bo uwidacznia się tu wpływ inflacji jako procesu sekularnego, który w długim okresie nieuchronnie prowadzi do deprecjacji pieniądza. Waloryzacja czy indeksacja emerytury nie może więc ochronić w pełni początkowej siły nabywczej przyznanego przed wielu laty świadczenia. Jednak główna przyczyna zubożenia polskich emerytów tkwi w algorytmie emerytalnym narzuconym ustawą systemową Polakom urodzonym po 31 grudnia 1948 roku. Wprowadzenie modelu zdefiniowanej składki pozbawiło ich (w zależności od wieku częściowo lub całkowicie) osłonowej części emerytury; uszczerbku tego nigdy nie wyrówna emerytura z rynku kapitałowego².

W większości krajów Unii Europejskiej podstawową formą zabezpieczenia ryzyka starości jest dożywotnia emerytura waloryzowana wskaźnikiem inflacji (bądź wskaźnikiem inflacji i dynamiką przeciętnych wynagrodzeń), najskuteczniej chroniąca świadczeniobiorcę przed ryzykiem braku wystarczających środków w późnym wieku. Inflacja, zmiana struktury cen i zmiana modelu konsumpcji powodują, że prawie nikt nie jest w stanie w okresie aktywności zawodowej zaoszczędzić tyle, żeby po osiągnięciu wieku emerytalnego utrzymać się przez 20 i więcej lat. Ponadto w środowisku realnie niskich (wręcz ujemnych) stóp procentowych trudno liczyć na wysoką stopę zwrotu z zainwestowanego kapitału, nie ponosząc równocześnie bardzo wysokiego ryzyka. Tak więc, nawet gdyby pracownik odkładał większość tego, co zarobi, przez cały okres aktywności zawodowej, nie zdoła zabezpieczyć sobie bytu na starość, bo siła nabywcza zgromadzonych oszczędności obniża się wraz z upływem czasu z powodu różnych czynników, niekiedy w sposób gwałtowny i nieprzewidywalny. W tych okolicznościach „wymuszanie prywatyzacji [emerytur – przyp. aut.] to ekonomiczny

² Relacja wysokości pierwszej przyznanej emerytury do średniego miesięcznego wynagrodzenia w ostatnim roku aktywności zawodowej (czyli stopa zastąpienia), która przed reformą systemową wynosiła ok. 70%, obniża się w tempie po ok. 1% rocznie. Jest to przede wszystkim wpływ wymiany pokoleń, emeryturę zaczynają bowiem pobierać osoby o coraz mniejszym udziale kapitału początkowego w ogólnej kwocie oszczędności emerytalnych. Jeśli system ten pozostanie bez zmian, to polscy emeryci, którzy przeszli na rynek pracy w wieku XXI, będą pariasami. Ostrzega przed tym prognoza OECD na 2060 rok; przy zbliżonym obciążeniu zarobków składką na fundusz emerytalny przeciętna emerytura w relacji do przeciętnego wynagrodzenia będzie w Polsce oscylowała w przedziale 25-30%, co oznacza najniższą w całej Europie stopę zastąpienia, przy relatywnie niezbyt wygórowanych zarobkach. W takiej sytuacji znajdzie się wiele milionów ludzi, których wynagrodzenia wynoszą obecnie średnią krajową lub mniej.

absurd, którego jedynym celem jest przesunięcie kolejnych dziedzin życia ze sfery publicznej, podlegającej demokratycznej kontroli, w prywatne ręce” (Chomsky, 2004).

Bezpieczeństwo socjalne w systemie prawnym Unii Europejskiej jest traktowane jako dobro społeczne, a nie czysto publiczne, a jednak – mimo wciąż jeszcze świeżych, złych doświadczeń z lat 2008-2009 – we wrześniu 2016 roku Komisja Europejska ustąpiła naciskom MFW i (powołując się na priorytety planu Junckera³) opublikowała komunikat zatytułowany: „Unia rynków kapitałowych – przyspieszenie reformy”, w którym znajduje się następująca deklaracja: „Komisja rozważy propozycje prostego, skutecznego i konkurencyjnego unijnego produktu z zakresu indywidualnego zabezpieczenia emerytalnego. Emerytury indywidualne odgrywają ważną rolę w łączeniu oszczędzających w perspektywie długoterminowej z długoterminowymi możliwościami inwestycyjnymi. Emerytury indywidualne mogą pomóc sprostać wyzwaniom demograficznym starzejących się społeczeństw, zmieniających się modeli organizacji pracy wśród pracowników oraz pomóc w zapewnieniu odpowiedniej stopy zastąpienia w przyszłości jako uzupełnienie państwowych lub pracowniczych programów emerytalnych. W wyniku zmniejszenia barier dla transgranicznego świadczenia usług emerytalnych unijny produkt z zakresu indywidualnego zabezpieczenia emerytalnego może zwiększyć konkurencję między podmiotami wypłacającymi emerytury, umożliwić sprzedaż usług na większych rynkach oraz stworzyć korzyści skali dla oszczędzających”. W ślad za tym 29 czerwca 2017 roku pojawił się projekt legislacyjny dotyczący ogólnoeuropejskiego produktu z zakresu indywidualnego zabezpieczenia emerytalnego (OIPE) wraz z zaleceniem w sprawie równego traktowania go pod względem podatkowym z podobnymi produktami krajowymi⁴. Z dniem 20 czerwca 2019 roku weszło w życie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w tej sprawie. „Intencją tego rozporządzenia jest zachęta do długoterminowego oszczędzania środków na emeryturę, w taki sposób, aby przyczynić się do rozwoju paneuropejskiego rynku kapitałowego. Tym, co różni OIPE od analogicznych produktów krajowych jest bowiem możliwość inwestowania transgranicznego, a także możliwość

³ „Unia rynków kapitałowych jest częścią trzeciego filaru planu inwestycyjnego dla Europy i ma zasadnicze znaczenie dla realizacji priorytetu Komisji Junckera polegającego na zwiększeniu zatrudnienia, w tym zatrudnienia ludzi młodych, oraz pobudzeniu wzrostu gospodarczego. Jej celem jest lepsze powiązanie oszczędności z inwestycjami oraz wzmocnienie europejskiego systemu finansowego poprzez zwiększenie udziału sektora prywatnego w podziale ryzyka, co zapewni alternatywne źródła finansowania i zwiększy możliwości dla inwestorów detalicznych i instytucjonalnych. Usuwanie przeszkód dla swobodnego przepływu kapitału ponad granicami przyczyni się do wzmocnienia unii gospodarczej i walutowej poprzez wspieranie konwergencji gospodarczej i łagodzenie wstrząsów gospodarczych w strefie euro i poza nią, co zwiększy odporność gospodarki europejskiej. Jest to szczególnie istotne w obecnej sytuacji gospodarczej” (Komunikat, 2016, s. 2).

⁴ Emerytury indywidualne to produkty oszczędnościowe z zakresu indywidualnego zabezpieczenia emerytalnego, które są uzupełnieniem państwowych lub pracowniczych programów emerytalnych, lecz są od nich odrębne.

przenoszenia kapitału emerytalnego zaangażowanego w ten produkt i dalszego gromadzenia oszczędności w przypadku zmiany kraju zamieszkania” (KPRM, 2022)⁵.

Publiczne fundusze emerytalne nie powinny finansować budowy autostrad, elektrowni jądrowych, portów lotniczych ani wspomagać inwestorów z rynku kapitałowego, a tego typu pomysły pojawiają się w dokumentach rządowych i są gorąco popierane przez część ekonomistów o zdecydowanie liberalnym światopoglądzie. Takimi projektami mogą być żywotnie zainteresowane osoby zamożniejsze, dysponujące wolnymi środkami, które obecnie lokują pieniądze w bankach, nieruchomościach czy na rynku papierów wartościowych. Potrzebna jest jednak atrakcyjna oferta produktowa adresowana wprost do klientów, bez potrzeby angażowania dodatkowych instytucjonalnych pośredników. Niestety, nic nie wskazuje na to, aby polskie państwo, szykowało „skrojone na miarę” kapitałowe programy oszczędnościowe i dożywotnie plany emerytalne.

Literatura

- Allianz Global Wealth Report 2021, Appendix B, Financial assets by country. (2022). Pobrane 19 sierpnia 2022 z file:///C:/Users/HP/OneDrive/Dokumenty/konferencje/2022/2021_10_07_Global-Wealth-Report.pdf
- Ancyparowicz, G. (2010). Wpływ reformy emerytalnej na budżet państwa. W: T. Juja (red.), *Dylematy i wyzwania finansów publicznych. Zeszyty Naukowe*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Ancyparowicz, G. (2014). Przyczyny narastania deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, (802). *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, (65).
- Antonów, K. (2002). Finansowe aspekty ubezpieczeń społecznych. *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, (11).
- Chomsky, N. (2004). *Na lewo od ściany, Noam Chomsky o tym, co dzieje się ze światem*. polityka.pl
- Dekret z 2 lutego 1955 r. o przekazaniu wykonywania ubezpieczeń społecznych związkom zawodowym (Dz. U. z 1955 r. Nr 6, poz. 31)
- Dygas, M. (2003). Paneuropejska emerytura. *Gazeta Ubezpieczeniowa*, 23(218).
- GfK. (2021). *GfK Purchasing Power Europe*. Compendium. Pobrane 6 września 2022 z https://www.gfk.com/hubfs/GeoData/Downloads/EN_GfK_Purchasing_Power_Europe_2021_Compendium.pdf
- GUS. (2022). *Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2020*. Pobrane 15 sierpnia 2022 z <https://stat.gov.pl/>
- Hryniewicz, J. (2011). Wartości, cele i zasady ubezpieczenia społecznego. Perspektywa historyczna i współczesna. W: J. Hryniewicz (red.), *Ubezpieczenie społeczne w Polsce. 10 lat reformowania*. Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW.

⁵ Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 4 grudnia 2023 r. (MP) w sprawie wysokości limitu wpłat dokonywanych na subkonto ogólnoeuropejskiego indywidualnego produktu emerytalnego w roku 2024, wysokość limitu wpłat dokonywanych na subkonto ogólnoeuropejskiego indywidualnego produktu emerytalnego w roku 2024 wynosi 23 472 zł.

- Jach-Męczałka, I. (2015). Organizacja kas chorych w II Rzeczypospolitej. *Hygeia Public Health*, 50(1).
- Kołodko, G. (1993). *Kwadratura pięciokąta. Od załamania gospodarczego do trwałego wzrostu*. Poltext.
- Komisja Europejska – KE. (2018). Distribution Systems of Retail Investment Products across The European Union. Final Report. Pobrane 9 września 2022 z <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/99fab145-06b6-11eb-a511-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-search>
- Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Banku Centralnego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Unia rynków kapitałowych – przyspieszenie reformy. Bruksela, dnia 14.9.2016 r. COM(2016) 601 final, untitled (europa.eu). Pobrane 9 września 2022 z <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017DC0292>
- KPRM. (2022). Projekt ustawy o ogólnoeuropejskich indywidualnych produktach emerytalnych. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. Pobrane 30 sierpnia 2022 z www.gov.pl
- Kurasz, J. (2013). *List otwarty z 24 kwietnia 2013 r. w obronie rynku kapitałowego*. Pobrane 20 kwietnia 2020 z <http://www.parkiet.com/artykul/1317535.html>
- Łaski, K. (2003). O nonsensach polskiej reformy emerytalnej. W: M. Deniszczuk, J. Supińska (red.), *Polska po przejściach. Barometr społeczno-ekonomiczny 2001-2003*. Stowarzyszenie Studiów i Inicjatyw Społecznych.
- Łukasiewicz, D. (2015). Reformy Bismarcka albo rewolucja. Pobrane 31 sierpnia 2022 z <https://www.tygodnikprzeglad.pl/reformy-bismarcka-rewolucja/>
- Maciąg, Z. (1988). *Kształtowanie zasad państwa demokratycznego, prawnego i socjalnego w Niemczech (do 1949 r.)*. Wydawnictwo „Temida”.
- Makarzec, P. (2012). Ubezpieczenia społeczne w II Rzeczypospolitej. *Zeszyty Naukowe WSEI. Seria: Administracja*, (1).
- Malaka, A. (2013). Ustawa scaleniowa – okoliczności jej uchwalenia i znaczenie dla rozwoju ubezpieczenia społecznego. W: *Ubezpieczenie społeczne – dawniej i dziś. W 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- MF. (2019). *Wieloletni plan finansowy Państwa 2019-2022*. Pobrane 7 września 2022 z <https://www.gov.pl/web/finanse/wieloletni-plan-finansowy-panstwa>
- MF. (2022). *Wieloletni plan finansowy Państwa 2022-2025*. Pobrane 7 września 2022 z <https://www.gov.pl/web/finanse/wieloletni-plan-finansowy-panstwa>
- Muszalski, W. (2006). *Ubezpieczenia społeczne. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- NBP. (2019). *Raport o stabilności systemu finansowego*. Warszawa, grudzień.
- OECD. (2021). *Government at a Glance 2021*.
- Oręziak, L. (2019). *Rząd chce sprzedać nasze emerytury banksterom. Mało kto rozumie, jakie to zagrożenie*. Pobrane 15 czerwca 2019 z <https://oko.press/prof-oreziak-rzad-chce-sprzedac-nasze-emeryturybanksterom-malo-kto-rozumie-jakie-to-zagrozenie>
- PFR. (2022). *Comiesięczne zestawienie informacji o oszczędnościach*. Pobrane 12 września 2022 z <https://pfr.pl>
- Praclewski, J. (2018). *Reformy Bismarcka albo rewolucja*. Pobrane 2 sierpnia 2022 z <https://www.tygodnikprzeglad.pl/reformy-bismarcka-rewolucja>
- Projekt ustawy o ogólnoeuropejskich indywidualnych produktach emerytalnych. Pobrane 12 sierpnia 2022 z <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-ogolnoeuropejskich-indywidualnych-produktach-emerytalnych2>
- Rakoniewski, K. (2012a). O zrębach polskiego systemu ubezpieczeń społecznych. Z zaboru pruskiego do odrodzonej Polski. *Z życia ZUS*, (6).

- Rakoniewski, K. (2012b). O zrębach polskiego systemu ubezpieczeń społecznych. Z zaborów austriackiego i rosyjskiego do odrodzonej Polski. *Z życia ZUS*, (9).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1238 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie ogólnoeuropejskiego indywidualnego produktu emerytalnego (Dz. Urz. UE L 198)
- Rozporządzenie Prezydenta RP z 23 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. Nr 78, poz. 676)
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 czerwca 1924 r. w sprawie wykonywania opieki społecznej nad obywatelami polskimi, którzy w żadnej gminie Rzeczypospolitej Polskiej nie mają prawa do opieki trwałej, oraz ponoszenia wynikających stąd kosztów (Dz. U. z 1923 r. Nr 92, poz. 726).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. Nr 95, poz. 855)
- Skwirowski, P. (2019). *Prezes Polskiego Funduszu Rozwoju Paweł Borys: Za pięć dwunasta*. Pobrane 7 września 2022 z <https://www.rp.pl/opinie-ekonomiczne/art1462631-prezes-polskiego-funduszu-rozwoju-pawel-borys-za-piec-dwunasta>
- UKNF. (2022). *Informacja o stanie rynku emerytalnego w Polsce na koniec 2021 roku*. Raporty i opracowania – Komisja Nadzoru Finansowego. Pobrane 28 sierpnia 2022 z knf.gov.pl
- Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2019 r. poz. 289)
- Ustawa z dnia 13 kwietnia 1960 r. o utworzeniu Komitetu Pracy i Płac oraz o zmianach właściwości w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, rent, zaopatrzeń i opieki społecznej (Dz. U. z 1960 r. Nr 20, poz. 119)
- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 1998 r. Nr 137, poz. 887; t.j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 1009)
- Ustawa z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin. (Dz. U. z 1982 r. Nr 40, poz. 267).
- Ustawa z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz. U. z 1982 r. Nr 40, poz. 267)
- Ustawa z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2019 r. poz. 288)
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1818)
- Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1991 r. Nr 7, poz. 24; t.j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 933)
- Ustawa z dnia 20 stycznia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1990 r. Nr 14, poz. 90)
- Ustawa z dnia 24 października 1974 r. o okręgowych sądach pracy i ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 1974 r. Nr 39, poz. 231 i z 1975 r. Nr 16, poz. 91)
- Ustawa z dnia 25 marca 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 75, poz. 398)
- Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. Nr 51, poz. 96 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz. U. z 1997 r. Nr 139, poz. 934)
- Ustawa z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2215)

- Ustawa z dnia 6 grudnia 2013 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1717)
- Zieliński, T. (1994). *Ubezpieczenia społeczne pracowników. Zarys systemu prawnego – część ogólna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- ZUS. (2013). *Ubezpieczenie społeczne – dawniej i dziś. W 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego.
- ZUS. (2018). *Rzeczpospolita Ubezpieczonych*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- ZUS. (2022). *Miesięczna informacja o wybranych świadczeniach pieniężnych*. <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/>
- Żyżyński, J. (2013). OFE – sztuka iluzji. *Nasz Dziennik*, 120(4659), 24 maja.

Rozdział 3

Polski system emerytalny a ubóstwo wśród emerytów

JEL Classification: H55, I32, I38, D31

Teresa H. Bednarczyk

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
e-mail: teresa.bednarczyk@mail.umcs.pl

ORCID: 0000 0002 9340 6864

Cytuj jako: Bednarczyk, T. H. (2023). Polski system emerytalny a ubóstwo wśród emerytów. W: I. Kwiecień i P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce* (s. 56-84). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Streszczenie: Systemy emerytalne na świecie realizują różne cele. Rozdział ten został poświęcony analizie polskiego systemu emerytalnego pod kątem osiągnięcia dwóch celów: dążenia do zapewnienia adekwatności emerytur oraz zapobiegania ubóstwu wśród ludzi starszych. Analizowany problem badawczy nie jest nowy i był już eksplorowany w literaturze przedmiotu, jednak brakuje pogłębionych analiz opartych na aktualnych danych statystycznych. Z poczynionej analizy płynie wniosek, że system emerytalny oparty wyłącznie na formule zdefiniowanej składki nie wystarczy, aby skutecznie przeciwdziałać ubóstwu wśród ludzi starszych. Zreformowany system emerytalny w Polsce znacznie gorzej chroni emerytów, a zwłaszcza przedsiębiorców, przed ubóstwem niż system stary (przed reformą z 1999 roku). Obecnie najważniejszym instrumentem ograniczania ubóstwa wśród emerytów jest gwarantowana emerytura minimalna. Nie jest ona jednak ani świadczeniem powszechnym, ani automatycznym. Z punktu widzenia ograniczania ubóstwa tej grupy społecznej pozytywną rolę odgrywają dopłaty z budżetu państwa zwane trzynastą i czternastą emeryturą. Ich celem jest doraźna poprawa sytuacji finansowej osób najbiedniejszych. Nie jest to jednak rozwiązanie instytucjonalne w ramach systemu emerytalnego. Podstawowym źródłem ryzyka ubóstwa ludzi w wieku poprodukcyjnym stają się niskie dochody z pracy zawodowej oraz długotrwałe przerwy w karierze zawodowej. Innym ważnym problemem jest niska wysokość emerytur pobieranych przez kobiety. Ich emerytury będą raczej niewysokie także w przyszłości, stąd narażenie na ryzyko ubóstwa w okresie starości będzie rosło.

Słowa kluczowe: system emerytalny, ryzyko ubóstwa, adekwatność systemu emerytalnego, stopa zastąpienia

3.1. Wprowadzenie

Systemy emerytalne zostały powołane do realizacji różnych celów, takich jak: wyrównywanie konsumpcji w czasie (alokacja dochodów w cyklu życia), redystrybucja dochodów¹, ochrona przed ubóstwem w wieku poprodukcyjnym czy wspieranie rozwoju gospodarczego (Barr i Diamond, 2006). W ostatnim czasie, z powodu demograficznego starzenia się społeczeństwa i braku zastępowalności pokoleń, systemy emerytalne w wielu krajach mierzą się z ograniczeniami finansowymi. Oczekiwania emerytalne coraz częściej przewyższają zdolności systemów do ich realizacji, co powoduje w pierwszej kolejności wzrost obciążenia osób pracujących, narastanie długu publicznego (jawnego i ukrytego), a w konsekwencji wypychanie innych wydatków publicznych (Góra, 2011). W związku z tym krajowe systemy emerytalne poddawane są różnego rodzaju reformom, przez co zmianom ulega także hierarchia celów, jakie mają realizować.

Nadal jednak za podstawowy cel systemów emerytalnych uznawane jest dążenie do zapewnienia adekwatnych dochodów na finansowanie konsumpcji kolejnych pokoleń emerytów oraz zapobieganie ich ubóstwu w okresie starości. Cel ten wynika zarówno z art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka², jak i z otwartej metody koordynacji (*open method of coordination*) w zakresie systemów emerytalnych w krajach UE³ (Council of the European Union, 2001). Zagrożenie ubóstwem oraz wykluczeniem społecznym osób starszych i niepełnosprawnych stało się przedmiotem szczególnej troski Parlamentu Europejskiego (Ancyparowicz, 2012). Kwestii uprawnień socjalnych obywateli Unii Europejskiej, w tym zagwarantowania minimalnych świadczeń emerytalnych, poświęcone jest także określone orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE (Uścińska, 2011). Wspólną cechą ostatnich reform emerytalnych w takich krajach, jak Niemcy, Łotwa, Słowenia czy Republika Słowacka było zwrócenie szczególnej uwagi na zrównoważony rozwój społeczny i ochronę świadczeń dla emerytów o niskich dochodach (OECD, 2021).

¹ Chodzi tutaj zarówno o redystrybucję międzypokoleniową – od ludzi pracujących do ludzi niepracujących ze względu na wiek, jak i redystrybucję wewnątrzpokoleniową – od ludzi zamożniejszych do ludzi biedniejszych, od opłacających składki emerytalne i podatki do nieopłacających (np. kobiet wychowujących dzieci).

² „Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to (...) prawo do ubezpieczenia na wypadek starości” (Powszechna Deklaracja..., 1948).

³ Komisja Europejska stoi na stanowisku, że osoby starsze nie powinny być zagrożone ubóstwem. Powinny mieć zapewniony godziwy standard życia, uczestniczyć w ekonomicznym dobrobycie swojego kraju i w związku z tym aktywnie uczestniczyć w życiu publicznym, społecznym i kulturalnym. Rząd każdego państwa członkowskiego UE powinien zapewnić wszystkim obywatelom dostęp do odpowiednich systemów emerytalnych, publicznych lub prywatnych, które umożliwią im zdobycie uprawnień emerytalnych pozwalających im na utrzymanie w rozsądnym stopniu standardu życia po przejściu na emeryturę (Council of the European Union, 2001).

W Polsce reforma emerytalna zapoczątkowana w 1999 roku w sposób radykalny zmieniła zasady funkcjonowania systemu. Reformatorzy podjęli próbę rozdzielenia dwóch funkcji, jakie realizował łącznie stary system emerytalny, czyli funkcji alokacji dochodów w cyklu życia oraz wewnątrzpokoleniowej redystrybucji dochodów. Uznano bowiem, że rozdzielenie tych celów będzie społecznie i ekonomicznie bardziej efektywne. W gestii systemu emerytalnego pozostawiono tylko cel pierwszy (alokacja dochodów w cyklu życia), natomiast cel drugi (redystrybucja dochodów) postanowiono realizować w ramach szeroko rozumianej polityki społecznej (Góra, 2011). Wprowadzenie tego typu rozwiązań należy odczytywać jako sygnał przerwania większej odpowiedzialności za zapewnienie godziwych warunków życia na emeryturze na samych zainteresowanych.

Alokacja dochodów w cyklu życia realizowana jest w ramach trójfilarowego systemu emerytalnego. Ma on charakter mieszany (repartycyjno-kapitałowy). Drugim ważnym komponentem reformy jest zmiana w naliczaniu świadczeń emerytalnych. W miejsce formuły zdefiniowanego świadczenia (*defined benefit*, DB) wprowadzono formułę zdefiniowanej składki (*defined contribution*, DC) zarówno w części repartycyjnej, jak i w części kapitałowej, przy jednoczesnym wydłużeniu oficjalnego wieku emerytalnego do 67 lat zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Zmiana formuły emerytalnej systemu z DB na DC⁴ niesie ze sobą wiele konsekwencji. Z jednej strony realizuje zasadę ekwiwalentności składek i świadczeń, która wychodzi naprzeciw problemom starzenia się społeczeństwa, motywuje ludzi do dłuższej aktywności zawodowej oraz demotywuje do pracy w szarej strefie. Z drugiej zaś strony – całkowicie uzależnia wysokość przyszłych świadczeń emerytalnych od wysokości wniesionych składek (*de facto* wysokości zarobków w okresie aktywności zawodowej), stawia w trudnym położeniu pracowników mających z różnych powodów niskie dochody czy długie przerwy w pracy. Dotyczy to przede wszystkim kobiet, które otrzymują w większości niższe niż mężczyźni zarobki z pracy i mają krótszy okres aktywności zawodowej, wynikający zarówno z niższego wieku emerytalnego, jak i z częstszych obowiązków opiekuńczych.

⁴ W kontekście ubezpieczeń emerytalnych formuły DB i DC przedstawiają różne strategie zabezpieczania środków na emeryturę. W formule DB wysokość świadczenia emerytalnego nie jest zbilansowana aktuarialnie, lecz wynika z przyjętych parametrów, takich jak np. staż pracy, wysokość wynagrodzenia, długość okresów składkowych i nieskładkowych. Naturalną konsekwencją braku zrównoważenia przychodów składkowych i wysokości świadczeń emerytalnych jest korekta po stronie aktywów (składek), czyli w dłuższej perspektywie czasowej podwyższania składek. W formule DC wartość świadczenia emerytalnego zależy bezpośrednio od kwoty składek zaewidencjonowanych (i zwaloryzowanych) na indywidualnych kontach emerytalnych oraz od oczekiwanej długości dalszego trwania życia emeryta w momencie rozpoczęcia wypłaty świadczeń. A zatem w przypadku braku zbilansowania korekta następuje po stronie pasywów (świadczeń) i polega na automatycznym obniżaniu świadczeń emerytalnych. W Polsce formuła zdefiniowanego świadczenia (DB) została zachowana tylko dla tzw. starego portfela emerytów (dla osób urodzonych przed 1949 rokiem).

Ten rozdział został poświęcony analizie polskiego systemu emerytalnego pod kątem kluczowej funkcji, jaką powinien on realizować, czyli dążenia do zapewnienia adekwatności emerytur oraz zapobiegania ubóstwu wśród wszystkich ludzi starszych. Głównym celem opracowania jest próba odpowiedzi na pytanie, czy zreformowany system emerytalny zapewnia wystarczającą adekwatność emerytur w kontekście ochrony przed ubóstwem dochodowym. Weryfikacji poddano następującą hipotezę badawczą: obowiązujące aktualnie w Polsce rozwiązania instytucjonalne nie zapewniają wystarczającej adekwatności emerytur i nie zapewniają ochrony przed ubóstwem dla wszystkich emerytów.

Analizowany problem badawczy nie jest nowy. Był wcześniej poruszany w literaturze przedmiotu (m.in. Bednarczyk, 2018; Bukowska i in., 2011; Szczepański, 2015), jednak brakuje pogłębionych analiz opartych na aktualnych danych statystycznych. W niniejszym opracowaniu starano się tę lukę chociaż częściowo wypełnić. Wykorzystane metody badawcze to studia literatury oraz analiza empiryczna oficjalnych danych statystycznych.

3.2. Rozwiązania instytucjonalne chroniące emerytów przed ubóstwem w krajach OECD

Ubóstwo materialne osób starszych to niezwykle ważny problem, kojarzony w świadomości społecznej z biedą oraz niedostatkiem. Ubóstwo materialne oznacza, że dochody bieżące nie wystarczają na zaspokajanie wszystkich potrzeb życiowych, takich jak: potrzeby bytowe, właściwa opieka lekarska, pożądany sposób spędzania wolnego czasu, uczestniczenie w różnych formach życia kulturalnego, kontakty międzyludzkie czy dostęp do edukacji (Cęcelek, 2019). Wraz z upływem lat i pogarszającym się stanem zdrowia oraz sprawności psychomotorycznej maleje zdolność osób starszych do podejmowania aktywnych działań zmierzających do poprawy swojej sytuacji materialnej. Często te osoby żyją samotnie, co pogłębia jeszcze ich problemy finansowe. Ludzie w starszym wieku mają określone specyficzne potrzeby, takie jak: opieka zdrowotna adekwatna do wieku, odpowiednia opieka pielęgnacyjna, różne formy korzystania z pomocy osób trzecich, zgłaszają także popyt na budownictwo senioralne (Dąbrowska i in., 2019). Za główną przyczynę ubóstwa osób starszych uważa się niski poziom dochodów emerytalnych oraz brak wystarczających oszczędności i nagromadzonego majątku.

We wszystkich krajach OECD funkcjonują różne rozwiązania instytucjonalne chroniące emerytów przed ubóstwem⁵. Łączy je to, że państwo odgrywa w nich

⁵ Wyjątkiem są tylko cztery kraje: USA, Australia, Finlandia i Niemcy, chociaż w Niemczech od 1 stycznia 2021 roku wprowadzono dodatek emerytalny (*Grundrente*), wypłacany automatycznie osobom, których emerytura aktualnie wynosi mniej niż 1250 EUR (osoby samotne) lub 1950 EUR (pary i małżeństwa).

kluczową rolę i stara się zagwarantować emerytom przynajmniej przyjęty w danym kraju za minimalny poziom świadczeń. Natomiast docelowy standard życia, porównywalny z osiąganym w trakcie pracy zawodowej, emeryci mają szansę osiągać dopiero dzięki gromadzeniu prywatnych oszczędności emerytalnych. Gromadzenie tych oszczędności jest wspierane przez państwo poprzez różnego rodzaju zachęty i preferencje podatkowe. Przyszli emeryci mogą uczestniczyć w programach emerytalnych organizowanych, a niekiedy współfinansowanych, przez pracodawców (pracownicze programy emerytalne zwane II filarem emerytalnym). Mogą się także wykazywać indywidualną zapobiegliwość i gromadzić dodatkowe oszczędności emerytalne w dedykowanych im indywidualnych programach emerytalnych (III filar) lub poza nimi, wprost na rynku finansowym w ramach inwestycji tradycyjnych bądź alternatywnych.

Zapewnianie przez państwo minimalnego standardu życia dokonywane jest poprzez dwojakiego rodzaju rozwiązania instytucjonalne: emerytury podstawowe (*basic pensions*) oraz emerytury minimalne (*minimum pensions*). Emerytury podstawowe, zwane filarem zerowym, mają charakter państwowej emerytury powszechnej, finansowanej zazwyczaj z podatków. Są przejawem realizacji zaopatrzeniowego modelu zabezpieczenia emerytalnego. Wysokość emerytury podstawowej ma charakter jednolity (*flat-rate*) dla wszystkich osób uprawnionych w danym kraju. Uprawnienie do świadczeń wynika zwykle z dwóch kryteriów: ustawowego wieku emerytalnego i rezydencji w danym kraju (*residence-based* – tzw. emerytury obywatelskie)⁶ lub wieku emerytalnego i liczby przepracowanych lat bądź okresów składkowych⁷. Wysokość emerytur podstawowych opartych na rezydencji (obywatelskich) kształtuje się średnio na poziomie ok. 20% wynagrodzenia brutto obecnych pracujących. Wysokość emerytur podstawowych opartych na składkach jest nieco niższa. Pełna emerytura podstawowa kształtuje się w granicach ok. 14% średniego wynagrodzenia brutto w danym kraju. Aby ją uzyskać, wymagany jest okres składkowy, w różnych krajach inny, średnio 34 lata (pełna emerytura podstawowa), minimum 13 lat (emerytura częściowa) (OECD, 2021, s. 124). Oprócz emerytur podstawowych osoby, które pracowały i odprowadzały składki do publicznego systemu emerytalnego (I filar), pobierają także emerytury powiązane z wysokością płaconej składki, a pośrednio z wysokością generowanych zarobków.

Dotyczy to osób, które w okresie aktywności zawodowej zarabiały poniżej średniego wynagrodzenia w gospodarce. Z częściowego wsparcia mogą korzystać osoby, które były ubezpieczone przez co najmniej 33 lata, natomiast pełne świadczenie jest dla ubezpieczonych przez 35 lat (OECD, 2021, s. 124 i nast.).

⁶ Emerytury podstawowe oparte na zasadzie rezydencji funkcjonują w takich krajach, jak: Dania, Grecja, Islandia, Holandia, Norwegia, a także Kanada, Izrael, Nowa Zelandia Meksyk (OECD, 2021, s. 123).

⁷ Emerytury podstawowe oparte na składkach funkcjonują w takich krajach, jak: Estonia, Republika Czeska, Irlandia, Japonia, Korea Płd., Litwa, Luksemburg, Wielka Brytania, Argentyna, Rosja (OECD, 2021, s. 123).

Emerytury minimalne funkcjonują w krajach, które realizują ubezpieczeniowy model zabezpieczenia emerytalnego. Najważniejszą cechą modelu ubezpieczeniowego jest uzależnienie uprawnień emerytalnych od przebiegu kariery zawodowej i stażu ubezpieczeniowego. Dożywotnie świadczenia emerytalne gwarantowane przez państwo realizowane są na zasadzie repartycyjnej (*pay-as-you go*) i oparte głównie na formule *defined benefit* – DB⁸, która uwzględnia dwa komponenty: część socjalną oraz część indywidualną – określony poziom zarobków z wybranych lat. Oznacza to, że wysokość tych świadczeń jest częściowo powiązana z aktywnością zawodową i zarobkową, a częściowo dotowana przez państwo ze środków publicznych. Przy tych zasadach naliczania świadczeń ryzyko ubóstwa zostaje znacznie ograniczone, chociaż mechanizm tego ograniczania wiąże się z dużym zakresem redystrybucji dochodów i spłaszczania emerytur. Najbardziej na tym korzystają osoby, które otrzymywały w okresie aktywności zawodowej relatywnie niskie dochody z pracy. Formuła DB nie jest natomiast korzystna dla osób o wysokich zarobkach.

W nielicznych krajach UE, takich jak: Łotwa (od 1996 r.), Szwecja i Polska (od 1999 r.), Norwegia (od 2011 r.), Włochy (od 2012 r.) oraz Grecja (od 2012 r. jako formuła pomocnicza obok emerytury *flat-rate*), świadczenia emerytalne realizowane są na zasadzie repartycyjnej, ale według formuły zdefiniowanej składki (*non-financial defined contribution principle* – NDC) (Góra i Palmer, 2004). Formuła ta powoduje, że świadczenie emerytalne jest funkcją wpłaconych składek, a zatem jest całkowicie uzależnione od stażu pracy i wysokości wcześniej wniesionych składek (kapitału emerytalnego) oraz od oczekiwanego okresu pobierania świadczeń (oczekiwanej długości życia na emeryturze). Oznacza to także, że wysokość świadczenia emerytalnego nie jest z góry określona (znana), staje się jedynie zbliżona do struktury wynagrodzeń. W ostatnich latach w kilku krajach UE⁹ wprowadzono tzw. systemy punktowe (*point systems*). Punkty emerytalne są przyznawane na podstawie zarobków rocznych. Przykładowo w Niemczech za każdy rok przepracowany i osiągnięty przeciętnych zarobkach rocznych na poziomie średniej krajowej przyznawany jest jeden punkt emerytalny. Zarobki wyższe niż średnia krajowa przysparzają odpowiednio więcej punktów. Systemy punktowe są zatem zbliżone do systemów opartych na formule NDC, ponieważ końcowe świadczenie emerytalne jest w rezultacie uzależnione od dochodów indywidualnych w okresie aktywności zawodowej.

Emerytury minimalne funkcjonują w co najmniej połowie krajów OECD. Aby uzyskać prawo do emerytury minimalnej, wymagany jest okres składkowy, w różnych krajach inny (w krajach OECD średnio 29 lat). Emerytury minimalne są na nieco

⁸ Formuła DB występuje w systemach emerytalnych takich krajów UE, jak: Belgia, Bułgaria, Republika Czeska, Hiszpania, Luksemburg, Węgry, Austria, Portugalia, Słowenia, Finlandia oraz częściowo w Grecji (European Commission, 2021c).

⁹ Są to: Niemcy, Estonia, Chorwacja, Cypr, Litwa, Rumunia, Słowacja oraz Francja (jako uzupełnienie formuły DB) – zob. (European Commission, 2021c).

wyższym poziomie niż emerytury podstawowe. W krajach OECD stanowią one średnio 27% przeciętnego wynagrodzenia brutto (OECD, 2021). Warto wspomnieć, że w każdym kraju emeryci mają szansę gromadzić prywatne oszczędności emerytalne i uzupełniać później swoje świadczenia emerytalne z kapitału zgromadzonego w pracowniczych programach emerytalnych (II filar) lub w ramach indywidualnych planów emerytalnych (III filar).

Należy podkreślić, że zarówno w systemie zaopatrzeniowym, jak i ubezpieczeniowym rozwiązania instytucjonalne są w większym lub mniejszym stopniu wspomagane poprzez specjalne programy pomocy społecznej (*social assistance plans*) adresowane do ludzi starszych. Są to doraźne działania pomocowe, czyli ukierunkowane plany emerytalne (*targeted retirement plans*). Są one skierowane do wszystkich osób starszych, które nie nabyły uprawnień do emerytury podstawowej lub minimalnej lub też z innych powodów nie mają wystarczających środków do życia. Plany te przybierają formę różnego rodzaju zapomóg, które należą się osobom (gospodarstwom domowym) po spełnieniu określonych kryteriów dochodowych, a także innych kryteriów, takich jak np. określony czas zamieszkania w kraju czy bardzo niska (lub zerowa) wartość posiadanego majątku (OECD, 2021, s. 122).

3.3. System emerytalny w Polsce oraz rozwiązania instytucjonalne mające na celu ochronę emerytów przed ubóstwem

Poważnym wyzwaniem dla polskiego systemu emerytalnego stały się problemy związane z demograficznym starzeniem się społeczeństwa i rosnącym deficytem finansów emerytalnych. W 1999 roku przeprowadzono w Polsce radykalną, systemową reformę emerytalną, w efekcie której w miejsce jednoelementowego repartycyjnego systemu ubezpieczeń emerytalnych o zdefiniowanym świadczeniu utworzono trzyfilarowy system emerytalny o zdefiniowanej składce, finansowany w sposób mieszany (repartycyjno-kapitałowy). Reforma emerytalna spowodowała ograniczenie do minimum redystrybucji międzypokoleniowej dochodów na rzecz bezpośredniego powiązania składek i świadczeń emerytalnych. W rezultacie osoby pracujące w Polsce mają trzy możliwe źródła czerpania dochodów w okresie starości, zwane powszechnie filarami emerytalnymi.

Filar pierwszy to świadczenia emerytalne dożywotnie, gwarantowane przez państwo, oparte na powszechnym systemie ubezpieczeniowym. Świadczenia te mają charakter bazowy, to oznacza, że są traktowane jako podstawowe źródło dochodów emerytalnych. Organizacją pierwszego filara (ewidencja składek, wypłata świadczeń) zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Oprócz pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, którzy stanowią największą grupę, systemem tym objęci są także: zleceniobiorcy, osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność go-

spodarczą, twórcy, artyści, duchowni¹⁰. Filar pierwszy opiera się na obowiązkowych składkach emerytalnych – 19,52% podstawy, którą jest wynagrodzenie brutto lub zadeklarowany dochód (dotyczy przedsiębiorców). Połowa (9,76% podstawy) obciąża pracownika (pomniejsza kwotę brutto jego wynagrodzenia), druga połowa (9,76% wynagrodzenia brutto) jest finansowana przez pracodawcę (dodatkowy koszt płacowy dla pracodawcy). Przekazane przez płatnika (pracodawcę) składki są ewidencjonowane na imiennych kontach emerytalnych ubezpieczonych, prowadzonych przez ZUS, zanim zostaną skierowane na finansowanie świadczeń emerytalnych obecnych emerytów (metoda repartycyjna *pay-as-you-go*).

Uzupełnieniem filara pierwszego są otwarte fundusze emerytalne (OFE), zarządzane przez powszechne towarzystwa emerytalne (PTE). Zwane są drugim filarem emerytalnym, będącym kapitałowym elementem systemu emerytalnego. Początkowo uczestnictwo w OFE było obowiązkowe, od 2014 roku jest dobrowolne. OFE są zasilane z części obowiązkowej składki przekazywanej przez ZUS (obecnie 2,92% podstawy). Pieniądze zgromadzone na rachunku w OFE są następnie zamieniane na jednostki rozrachunkowe, zapisywane na indywidualnym rachunku posiadacza OFE oraz inwestowane na rynku kapitałowym na ryzyko i rachunek posiadacza. Stopa zwrotu OFE nie jest gwarantowana, zależy bowiem od stopy zwrotu z inwestycji tych składek na rynku finansowym – m.in. na giełdzie papierów wartościowych.

W obecnie obowiązującym systemie emerytalnym każdy ubezpieczony ma dwa wirtualne konta emerytalne prowadzone przez ZUS (konto i subkonto), na którym rejestrowana jest wartość jego składek w całym okresie aktywności zawodowej. Na koncie emerytalnym w ZUS-ie są zapisywane składki przekazywane przez płatników w wysokości 12,22% podstawy. Zaewidencjonowane na tym koncie składki nie są dziedziczone. Natomiast na subkoncie emerytalnym w ZUS-ie, które podlega dziedziczeniu, są zapisywane składki w wysokości 4,38% podstawy (jeśli dana osoba podjęła decyzję o odprowadzaniu składek do OFE) lub 7,3% podstawy (jeśli dana osoba nie odprowadza składek do OFE). Na subkoncie są zapisywane także środki przeniesione z OFE do ZUS-u jako tzw. suwak bezpieczeństwa oraz środki przeniesione z OFE w ramach reformy emerytalnej z 2014 roku (Nowicki, 2014).

Ubezpieczeni, którzy nabyli prawa emerytalne przed 1999 rokiem, mają naliczony tzw. kapitał początkowy¹¹. Począwszy od 1999 roku, wartość naliczonego kapitału

¹⁰ W Polsce funkcjonuje oddzielny system emerytalny dla rolników, administrowany przez KRUS, a także odrębny system zaopatrzenia społecznego funkcjonariuszy służb mundurowych, czyli żołnierzy, pracowników Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin. Funkcjonuje także odrębny system zabezpieczenia społecznego sędziów i prokuratorów.

¹¹ Do końca 1998 roku nie było indywidualnych kont w ZUS-ie, istniał tylko wspólny fundusz ubezpieczeniowy. Dlatego dla osób urodzonych po 1948 roku, które pracowały przed 1999 rokiem, ZUS oblicza

początkowego oraz środków finansowych zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie ubezpieczonego prowadzonym przez ZUS podlega corocznej waloryzacji wskaźnikiem uzależnionym od inflacji oraz wzrostu płac i liczby ubezpieczonych w roku poprzednim¹². Z kolei waloryzacja środków zgromadzonych na subkoncie w ZUS-ie jest indeksowana w powiązaniu ze wskaźnikiem średniego wzrostu nominalnego PKB w ostatnich pięciu latach¹³. Zapisy na tych dwóch kontach odzwierciedlają wartość przyszłych uprawnień emerytalnych. ZUS nalicza i wypłaca świadczenia emerytalne z obu filarów, a ich wysokość wynika z podzielenia wartości rachunków emerytalnych przez oczekiwaną długość życia w wieku emerytalnym danego rocznika emerytów.

Filar trzeci w Polsce jest mocno rozbudowany. Ma on charakter prywatny, uzupełniający filary bazowe (I i II). Jedną możliwością to gromadzenie dobrowolnych oszczędności emerytalnych z aktywnym udziałem pracodawców (PPE) oraz pracodawców i Skarbu Państwa (PPK). Drugą możliwością to dobrowolne gromadzenie oszczędności w systemie indywidualnych kont emerytalnych (IKE i IKZE) lub poza nimi, np. w formie inwestycji finansowych i/lub rzeczowych.

Jak wynika z obowiązujących przepisów prawnych¹⁴, najważniejszym rozwiązaniem systemowym mającym zapewnić ochronę emerytów przed ubóstwem jest **minimalna emerytura gwarantowana**. Jest ona swego rodzaju odstępstwem od zasady zdefiniowanej składki. Minimalna emerytura gwarantowana jest przyznawana wtedy, kiedy ubezpieczony nie zdoła zgromadzić odpowiednich uprawnień emerytalnych w ciągu swojego całego życia zawodowego. Jednak warunkiem jej uzyskania jest określony staż ubezpieczeniowy (mężczyzna 25 lat, a kobieta 20 lat okresu składkowego i nieskładkowego). Wówczas, kiedy wyliczona przez ZUS emerytura jest niższa niż wartość emerytury minimalnej obowiązującej w danym roku, zostaje ona uzupełniona środkami pochodzącymi z budżetu państwa do wysokości emerytury minimalnej. Jeżeli ubezpieczony nie spełnia warunku dotyczącego wymaganego stażu ubezpieczeniowego, nie może liczyć na dofinansowanie z budżetu państwa. W takim przypadku wysokość jego emerytury będzie proporcjonalna do jego indywidualnego wkładu do systemu emerytalnego¹⁵, nawet wtedy, kiedy będzie niższa niż wartość emerytury obowiązującej w danym roku jako minimalna. Taka konstrukcja systemu emerytalnego jest celowa, ma bowiem motywować pracowników do jak najdłuższej aktywności zawodowej i w efekcie do podniesienia efektywnego wieku emerytalnego.

tw. kapitał początkowy, czyli „wkład do systemu emerytalnego” (obliczany na podstawie stażu pracy i zarobków danej osoby w okresie do 1999 roku).

¹² Zobacz (Ustawa z dnia 17 grudnia 1998...). Wskaźnik waloryzacji składek za 2020 rok wyniósł 105,41%; za 2021 rok wskaźnik ten wyniósł 109,33%.

¹³ Wskaźnik waloryzacji składek na subkoncie za 2020 rok wyniósł 105,23%; za 2021 rok wskaźnik ten wyniósł 107,07%.

¹⁴ Zobacz (Ustawa z dnia 17 grudnia 1998...).

¹⁵ Wysokość emerytury będzie wynikać z podzielenia wartości zaewidencjonowanych składek (kapitału) na koncie emerytalnym w ZUS-ie przez oczekiwane dalsze trwanie życia po przejściu na emeryturę.

3.4. Adekwatność świadczeń emerytalnych w kontekście ochrony przed ubóstwem dochodowym

Termin „adekwatny” oznacza według słownika języka polskiego zgodny z czymś, dokładnie odpowiadający czemuś (*Słownik...*, b.d.). Adekwatność świadczeń emerytalnych (*adequacy*) w najbardziej ogólnym ujęciu oznacza zgodność między wysokością otrzymywanych świadczeń emerytalnych a społecznymi oczekiwaniami co do tej wysokości.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się adekwatność świadczeń emerytalnych (ujęcie mikro) oraz adekwatność systemów emerytalnych (ujęcie makro) (Hagemejer, 2017). Definicję adekwatności w ujęciu makro przedstawiono m.in. w otwartej metodzie koordynacji (*Open Method of Coordination – OMC*) w zakresie systemów emerytalnych krajów Unii Europejskiej. System emerytalny jest adekwatny wtedy, kiedy (European Commission, 2003):

- zapobiega społecznemu wykluczeniu, w tym zapobiega ubóstwu wśród ludzi starszych, umożliwia im udział w korzystaniu z dobrobytu społeczno-ekonomicznego kraju oraz w życiu publicznym i kulturalnym,
- umożliwia utrzymanie standardu życia poprzez dostępność publicznego i prywatnego systemu zabezpieczenia emerytalnego,
- promuje solidarność pomiędzy pokoleniami oraz w grupie ludzi starszych poprzez zwrócenie uwagi na nierówności w starzejących się populacjach.

F. Chybalski (2016, s. 24-25) rozważa adekwatność dochodową w trzech aspektach:

- jako ochrona przed ubóstwem,
- jako wyrównywanie dochodów w cyklu życia (porównanie wielkości konsumpcji z okresu aktywności zawodowej oraz tej, która pojawia się w okresie emerytalnym),
- jako równość ze względu na płeć (sprawdzenie, czy między kobietami a mężczyznami występują niepożądane dysproporcje dotyczące ochrony przed ubóstwem i wygładzania konsumpcji w cyklu życia).

Adekwatność świadczeń emerytalnych w ujęciu mikro jest niewątpliwie najważniejsza z punktu widzenia interesów pojedynczych uczestników systemu emerytalnego. Pozwala bowiem ocenić, w jakim stopniu utracony dochód z pracy jest kompensowany przez świadczenia emerytalne. W badaniach naukowych nad adekwatnością emerytur spotkać można dwa zasadnicze podejścia: dochodowe oraz konsumpcyjne. Podejście dochodowe opiera się na pomiarze dochodu emerytalnego w relacji do zarobków w trakcie aktywności zawodowej. W podejściu konsumpcyjnym miarą adekwatności jest poziom wydatków gospodarstw domowych emerytów (Jedynak, 2017). W podejściu dochodowym wykorzystuje się przede wszystkim tzw. indywidualną stopę zastąpienia, która odzwierciedla rzeczywistą relację procentową wysoko-

ści świadczenia otrzymanego przez emeryta do wysokości jego ostatniego dochodu z pracy. **Indywidualna stopa zastąpienia** może być wyliczana w wartościach brutto (przed opodatkowaniem świadczeń i dochodu) lub w wartościach netto (po opodatkowaniu). W literaturze znana jest również tzw. **teoretyczna stopa zastąpienia**, która dotyczy wartości świadczeń oczekiwanych, kalkulowanych na podstawie zakładanej ścieżki kariery zawodowej hipotetycznego pracownika. Adekwatność dochodową świadczeń emerytalnych ilustruje również tzw. **systemowa stopa zastąpienia**, która przedstawia procentową relację wysokości danego świadczenia emerytalnego do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej (Bednarczyk i in., 2019, s. 69).

Komisja Europejska w swoich analizach stosuje **zagregowaną stopę zastąpienia** (*Aggregate Replacement Ratio* – ARR), która opiera się na porównaniu mediany indywidualnych dochodów emerytalnych brutto ludności w wieku 65-74 lata do mediany indywidualnych dochodów brutto z pracy ludności w wieku 50-59 lat, z wyłączeniem innych świadczeń społecznych (European Commission, 2021a). Wskaźnik ten ma na celu uchwycenie różnicy dochodów między późną karierą zawodową a wczesnymi latami pobierania emerytury. W 2021 roku średnia wartość ARR dla UE-27 wyniosła 58%, ze znacznymi różnicami między krajami. Wskaźnik ARR dla Polski oscylował wokół średniego wskaźnika dla UE-27 i wynosił 59% (Eurostat, 2021).

W literaturze przyjmuje się, że podtrzymanie poziomu życia z okresu przed emeryturą jest możliwe przy indywidualnej rzeczywistej stopie zastąpienia w wysokości co najmniej 60-70% (Bielawska, 2016; Czepulis-Rutkowska, 2000). Z Konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) o minimalnych normach zabezpieczenia społecznego, którą Polska ratyfikowała w 2004 roku, wynika, że minimalne wymogi adekwatności systemu emerytalnego to stopa zastąpienia wynagrodzenia pracownika niewykwalifikowanego na poziomie co najmniej 40%. Natomiast według Konwencji nr 128 MOP – co najmniej 50%. Wówczas emerytura zapewnia pokrycie podstawowych potrzeb (Uścińska, 2005, s. 183).

GUS wylicza tzw. **przeciętną stopę zastąpienia** jako relację procentową wysokości przeciętnej miesięcznej emerytury brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych i przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, pomniejszonego o składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne. W latach 2011-2021 tak wyliczona stopa zastąpienia oscylowała wokół 60%. Jednak począwszy od 2015 roku, wykazuje stałą tendencję malejącą. W 2021 roku przeciętna stopa zastąpienia wyniosła 55% (GUS, 2022a).

Stopa zastąpienia brutto, liczona jako relacja przeciętnej wysokości emerytury nowo przyznanej przez ZUS do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce, bez odliczania składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, jest o ok. 5 pkt procentowych niższa i wykazuje tendencję malejącą (tab. 3.1). Oznacza to, że stopa zastąpienia w Polsce zbliża się do poziomu granicznego, uznawanego przez Międzynarodową Organizację Pracy za minimalny. Świadczy to również o tym, że szybciej rosną wy-

Tabela 3.1. Adekwatność nowo przyznanych emerytur w Polsce w latach 2010–2021 według starych i nowych zasad

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Liczba emerytur nowych (w tys.):	102,4	120,1	104,4	158,2	224,5	229,4	416,9	354,6	302,3	293,1	293,9
• według starych zasad	36,2	38,5	32,9	26,1	16,2	13,2	12,6	11,6	7,1	5,2	4,2
• według nowych zasad	66,2	81,6	71,5	132,1	208,3	216,2	404,3	343,0	295,2	287,9	289,7
Przeciętna emerytura brutto (w zł):	2036,26	2059,31	2228,75	2174,63	2154,62	2167,11	2156,90	2185,87	2338,38	2615,87	2813,40
• według starych zasad	2660,55	2759,89	3036,82	3182,4	3665,68	3982,63	4071,57	4221,61	4827,75	5462,90	5823,47
• według nowych zasad	1694,84	1728,59	1856,51	1975,53	2037,29	2055,99	2097,08	2116,86	2278,24	2564,54	2769,73
Stopa zastąpienia brutto* (w %)	59,90	58,48	61,06	57,48	55,25	53,55	50,50	47,67	47,55	50,62	49,5
• według starych zasad	78,26	78,37	83,20	84,11	94,00	98,40	95,32	92,07	98,16	105,72	102,4
• według nowych zasad	50,35	48,60	46,89	45,24	43,89	42,29	49,09	46,17	46,32	49,62	48,7
Różnica w stopach zastąpienia według nowych i starych zasad (w pkt %)	-27,91	-29,77	-36,31	-38,87	-50,11	-56,11	-46,23	-45,90	-51,84	-56,10	-53,7
Stopa zastąpienia liczona przez GUS (w %)	62,0	62,9	64,0	64,0	63,7	62,3	60,4	58,0	56,4	56,4	55
Przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej ogłaszane przez GUS (w zł)	3399,52	3521,67	3650,06	3783,46	3899,78	4047,21	4271,51	4585,03	4918,17	5167,47	5682,97

* Jest to relacja przeciętnej nowo przyznanej emerytury brutto do przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej, ogłaszanego przez GUS.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych (GUS, 2022a; GUS, 2022b; ZUS, 2020).

grodzienia w gospodarce niż nowo przyznawane emerytury, a adekwatność emerytur każdego nowego rocznika wyraźnie się pogarsza.

Spadek stopy zastąpienia wynika z wielu powodów. Polski system emerytalny znajduje się ciągle jeszcze w fazie przejściowej. Nowo przyznawane emerytury dla osób, które urodziły się przed 1949 rokiem, są naliczane według starych zasad (ich liczba maleje), a dla osób urodzonych po 1948 roku – na zasadach nowych. Wysokość przeciętnej emerytury przyznawanej według starych zasad jest dużo wyższa w porównaniu z przeciętną emeryturą przyznawaną według nowych zasad. W całym okresie 2011-2021 stopa zastąpienia brutto dla starego portfela była prawie dwukrotnie wyższa niż dla portfela nowego (tab. 3.1). Ten obraz może być w pewnym stopniu zniekształcony, ponieważ, jak wyjaśnia ZUS, na wysokość nowo przyznanych emerytur według starych zasad coraz większy wpływ mają uprzywilejowane emerytury górnicze. Natomiast przeciętna wysokość nowo przyznanych emerytur według starych zasad bez emerytur górniczych była sporo niższa – w 2019 roku wyniosła 3676,61 zł; w 2020 roku – 4001,94 zł; a w 2021 roku – 4080,97 zł (ZUS, 2022b, s. 29). Mimo to stopa zastąpienia nowo przyznanych emerytur według starych zasad, nawet z pominięciem emerytur górniczych, była nadal dużo wyższa niż stopa zastąpienia nowo przyznanych emerytur według zasad nowych i wynosiła odpowiednio: w 2019 roku – 74,75% (wyższa o 28,4 p.p.); w 2020 roku – 77,44% (wyższa o 27,82 p.p.); w 2021 roku – 71,80% (wyższa o 23,1 p.p.). Świadczy to o tym, że wewnątrzpokoleniowa redystrybucja dochodów w starym systemie, dzięki komponentowi socjalnemu, faworyzuje nisko zarabiających i chroni ich jednocześnie przed ubóstwem.

Biorąc pod uwagę, że liczba nowo przyznawanych emerytur według starych zasad spada przy systematycznym wzroście nowo udzielanych emerytur z systemu zreformowanego, można przypuszczać z dużą dozą pewności, że będzie się nadal utrzymywać tendencja spadkowa przeciętnej stopy zastąpienia i pogarszania się adekwatności dochodowej świadczeń emerytalnych. Dodatkowo, biorąc pod uwagę rosnącą oczekiwaną długość życia na emeryturze oraz ryzyko nienadążania waloryzacji kapitału składkowego za wzrostem przeciętnego wynagrodzenia i inflacji, należy się spodziewać rosnącego zagrożenia ubóstwem na starość, szczególnie wśród osób o niskich dochodach. Dotyczy to głównie kobiet oraz osób o dochodach niewygórowanych, które nie będą mogły z różnych przyczyn wylegitymować się stażem składkowym dłuższym niż 30 lat (np. pracujących w pewnym okresie w sferze nieformalnej) (Szczepański, 2015).

Nie napawają optymizmem także symulacje przygotowywane przez Komisję Europejską, dotyczące przyszłych teoretycznych stóp zastąpienia (*Gross Theoretical Replacement Rate* – GTRR)¹⁶, które odzwierciedlają prognozowane wyniki z obligato-

¹⁶ Teoretyczna stopa zastąpienia (*Gross Theoretical Replacement Rate*) to przewidywana średnia emerytura brutto z filara obowiązkowego w relacji do przeciętnego średniego wynagrodzenia brutto w gospodarce.

ryjnej części systemu emerytalnego. W perspektywie najbliższych 40 lat Komisja Europejska prognozuje dla Polski silny spadek teoretycznej stopy zastąpienia brutto z filara publicznego, zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. *Gross Theoretical Replacement Rate* dla hipotetycznego mężczyzny, który przejdzie na emeryturę w 2059 roku po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego i 40 latach pracy zawodowej, wyniesie 37,9 % (dla kobiety 31,9%) i będzie o 34,1 p.p. (dla kobiety o 28,9 p.p.) niższa w porównaniu ze stopą zastąpienia brutto z roku 2019 (European Commission, 2021b, s. 282). A przecież dla wielu osób założenie o ciągłości kariery zawodowej przez 40 lat nie zostanie spełnione ze względu na przerwy w pracy związane z macierzyństwem, bezrobociem, przekwalifikowaniem się czy sytuacjami losowymi. Okresy macierzyństwa i opieki nad dziećmi, a także okresy bezrobocia spowodują jeszcze większe obniżenie poziomu emerytury i tym samym stóp zastąpienia. Komisja Europejska przewiduje, że kobiety z 3-letnią przerwą w pracy w związku z opieką nad dziećmi będą miały GTRR niższe o 0,4 p.p. (mężczyźni o 0,5 p.p.). W przypadku 3-letniego bezrobocia redukcja GTRR będzie wyższa o 1,9 p.p. dla kobiet i o 2,2 p.p. dla mężczyzn. Krótka kariera zawodowa mężczyzny (20 lat) oznacza, że *Gross Theoretical Replacement Rate* będzie na poziomie 19,2% (spadek o 18,7 p.p.) i 16,2% dla kobiet (spadek o 15,7 p.p.) (European Commission, 2021b, s. 282).

Jednak z punktu widzenia zagrożenia ubóstwem to poziom przyszłych emerytur zdaje się ważniejszy niż sama stopa zastąpienia. Prognozy wielu instytucji badających ten problem wskazują, że poziom ten będzie niestety bardzo niski, a co za tym idzie – zagrożenie ubóstwem wśród ludzi starszych będzie rosło. Jak wynika z badań zespołu GRAPE (Group for Research in Applied Economics), prowadzonych na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, przy utrzymaniu obecnego wieku emerytalnego 60/65 lat stopa zastąpienia przyszłych emerytów będzie gwałtownie spadać. Według tych prognoz 60% osób urodzonych w 1980 roku będzie otrzymywać jedynie emerytury minimalne, a w przypadku osób urodzonych w latach 1990-2010 aż 70% z nich będzie pobierać zaledwie emerytury minimalne (Malec i Tyrowicz, 2017, s. 31).

Biorąc po uwagę zróżnicowanie emerytur ze względu na płeć, należy stwierdzić, że w Polsce utrzymują się wciąż niepożądane dysproporcje w dochodach emerytalnych kobiet i mężczyzn. W 2019 roku zróżnicowanie dochodów emerytalnych ze względu na płeć osób w wieku 65-79 lat wyniosło 21,7%. W latach 2010-2019 różnica między płciami zmniejszyła się o 2,1 p.p. (European Commission, 2021b, s. 276). Dzieje się tak, mimo że istnieją pewne mechanizmy zmniejszania tych różnic, ponieważ emerytury dla kobiet są obliczane z uwzględnieniem oczekiwanej długości życia uśrednionej dla obu płci. Jednak nadal głównym czynnikiem różnicującym terażniejsze i przyszłe emerytury kobiet i mężczyzn są niższe zarobki kobiet w relacji do mężczyzn oraz krótsze życie zawodowe kobiet ze względu na niższy wiek emerytalny. Także inne symulacje pokazują, że w przyszłości coraz więcej osób będzie otrzymy-

wać niskie świadczenia, albo tylko na poziomie minimalnym, albo też wiele z nich nie uzyska nawet uprawnień do świadczenia minimalnego i tym samym będą zdani na pomoc społeczną (Hagemejer, 2011).

Ze względu na to, że przyszłe pokolenia polskich emerytów będą otrzymywać emerytury znacznie poniżej oczekiwań, poziom ubóstwa wśród osób starszych będzie większy niż obecnie. Według G. Ancyparowicz ubóstwo jest nieuchronnym następstwem emerytur naliczanych według formuły zdefiniowanej składki w pierwszym filarze (w istocie emerytur kapitałowych) (Ancyparowicz, 2012, s. 93-94). A zatem jedynym sposobem na podnoszenie indywidualnych stóp zastąpienia jest gromadzenie i późniejsze korzystanie z oszczędności prywatnych, zarówno w ramach dedykowanych programów emerytalnych (III filar), jak i poza nimi. Stopy zastąpienia będą z pewnością niskie dla tych wszystkich, którzy z tej możliwości nie skorzystają (Góra, 2011).

Warto zwrócić uwagę na wysokie zagrożenie ubóstwem w okresie starości wśród osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Podstawą naliczania składek emerytalnych dla przedsiębiorców jest zadeklarowany dochód, nie mniejszy jednak niż 60% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce (w przypadku rozwiązań preferencyjnych podstawa jest jeszcze niższa lub okresowe zwolnienie z opłacania składek). Niestety większość przedsiębiorców płaci składki od minimalnej podstawy dopuszczonej przez prawo, kierując się bieżącymi korzyściami. Nie jest to jednak opłacalne z punktu widzenia ich uprawnień emerytalnych. Już obecnie przeciętne emerytury osób samozatrudnionych są sporo niższe niż pracowników etatowych (tab. 3.2), a luka emerytalna w porównaniu z pracownikami etatowymi będzie się niestety powiększać.

Tabela 3.2. Przeciętna emerytura wypłacana przez ZUS, przeciętna emerytura osób prowadzących działalność gospodarczą oraz stopa zastąpienia dla osób prowadzących działalność gospodarczą w latach 2010-2017

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Przeciętna emerytura wypłacana przez ZUS (w zł)	1 698	1 783	1 872	1 970	2 043	2 097	2 132	2 182
Przeciętna emerytura dla osób prowadzących działalność gospodarczą (w zł)	1 155	1 199	1 534	1 614	1 660	1 712	1 742	1 778
Różnica (w %)	-32	-33	-18,0	-18,1	-18,7	-18,4	-18,3	-18,5
Stopa zastąpienia brutto dla osób prowadzących działalność gospodarczą* (w %)	35,8	35,3	43,6	44,2	43,9	43,9	43,0	41,6

*Relacja między przeciętną emeryturą wypłacaną osobom prowadzącym działalność gospodarczą a przeciętnym wynagrodzeniem brutto w gospodarce narodowej.

Źródło: (Bednarczyk i Skibińska-Fabrowska, 2021, s. 64).

Z symulacji przygotowanych przez ZUS wynika, że większość obecnych 40-latków prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą otrzyma w wariantcie optymistycznym jedynie emeryturę minimalną. Problem ten dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Przykładowy mężczyzna, który ma obecnie 48 lat i przejdzie na emeryturę w 2039 roku po 35 latach prowadzenia działalności gospodarczej i opłacania składek bez ulg, otrzyma emeryturę w wysokości 3230 zł miesięcznie. Jednak będzie to kwota niższa niż emerytura minimalna, której wysokość, zgodnie z prognozami ZUS, ma wynosić 3456 zł w 2039 roku. Przykładowa samozatrudniona kobieta, która ma obecnie 43 lata i w 2039 roku przejdzie na emeryturę po 30 latach prowadzenia działalności, otrzyma prawdopodobnie świadczenie w wysokości 2254 zł miesięcznie, co będzie stanowić zaledwie ok. 20% przeciętnego wynagrodzenia w tym czasie (Rzemek, 2022).

3.5. Zasięg ubóstwa ekonomicznego polskich emerytów w latach 2010-2021

Zdaniem F. Chybalskiego ciekawym wskaźnikiem pozwalającym określić, czy system emerytalny zapewnia dochód chroniący przed ubóstwem, jest wskaźnik pogłębionej deprivacji materialnej (*Severely Materially Deprived People*). GUS definiuje ten wskaźnik jako „Odsetek osób w gospodarstwach domowych deklarujących brak możliwości zaspokojenia ze względów finansowych co najmniej 4 z 9 wymienionych poniżej potrzeb:

- 1) opłacenia tygodniowego wyjazdu wszystkich członków gospodarstwa domowego na wypoczynek raz w roku,
- 2) spożywania mięsa, ryb (lub wegetariańskiego odpowiednika) co drugi dzień,
- 3) ogrzewania mieszkania odpowiednio do potrzeb,
- 4) pokrycia niespodziewanego wydatku (w wysokości odpowiadającej miesięcznej wartości granicy ubóstwa relatywnego, przyjętej w danym kraju, w roku poprzedzającym badanie),
- 5) terminowego regulowania opłat związanych z mieszkaniem, spłatą rat i kredytów,
- 6) posiadania telewizora kolorowego,
- 7) posiadania samochodu,
- 8) posiadania pralki,
- 9) posiadania telefonu (stacjonarnego lub komórkowego)” (GUS, *Pojęcia...*, b.d.).

Biorąc pod uwagę wskaźnik pogłębionej deprivacji materialnej wśród emerytów, należy stwierdzić, że nie jest on drastycznie wysoki na tle innych krajów UE. W 2021 roku liczba seniorów w wieku 65+ będących w pogłębionej deprivacji materialnej i społecznej wynosiła w Polsce 189 tys. (nieznaczny wzrost wobec roku 2020 – 180 tys.). Według wstępnych szacunków stanowiło to 3,2% seniorów. Dla porównania, wskaźnik ten w Niemczech wynosił 2,6%, we Francji – 4,5%, w Hiszpanii – 5,8%. Najniższe wskaźniki odnotowano dla Finlandii oraz Szwecji – 0,7% (Szarfenberg, 2022, s. 6).

W krajach UE najczęściej stosowaną miarą adekwatności emerytur w kontekście ochrony przed ubóstwem jest wskaźnik zagrożenia ubóstwem wśród emerytów (*At-risk-of-poverty of Pensioners* – AROP). Wskaźnik ten prezentuje odsetek gospodarstw domowych emerytów, których ekwiwalentny roczny dochód do dyspozycji nie przekracza 60% krajowej mediany ekwiwalentnego rocznego dochodu do dyspozycji po transferach, co plasuje ich poniżej progu ubóstwa. W Polsce w latach 2013–2016 odsetek emerytów otrzymujących dochody niższe niż tak wyznaczony próg ubóstwa był mniejszy niż średnio w UE-27. Natomiast począwszy od 2017 roku, tendencja się odwróciła i odsetek emerytów z dochodami poniżej progu ubóstwa był w Polsce wyższy niż średnio w UE-27. O ubożeniu emerytów w naszym kraju świadczy też wskaźnik zagrożenia ubóstwem wśród emerytów (AROP 65+), który od 2015 roku stale rośnie, a od roku 2017 roku plasuje się na poziomie wyższym niż średni wskaźnik AROP 65+ dla krajów UE-27 (tab. 3.3).

Tabela 3.3. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem wśród emerytów w Polsce i w krajach UE-27 w latach 2012–2021 (w %)

Wyszczególnienie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wśród emerytów (AROP 65+) w Polsce	14,0	12,3	11,7	12,1	12,8	13,8	15,5	17,4	18,5	18,0
Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wśród emerytów (AROP 65+) w UE-27	b.d.	12,0	11,8	12,5	13,2	13,6	14,3	15,0	16,0	15,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych (Eurostat, 2023).

GUS szacuje zasięg ubóstwa ekonomicznego na podstawie wyników badania budżetów gospodarstw domowych, przy zastosowaniu różnych granic ubóstwa. Za ubogie uznawane są osoby żyjące w gospodarstwach domowych, w których poziom wydatków był niższy od przyjętych progów ubóstwa. Jak wynika z danych zamieszczonych w tab. 3.4, stopy ubóstwa¹⁷ gospodarstw domowych emerytów kształtują się na dość stabilnym poziomie, raczej z tendencją malejącą, i są niższe niż wskaźniki dla innych grup społecznych. W 2021 roku wskaźniki te były najniższe w całym analizowanym okresie. Emeryci relatywnie ubodzy stanowili 9,5% populacji. Najwyższy wskaźnik, 12,1%, zanotowano w roku 2014. Warunki ubóstwa ustawowego uprawniającego do zasiłku stałego z opieki społecznej w 2021 roku spełniało 3,5% emerytów.

¹⁷ Stopa ubóstwa rozumiana jako odsetek jednoosobowych gospodarstw domowych, w których poziom wydatków (obejmujących również wartość artykułów otrzymanych bezpłatnie oraz wartość spożycia naturalnego, powiększonych o fundusz remontowy) był niższy od przyjętej granicy ubóstwa.

Najwyższy zasięg ubóstwa ustawowego był w roku 2016 i wynosił 8,0%. W roku 2021 w ubóstwie skrajnym żyło 3,2% emerytów. Najwyższy wskaźnik odnotowano w roku 2014, wynosił on 5,8%.

Tabela 3.4. Zasięg ubóstwa w Polsce w latach 2012-2021 według granic ubóstwa przyjętych w danym roku przez GUS

Wyszczególnienie	Lata									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Granica ubóstwa skrajnego (w zł)*	493,96	523,87	515,43	518	527,30	544,03	560,01	585,04	609,65	637,84
Wskaźnik zasięgu ubóstwa skrajnego (w %):										
• przeciętny	6,8	7,4	7,4	6,5	4,9	4,3	5,4	4,2	5,2	4,2
• wśród emerytów	4,3	4,8	5,8	5,0	3,9	4,4	4,6	3,5	4,2	3,2
Ustawowa granica ubóstwa** (w zł)	542	542	542	634	634	634	701	701	701	701
Wskaźnik zasięgu ubóstwa relatywnego (w %):										
• przeciętny	16,3	16,2	16,2	15,5	13,9	13,4	14,2	13,0	11,8	9,6
• wśród emerytów	11,9	11,4	12,1	11,4	10,9	11,9	12,0	11,3	12,0	9,5
Relatywna granica ubóstwa*** (w zł)	693	706	713	734	770	799	810	858	799	909
Wskaźnik zasięgu ubóstwa ustawowego (w %):										
• przeciętny	7,2	12,8	12,2	12,2	12,7	10,7	10,9	9,0	9,1	6,5
• wśród emerytów	3,6	6,8	7,2	7,3	8,0	7,3	6,7	5,8	5,8	3,5

* Ustalana na podstawie minimum egzystencji szacowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPISS) dla jednoosobowego gospodarstwa pracowniczego. Minimum egzystencji uwzględnia jedynie te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a konsumpcja niższa od tego poziomu utrudnia przeżycie i stanowi zagrożenie dla rozwoju psychofizycznego człowieka. Minimum egzystencji, zwane również minimum biologicznym, stanowi dolne kryterium ubóstwa, szacowane jest na podstawie stałego koszyka, który zapewnia zaspokojenie wyłącznie niezbędnych potrzeb (IPISS, b.d.).

** Określana na poziomie kwot, które zgodnie z obowiązującą ustawą o pomocy społecznej uprawniają do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z pomocy społecznej.

*** Ustalana na poziomie 50% średnich wydatków ogółu gospodarstw domowych, obliczonych na podstawie wyników badania budżetów gospodarstw domowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych (GUS, 2021).

Często wskazuje się, że osoby z gospodarstw domowych, w których głównym źródłem utrzymania są świadczenia emerytalne, należą do jednej z grup najmniej zagrożonych ubóstwem skrajnym¹⁸. Jak się podkreśla, ta relatywnie dobra sytuacja mate-

¹⁸ Niższy zasięg ubóstwa skrajnego GUS odnotowuje wśród osób utrzymujących się z pracy na własny rachunek, w 2020 roku wskaźnik ten wynosił 2% (GUS, 2021).

rialna emerytów, zwłaszcza na tle gospodarstw rencistów, rodzin wielodzietnych czy osób trwale bezrobotnych, jest między innymi efektem metodologii badań przyjętej przez GUS, w której próg ubóstwa powiązany jest ze standardem życia w kraju. Ludzie starsi w Polsce, dzięki relatywnie wysokiej jeszcze stopie zastąpienia dochodów w ramach systemu emerytalnego, osiągają zazwyczaj dochody przekraczające próg ubóstwa. Co warto zaznaczyć, emerytom nie grozi utrata dochodów emerytalnych, jak to ma miejsce np. w przypadku osób pracujących, które w każdej chwili mogą utracić swoje zatrudnienie (Kubicki, 2010). Jednak zauważa się, że ubóstwo ludzi starszych ma szczególny charakter, jest dość płytkie, ale praktycznie bez perspektyw na samodzielną poprawę. Ponadto wszelkie wnioski i uogólnienia budowane na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych mają charakter szacunkowy. Nie uwzględniają stopnia zaspokojenia potrzeb społecznych i materialnych ludzi starszych. A przecież, jak wspomniano, potrzeby te są odmienne od potrzeb innych grup społecznych, ponieważ wynikają z zaawansowanego wieku czy też gorszego stanu zdrowia. Gospodarstwa domowe osób starszych mają wysoki udział wydatków stałych, zwłaszcza związanych z utrzymaniem mieszkania i ochroną zdrowia, które cechuje przy tym wysoka dynamika wzrostu (Gałązka-Petz, 2012, s. 100).

Poziom ubóstwa wśród obecnych emerytów redukują w pewnym stopniu działania spoza systemu emerytalnego, czyli dopłaty z budżetu państwa do gwarantowanej ustawowo emerytury minimalnej, tzw. trzynasta i czternasta emerytura, oraz wielokanałowa pomoc społeczna. Jak pokazują dane ZUS-u zamieszczone w tab. 3.5, rośnie liczba świadczeniobiorców pobierających emeryturę minimalną. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest z pewnością obniżenie z dniem 1 października 2017 roku wieku emerytalnego z 67 lat dla obydwu płci do 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Jak wynika z przeprowadzonej przez M. Malec i J. Tyrowicz symulacji, osoby zarabiające średnią krajową przy wieku emerytalnym na poziomie 67 lat mogły liczyć na emeryturę stanowiącą ok. 30% swojego ostatniego wynagrodzenia. Obniżenie wieku emerytalnego do 60/65 lat oznacza dla nich, że jeżeli przejdą w ustawowym okresie na emeryturę, to będą otrzymywać jedynie emeryturę minimalną (Malec i Tyrowicz, 2017, s. 29). Jak przewidują wspomniane autorki, liczba osób, które mogą nie zbierać na emeryturę minimalną, będzie ponad dwa razy większa niż przy wieku emerytalnym na poziomie 67 lat. Od 2040 roku połowa wszystkich emerytów będzie otrzymywać świadczenie minimalne, a ich odsetek będzie stale wzrastać. Niemal 70% osób urodzonych na przełomie lat 80. i 90. może liczyć tylko na najniższą emeryturę (Malec i Tyrowicz, 2017, s. 30).

W miarę wzrostu liczby osób uprawnionych do gwarantowanej emerytury minimalnej rosną również obciążenia dla budżetu państwa z tego tytułu. W 2021 roku z budżetu państwa wydano ponad 180 mln zł na dofinansowanie emerytur minimalnych z nowego systemu dla ponad 70 tys. świadczeniobiorców. W 2021 roku średnia dopłata do emerytury wyniosła 208,68 zł. Przywoływane autorki prognozują,

Tabela 3.5. Minimum socjalne i gwarantowane emerytury minimalne w latach 2012-2021

Wyszczególnienie	Lata										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego (w zł)	1043,09	1062,45	1070,65	1080,20	1094,92	1124,47	1151,97	1191,40	1246,49	1310,46	
Wysokość emerytury minimalnej (w zł)	799,18	831,15	844,45	880,45	882,56	1000,00	1029,80	1100,00	1200,00	1250,88	
Liczba emerytur minimalnych z dopłatami z budżetu państwa (w tys. zł)	22,9	22,6	22,7	23,2	23,4	38,1	50,1	55,1	66,1	72,2	
Kwota dopłat (w mln zł)	89,9	79,6	72,2	66,3	63,7	101,5	124,1	133,6	162,8	180,8	
Emerytury minimalne z dopłatami jako % wszystkich wypłaconych emerytur	2,1	2,0	1,9	1,7	1,6	1,6	1,9	1,7	1,9	2,0	

* Faktyczna liczba osób otrzymujących emerytury w wysokości emerytury minimalnej jest większa, ponieważ część z nich sama sobie wypracowała emeryturę minimalną i państwo nie musiało nic dopłacać (Leśniak, 2022).

Źródło: opracowanie własne na podstawie (PISS, b.d.; Leśniak, 2022; ZUS, 2022a).

że w 2030 roku budżet państwa będzie musiał dopłacać do emerytury połowie emerytów, aby zapewnić im emeryturę minimalną (Malec i Tyrowicz, 2017, s. 31). Oznacza to, że ciężar utrzymywania tych emerytów przeniesie się na budżet państwa, czyli *de facto* na wszystkich podatników.

Inną kwestią jest to, czy poziom emerytury minimalnej zabezpiecza emerytów przed ubóstwem. Jak wynika z danych zamieszczonych w tab. 3.4 i 3.5, gwarantowana ustawowo emerytura minimalna w analizowanym okresie przewyższała wprawdzie wszystkie progi ubóstwa podawane przez GUS, jednak była niższa niż minimum socjalne określone dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego¹⁹. Oznacza to, że osoby pobierające emerytury minimalne, o ile nie miały dodatkowych źródeł dochodu albo wsparcia ze strony rodziny, żyły co najmniej w sferze niedostatku²⁰.

Z punktu widzenia ograniczania ubóstwa wśród ludzi w wieku poprodukcyjnym niewątpliwie pozytywną rolę odgrywają dopłaty z budżetu państwa zwane trzynastą i czternastą emeryturą. Celem tych świadczeń jest doraźna poprawa sytuacji finansowej emerytów i rencistów, w szczególności tych najbiedniejszych²¹. Wypłacana z dotacji budżetowej przez ZUS raz w roku, począwszy od 2019 roku, trzynasta emerytura, ma wysokość gwarantowanej emerytury minimalnej²². Wypłata następuje automatycznie, bez żadnych dodatkowych wniosków, bez względu na wysokość zasadniczego świadczenia emeryta²³.

Świadczenie zwane czternastą emeryturą zostało wypłacone po raz pierwszy w 2021 roku. Miało być świadczeniem jednorazowym, ale wobec wysokiej inflacji rząd zdecydował się powtórzyć wypłatę tego świadczenia także w latach 2022 i 2023. Do tzw. czternastej emerytury są uprawnieni seniorzy, którzy mieli prawo do emerytury, renty, renty socjalnej czy świadczenia przedemerytalnego. Aby ją otrzymać w 2022 roku, należało spełnić dwa warunki: mieć prawo do jednego z wyżej wymienionych

¹⁹ Minimum socjalne to kategoria społeczno-ekonomiczna służąca do mierzenia kosztów utrzymania gospodarstw domowych; jest to pieniężny wyraz społecznego minimum spożycia, obejmującego nie tylko dobra i usługi zaspokajające podstawowe potrzeby biologiczne, konieczne do utrzymania człowieka w zdrowiu i zdolności do pracy (minimum egzystencji), ale także umożliwiające pokrycie potrzeb, których zaspokojenie uważa się za społecznie niezbędne, jak np. wydatki na kulturę, oświatę, wychowanie (IPISS, b.d.).

²⁰ GUS wykorzystuje wartości minimum socjalnego do wyznaczania tzw. sfery niedostatku, niebędącej sferą ubóstwa – por. (GUS, 2021).

²¹ Trzynasta emerytura nie wlicza się do dochodu, co wynika wprost z przepisów dotyczących dodatkowego rocznego świadczenia. Jest to ważna informacja w przypadku uprawnień do dodatków i zasiłków (np. dodatku mieszkaniowego czy dodatku osłonowego), gdzie istotne jest kryterium dochodowe. W tym przypadku dodatkowe świadczenie nie odbiera szansy na otrzymanie wsparcia z innych źródeł.

²² W 2019 roku było to 1100,00 zł brutto / 888,00 zł netto; w 2020 roku – 1200,00 zł brutto / 981,00 zł netto; w 2021 roku – 1250,88 zł brutto / 1022,30 zł netto; w 2022 roku – 1338,44 zł brutto / 1217,98 zł netto.

²³ Zgodnie z przepisami, które wprowadziła reforma podatkowa Polski Ład wszystkie miesięczne emerytury do kwoty 2500 zł są zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych, obłożone są jedynie 9-procentową składką zdrowotną. Dopiero kwota wyższa niż 2500 zł miesięcznie obłożona jest podatkiem PIT w wysokości 12%.

świadczeń na dzień 24 sierpnia 2022 roku oraz nie przekroczyć progu dochodowego w wysokości 4188,44 zł brutto. Maksymalna wysokość czternastej emerytury równała się emeryturze minimalnej, czyli kwocie 1217,98 zł netto. Otrzymały ją osoby, których emerytura zasadnicza nie przekraczała 2900 zł brutto. Emeryci i renciści ze świadczeniami wyższymi, ale nieprzekraczającymi 4188,44 zł brutto, otrzymali kwotę pomniejszoną według zasady „złotówka za złotówkę”. W efekcie, dzięki trzynastej i czternastej emeryturze świadczeniobiorcy najniższych emerytur uzyskali wzrost dochodów rocznych o ok. 17%.

Warto zwrócić uwagę na to, że Polska jest jedynym krajem, w którym prawo do emerytury jest powiązane wyłącznie z osiągnięciem wieku emerytalnego bez minimalnego wymiaru stażu ubezpieczeniowego. Począwszy od 2009 roku, prawo do ubiegania się o emeryturę w ZUS-ie przysługuje każdej osobie, która osiągnęła ustawowy wiek emerytalny i opłaciła przynajmniej jedną składkę emerytalną. W sytuacji, kiedy ubezpieczony ma bardzo niską wartość opłaconych składek, przy zastosowaniu formuły NDC, świadczenia emerytalne stają się skrajnie niskie, dlatego zwane są potocznie „emeryturami groszowymi”²⁴ lub „głodowymi”.

Tabela 3.6. Liczba osób pobierających emerytury niższe niż gwarantowana emerytura minimalna w latach 2011-2022

Wyszczególnienie	Lata											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Liczba osób* (w tys.)	23,9	35,9	48,0	60,8	76,3	95,4	166,6	218,8	261,0	310,1	337,6	365,3
Dynamika (w %)	100	150	200	254	319	399	697	915	1092	1297	1412	1528
Odsetek osób**	b.d.	1,4	1,7	1,9	2,2	2,2	4,0	4,2	4,9	5,6	5,6	6,1
Odsetek emerytur***	4,2	4,4	5,1	5,5	5,5	5,8	7,7	8,5	8,9	9,6	9,5	9,6

* Liczba osób pobierających emeryturę z nowego systemu (bez emerytur z urzędu i bez emerytur częściowych) w wysokości niższej niż minimalna na koniec grudnia każdego roku.

** Odsetek osób pobierających emerytury niższe niż minimalna w każdym roku.

*** Odsetek emerytur niższych niż minimalne w liczbie wszystkich nowo wypłaconych emerytur z nowego systemu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie (ZUS, 2022a).

Jak wynika z danych zamieszczonych w tab. 3.6, drastycznie wzrasta liczba emerytów niespełniających wymogu długości stażu ubezpieczeniowego i nienabywających uprawnień do emerytury minimalnej. W efekcie rośnie liczba osób pobierających

²⁴ Najniższa wysokość emerytury odnotowana w grudniu 2021 roku wynosiła 0,01 zł. Pobierała ją osoba, która nie podlegała ubezpieczeniu społecznemu przed 1 stycznia 1999 roku, a po tym okresie udowodniła jeden dzień ubezpieczenia z tytułu umowy zlecenia (ZUS, 2022).

skrajnie niskie emerytury. W 2011 roku było ich 24 tys. (ok. 1,4% wszystkich emerytów). W 2022 roku było ich już ponad 365 tys., czyli 15 razy więcej niż w roku 2011, co stanowiło 6,1% wszystkich emerytów. Tak duża liczba przyznawanych corocznie bardzo niskich emerytur jest pokłosiem nie tylko długiego okresu bierności zawodowej. W części przypadków ma to związek z wykonywaniem pracy w szarej strefie lub na podstawie nieoskładkowanych umów cywilnoprawnych. Aż do 2016 roku składki emerytalne można było płacić wyłącznie od pierwszej umowy, nawet jeżeli opiewała ona na symboliczną kwotę. Od kolejnych umów płacenie składek nie było już obowiązkowe ze względu na występowanie tzw. zbiegu tytułów do ubezpieczenia społecznego. Tymczasem, aby za rok pracy na podstawie umowy-zlecenia został zaliczony jeden rok stażu ubezpieczeniowego, składki powinny być płacone od wysokości podstawy co najmniej równej płacy minimalnej. Obecnie umowy-zlecenia są już oskładkowane do wysokości płacy minimalnej. Federacja Przedsiębiorców Polskich proponuje, by w odniesieniu do osób, które nie wypracowały stażu z powodu pracy na podstawie nieoskładkowanej umowy-zlecenia, zastosować restytucję, tj. zaewidencjonować na ich kontach składki, jakie zostałyby zapłacone, gdyby podstawa ich wymiaru została ustalona na bazie podstawy składki zdrowotnej (która jest płacona niezależnie od zbiegów tytułów) (FPP, CALPE, 2020).

Emeryci, których świadczenia z systemu emerytalnego są skrajnie niskie, albo osoby pozbawione tych świadczeń, będące w bardzo złej sytuacji finansowej, mogą liczyć na wsparcie w ramach **systemu pomocy społecznej**. Wsparcie to otrzymują na takich samych zasadach, jak wszyscy obywatele, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej, często nie z własnej winy, z którą samodzielnie nie mogą sobie poradzić. Mają one prawo zgłaszać się do gminnego ośrodka pomocy społecznej, który, po przeprowadzeniu przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego, podejmuje decyzję o przyznaniu pomocy. Pomoc ta może mieć formę świadczeń pieniężnych bądź niepieniężnych (rzadziej), w zależności od sytuacji osoby ubiegającej się o wsparcie.

Najuboższe osoby starsze spełniające warunki ustawowe mogą otrzymywać **zasiłek stały z pomocy społecznej**. Obowiązuje tutaj kryterium dochodowe. W przypadku osoby samotnie gospodarującej kwota zasiłku jest różnicą między kryterium dochodowym (w 2021 roku była to kwota 701 zł) a dochodem tej osoby. W przypadku osoby żyjącej w rodzinie kryterium dochodowe w 2021 roku wynosiło 528 zł. Minimalna kwota zasiłku wynosi do 30 zł miesięcznie, kwota maksymalna zaś – 645 zł miesięcznie. Należy zauważyć, że kwoty maksymalnego zasiłku stałego są relatywnie niskie, kwota 645 zł niewiele przewyższała w 2021 roku granicę ubóstwa skrajnego, natomiast była poniżej progu ubóstwa relatywnego i ustawowego.

Dla emerytów, którzy przekraczają 75. rok życia lub dla osób bez prawa do emerytury, ale całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji, przewidziany jest **zasiłek pielęgnacyjny**, obecnie w kwocie 215,84 zł. Jest to rodzaj dodatkowego

wsparcia udzielanego na mocy ustawy o świadczeniach rodzinnych²⁵. Przyznawany i wypłacany jest przez organ gminy (np. Ośrodek Pomocy Społecznej), wyłącznie na wniosek, na podstawie orzeczenia wydanego przez powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności lub lekarza orzecznika ZUS-u lub dawnej Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia. Świadczenie to ma służyć chociaż częściowemu pokryciu wydatków związanych z zapewnieniem należytej opieki nad potrzebującą osobą starszą lub niepełnosprawną.

Osobom, które ukończyły 75 lat lub ze względu na całkowitą niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, ZUS z urzędu przyznaje i wypłaca **dodatek pielęgnacyjny**, którego wysokość od 1 marca 2023 r. wynosi 256,44 zł (netto) miesięcznie²⁶. Osobom starszym ze stwierdzoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji przysługuje także **świadczenie uzupełniające**, popularnie zwane „500 plus” dla seniora. Kryterium dochodowe od marca 2022 roku wynosi 1396,13 zł brutto²⁷. Próg ten dotyczy świadczeń finansowanych ze środków publicznych, takich jak: emerytury, renty oraz inne świadczenia pieniężne. Od 1 marca 2023 r. próg dochodowy uprawniający do otrzymania „500 plus” dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji wzrasta do 2157,80 zł brutto. Przy ustalaniu kryterium dochodowego nie są brane pod uwagę zasiłek pielęgnacyjny, renta rodzinna, dodatek energetyczny oraz dodatek kombatancki.

Kolejny rodzaj wsparcia dla wybranych grup osób starszych to tzw. **ryczałt energetyczny**, który przysługuje kombatantom, żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym np. w kopalniach węgla lub kamieniołomach, wdowom i wdowcom mających emeryturę lub rentę po kombatantach. To samo dotyczy emerytek lub rencistek będących wdowami po żołnierzach zatrudnianych przymusowo.

3.6. Wnioski

Analiza rozwiązań instytucjonalnych ograniczających ryzyko ubóstwa wśród ludzi w wieku poprodukcyjnym skłania do kilku refleksji. W starym systemie emerytalnym poziom zabezpieczenia przed ubóstwem był i jest zdecydowanie wyższy niż w nowym. Ze względu na silny komponent redystrybucyjny w formule używanej do obliczania wysokości świadczenia, emerytury są relatywnie wyższe dla osób ubogich, tym samym ograniczając ryzyko ubóstwa.

²⁵ Zobacz (Ustawa z dnia 28 listopada 2003...).

²⁶ Podstawa prawna: Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. 1998 Nr 162 poz. 1118, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 504, 1504).

²⁷ Jeżeli dochód brutto takiej osoby będzie się zawierał w przedziale 1396,13-1896,13 zł to stosowana jest zasada „złotówka za złotówkę”. Wówczas dodatek będzie pomniejszony o kwotę przekroczenia 1396,13 zł. W rezultacie dochody powyżej 1896,13 zł brutto uniemożliwią otrzymanie powyższego świadczenia.

W nowym systemie emerytalnym najważniejszym instrumentem ograniczania ubóstwa wśród emerytów jest gwarantowana emerytura minimalna, która opiera się na współfinansowaniu środkami pochodzącymi z budżetu państwa. Nie jest ona jednak ani świadczeniem powszechnym, ani automatycznym. Elementem kluczowym dla uprawnienia do jej uzyskania staje się długość stażu ubezpieczeniowego, czyli aktywności zawodowej na oficjalnym rynku pracy. Natomiast podstawowym źródłem ryzyka ubóstwa w podeszłym wieku stają się niskie dochody z pracy zawodowej oraz krótki staż pracy, powodowany np. długotrwałym bezrobociem, długoletnią opieką nad dziećmi lub rodzicami czy złym stanem zdrowia. Stąd w nowym systemie emerytalnym najprostszym sposobem zapobiegania nadmiernemu ryzyku ubóstwa w okresie poprodukcyjnym jest wydłużanie aktywności zawodowej i późniejsze przechodzenie na emeryturę niż aktualny oficjalny wiek emerytalny (60 lat dla kobiet, 65 lat dla mężczyzn). Według jednego z głównych reformatorów M. Góry, „najskuteczniejszym sposobem zwiększania wysokości stopy zastąpienia jest przedłużenie okresu aktywności zawodowej poza oficjalny wiek emerytalny i skrócenie w ten sposób okresu pobierania świadczeń emerytalnych” (Góra, 2011, s. 63).

Obecna, relatywnie dobra adekwatność świadczeń emerytalnych w Polsce nie odzwierciedla potencjalnego rozwoju sytuacji w przyszłości, kiedy będą naliczane emerytury na podstawie wyłącznie nowych zasad. Znaczna część obecnie wypłacanych emerytur, chociaż malejąca, pochodzi bowiem jeszcze ze starego „hojnego” systemu emerytalnego, a ich wartość jest naliczana zgodnie z zasadami DB. W emeryturach z nowego systemu nadal jeszcze jest relatywnie duży udział kapitału początkowego, który odzwierciedla formułę DB dla uprawnień emerytalnych nabytych przed końcem 1998 roku. Emerytury wypłacane w przyszłości nie będą zawierać już tych komponentów.

Z poczynionej analizy płynie kolejny wniosek, że system emerytalny oparty wyłącznie na formule zdefiniowanej składki nie wystarczy, aby skutecznie przeciwdziałać ubóstwu wśród ludzi starszych, którzy mieli przez całe życie niskie dochody z pracy i/lub z różnych względów nie mogli mieć pełnej i ciągłej kariery zawodowej. Wypada zgodzić się z konstatacją, że system ten będzie wzmacniał istniejące zróżnicowania dochodowe na rynku pracy i będzie powodował, że ci, którzy mają słabszą pozycję lub są dyskryminowani na rynku pracy, będą w jeszcze gorszej sytuacji, gdy już nie będą mogli pracować (Hagemejer, 2018).

Kluczowym zadaniem każdego systemu emerytalnego powinna być ochrona przed ubóstwem. Należy mieć świadomość, że zbyt niski poziom emerytur będzie zmuszał ludzi starszych i tak do ubiegania się o dodatkowe wsparcie z budżetu państwa (pomocy społecznej). Obecnie, ze względu na to, że gwarantowane emerytury minimalne nie chronią wszystkich osób w wieku poprodukcyjnym przed ubóstwem (nie obejmują bowiem tych z krótkim stażem składkowym), za faktyczny filar zerowy w Polsce należałoby uznać świadczenia z opieki społecznej, zwłaszcza zasiłek stały

oraz zasiłek pielęgnacyjny. Świadczy to o tym, że powszechna ochrona przed ubóstwem ludzi z niskimi zarobkami (choć na niewysokim poziomie) dokonuje się w Polsce nie w ramach systemu emerytalnego, lecz w ramach redystrybucji zewnętrznej opartej na środkach budżetowych (*de facto* na podatkach). W efekcie końcowym państwo polskie i tak partycypuje w dodatkowym zasilaniu systemu emerytalnego. Obecnie czyni to poprzez tzw. trzynaste i czternaste emerytury, dopłaty do emerytur niższych niż emerytura minimalna – zarówno osobom ze starego systemu, jak i osobom z systemu nowego. Dopłaty do najniższych emerytur otrzymują także osoby, którym przeliczano okresy pracy w gospodarstwie rolnym, osoby otrzymujące renty z tytułu niezdolności do pracy przy uwzględnieniu okresów pracy w gospodarstwie rolnym, osoby pobierające renty rodzinne, a także osoby urodzone po 1948 roku, które zachowały uprawnienia do świadczeń nabytych przed wejściem w życie reformy emerytalnej z 1999 roku (Leśniak, 2022). Oznacza to, że ciężar utrzymywania tych emerytów przenosi się z systemu emerytalnego na budżet państwa, czyli w zasadzie na wszystkich podatników.

W 2021 roku średnioroczne minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego IPiSS oszacował na poziomie 1310,46 zł. Około 100 tys. emerytów, którzy otrzymywali emeryturę minimalną w kwocie 1250,88 zł, a także 337,6 tys. emerytów pobierających emeryturę niższe niż minimalne, osiągało dochody niższe od poziomu minimum socjalnego. Jeżeli te osoby nie mają dodatkowych źródeł dochodu lub wsparcia rodziny, to znajdują się w bardzo trudnej sytuacji materialnej i naturalnym źródłem pomocy dla nich staje się pomoc społeczna. Formuła NDC zapewni świadczenia emerytalne z filara publicznego na adekwatnym poziomie jedynie tym seniorom, którzy mieli wysokie zarobki w okresie aktywności zawodowej (co najmniej powyżej średniej krajowej). Również jedynie osoby zamożne, gromadzące dodatkowy kapitał emerytalny, zapewnią sobie dodatkowe dochody rentierskie po zaprzestaniu aktywności zawodowej. Takich osób jest jednak w Polsce niewiele (Ancyparowicz, 2012).

Trudno też nie zgodzić się ze stanowiskiem, że bez zmian obecny system emerytalny nie będzie zdolny do osiągnięcia głównych dwóch celów stawianych przed każdym systemem emerytalnym – tzn. przeciwdziałania poszerzaniu się ubóstwa na starość wśród osób o niskich zarobkach i przerwach w zatrudnieniu oraz zapewnienia godziwego poziomu życia wszystkim ubezpieczonym, nie tylko tym o relatywnie wysokich zarobkach i długich karierach zawodowych. Jeśli chodzi o zwiększenie emerytur dla osób o niskich zarobkach w okresie kariery zawodowej i o licznych lub dłuższych przerwach w zatrudnieniu, to zwiększenie emerytur do poziomu linii ubóstwa może się dokonać jedynie przez gwarancje minimalnego dochodu na starość, np. w formie emerytury obywatelskiej, czyli takiej samej kwoty dla wszystkich (Hagemeyer, 2018). Warto podkreślić, że gwarantowana emerytura minimalna w polskim systemie nie ma charakteru powszechnego, dlatego rosnący i znaczny już odsetek emerytów pobierających tzw. emerytury głodowe pozostaje praktycznie bez ochrony z systemu emerytalnego.

Innym ważnym problemem jest wysokość emerytur pobieranych przez kobiety. Ich świadczenia są niższe niż mężczyzn, ponieważ płace uzyskiwane przez kobiety są niższe niż płace mężczyzn. Można przypuszczać, że z czasem różnice między płacami ze względu na płeć będą się zmniejszać, co będzie prowadzić do niwelowania różnic także w stopach zastąpienia. Ponieważ jednak najważniejsze z punktu widzenia wysokości emerytur są staż ubezpieczeniowy i czas przebywania na emeryturze, to tak długo, jak kobiety będą krócej pracować, krócej płacić składki i krócej kumulować kapitał emerytalny, ich emerytury ciągle będą niskie, a narażenie na ryzyko ubóstwa w okresie starości – wysokie.

Literatura

- Ancyparowicz, G. (2012). Kapitałowe emerytury i renty a ryzyko ubóstwa w Polsce. W: J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych* (II Kongres Demograficzny, t. 2, s. 83-97). Warszawa.
- Barr, N. i Diamond, P. (2006). The Economics of Pensions. *Oxford Review of Economic Policy*, 22(1), 15-39. doi: 10.1093/oxrep/grj002
- Bednarczyk, T. H. (2018). *How Does the Pension System in Poland Prevent Old-age Poverty?*, Proceedings of Economics and Finance Conferences 6909956, International Institute of Social and Economic Sciences, 71-78. doi: 10.20472/EFC.2018.010.005
- Bednarczyk, T. H. i Skibińska-Fabrowska, I. (2021). *Finansowe przygotowanie samozatrudnionych do okresu emerytalnego*. Wydawnictwo C.H. Beck.
- Bednarczyk, T. H., Bielawska, K., Jackowska, B. i Wycinka, E. (2019). *Ekonomiczne i demograficzne uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju ubezpieczeń*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Bielawska, K. (2016). Adekwatność emerytur w świetle zmian polskiego systemu emerytalnego. *Zarządzanie i Finanse*, 14(4), 31-44.
- Bukowska, G., Kula, G. i Morawski, L. (2011). *Ryzyko ubóstwa osób starszych*. Wydawnictwo CeDeWu.
- Cęcelek, G. (2019). Ubóstwo materialne osób starszych jako czynnik ograniczający ich dostęp do edukacji. *Spółeczeństwo i Polityka*, 2(59), 87-101.
- Chybalski, F. (red). (2016). *Adekwatność dochodowa, efektywność i redystrybucja w systemach emerytalnych*. Wydawnictwo C.H. Beck.
- Council of the European Union. (2001). *Joint Report of the Social Protection Committee and the Economic Policy Committee on Objectives and Working Methods in the Area of Pensions: Applying the Open Method of Coordination* (10672/01 ECOFIN 198 SOC 272) z 23 listopada 2001 r.
- Czepulis-Rutkowska, Z. (2000). *Systemy emerytalne a poziom zabezpieczenia materialnego emerytów*. Wydawnictwo Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Dąbrowska, A., Janoś-Kresło, M. i Lubowiecki-Vikuk, A. (2019). *Potrzeby usługowe osób starszych w warunkach przemian demograficznych w Polsce*. Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie.
- European Commission. (2003). *Adequate and Sustainable Pensions*. Luxembourg.
- European Commission. (2021a). *The 2021 Pension Adequacy Report: Current and Future Income Adequacy in Old Age in the EU*, Vol. I. Luxembourg.
- European Commission. (2021b). *The 2021 Pension Adequacy Report: Current and Future Income Adequacy in Old Age in the EU Country Profiles*, Volume II, Joint Report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL), Luxembourg.
- European Commission. (2021c). *The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*. https://commission.europa.eu/system/files/2021-10/ip148_en.pdf

- Eurostat. (2021). *Aggregate Replacement Ratio for Pensions (Excluding Other Social Benefits) by Sex – EU-SILC survey*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_PNP3/default/table?lang=en
- Eurostat. (2023). *At-risk-of-poverty Rate for Pensioners - EU-SILC and ECHP Surveys*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_pns6/default/table?lang=en
- FPP, CALPE. (2020). *Emeryturę niższą niż minimalną pobierają już ponad 333 tysiące osób*. Pobrane 1 marca 2023 z <https://www.money.pl/gielta/fpp-calpe-emeryture-nizsza-niz-minimalna-pobieraja-juz-ponad-333-tysiace-osob-6519578560489089a.html>
- Gałązka-Petz, B. (2012). Uwagi o dochodach ze świadczeń emerytalno-rentowych. W: J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*. II Kongres Demograficzny, t. 2. Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (b.d.). *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej*. Pobrane 30 lipca 2023 z <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3079,pojcie.html?pdf=1>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2021). Pobrane 1 marca 2023 z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zasieg-ubostwa-ekonomicznego-w-polsce-w-2021-roku,14,9.html>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2022a). *Emerytury i renty w 2021 r.* Pobrane 1 marca 2023 z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/emerytury-i-renty-w-2021-r,32,13.html>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2022b). *Komunikat w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poszczególnych latach*. Pobrane 1 marca 2023 z <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-przecietnego-wynagrodzenia-w-gospodarce-narodowej-w-2022-roku,273,10.html?contrast=black-yellow>
- Góra, M. (2011). Jak zapewnić godziwe emerytury? W: *Jak zapewnić godziwe dochody na starość dla przyszłych pokoleń*. Forum Debaty Publicznej „Solidarne społeczeństwo, bezpieczna rodzina”, Warszawa. https://www.prezydent.pl/storage/file/core_files/2021/8/9/7029a6c2a1b42a31c-4cb9b4c8f7daf6b/1805publikacja.pdf
- Góra, M. i Palmer, E. (2004). *Shifting Perspectives in Pensions. (Discussion Paper, 1369)*. doi: 10.2139/ssrn.612224. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=612224
- Hagemejer, K. (2011). Jak zapewnić godziwą emeryturę. W: *Jak zapewnić godziwe dochody na starość dla przyszłych pokoleń*. Forum Debaty Publicznej „Solidarne społeczeństwo, bezpieczna rodzina”. Warszawa. https://www.prezydent.pl/storage/file/core_files/2021/8/9/7029a6c2a-1b42a31c4cb9b4c8f7daf6b/1805publikacja.pdf
- Hagemejer, K. (2017). *Adekwatność świadczeń emerytalnych a cele polityki społecznej i możliwość jej finansowania*. Pobrane 1 marca 2023 z <https://www.zus.pl/documents/10182/874079/05++A-dekwatno%C5%9B%C4%87+%C5%9Bwiadcze%C5%84+emerytalnych+a+cele+polityki+spo%C5%82ecznej+i+mo%C5%BCliwo%C5%9B%C4%87+jej+finansowania.pdf/137b9124-d557-4a5c-9582-3ddc5fca2167>
- Hagemejer, K. (2018). Emerytalne fakty i mity. W: M. Polakowski, K. Hagemejer i J. Petelczyc, *Nasze emerytury: jakich reform potrzebujemy?* Wydawca Friedrich-Ebert-Stiftung Przedstawicielstwo w Polsce.
- Institut Pracy i Spraw Socjalnych [IPiSS]. (b.d.). Pobrane 1 marca 2023 z <https://www.ipiss.com.pl/?zaklady=minimum-socjalne-oraz-minimum-egzystencji>
- Jedynak, T. (2017). The Role of Supplementary Retirement Savings in Reducing the Pension Gap in Poland. *Economic and Environmental Studies*, 17, 1(41), 95-113.
- Kubicki, P. (2010). *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*. Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej”, Warszawa.

- Leśniak, G. (2022). *Lawinowo rośnie liczba emerytów, którym budżet dopłaca do minimalnej*. Pobrane 1 marca 2023 z <https://www.prawo.pl/kadry/emerytury-nizsze-niz-minimalna-emerytura-ile-i-komu-budzet,518354.html>
- Małec, M. i Tyrowicz, J. (2017). Niski wiek emerytalny, wysoka cena. W: P. Lewandowski i J. Rutkowski (red.), *Starzenie się ludności, rynek pracy i finanse publiczne w Polsce*. <https://ibs.org.pl/wp-content/uploads/2017/04/Starzenie-sie-ludnosci-rynek-pracy-i-finance-publiczne-w-Polsce.pdf>
- Nowicki, D. K. (2014). *Kapitałowy system emerytalny po zmianach – wybrane zagadnienia prawne*. KNF.
- OECD. (2021). *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ca401ebd-en.pdf?expires=1676734253&id=id&accname=guest&checksum=8ED3BB-CA3C80D8875027CB2667C2BBB1>
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (1948). http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf
- Rzemek, M. (14 grudnia 2022). Głodowe emerytury dla przedsiębiorców. ZUS wyliczył prognozę przyszłych świadczeń. *Gazeta Prawna*. Pobrane 1 marca 2023 z <https://serwisy.gazetaprawna.pl/emerytury-i-renty/artykuly/8609519,glodowe-emerytury-dzialalnosci-gospodarczej-zus-wyliczenia-ubezpieczenia-spoeczne.html>
- Słownik języka polskiego PWN. (b.d.). <https://sjp.pwn.pl/slowniki/adekwatny.html>
- Szarfenberg, R. (2022). *Poverty Watch 2022. Monitoring ubóstwa finansowego i polityki społecznej przeciw ubóstwu w Polsce 2021-2022*. https://www.eapn.org.pl/eapn/uploads/2022/10/monitoring_ubostwa_2022_ost.pdf
- Szczepański, M. (2015). Ryzyko ubóstwa osób starszych a konstrukcja zreformowanego systemu emerytalnego w Polsce. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, 854, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia, 73*, 441-451.
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291)
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 228, poz. 2255)
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930)
- Uścińska, G. (2005). *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie*. Wydawnictwo Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Uścińska, G. (2011). Jak zapewnić godziwą emeryturę na przyszłość. Standardy międzynarodowe W: *Jak zapewnić godziwe dochody na starość dla przyszłych pokoleń*. Forum Debaty Publicznej „Solidarne społeczeństwo, bezpieczna rodzina”, Warszawa. https://www.prezydent.pl/storage/file/core_files/2021/8/9/7029a6c2a1b42a31c4cb9b4c8f7daf6b/1805publikacja.pdf
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych [ZUS]. (2020). *Emerytury i renty nowo przyznane*. <https://www.zus.pl/documents/10182/39573/Emerytury+i+renty+przyznane+w+2019+r..pdf/91967ac8-5324-95c8-1558-ae0b63587850>
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych [ZUS]. (2022a). *Emerytury nowosystemowe wypłacone w grudniu 2021 r. w wysokości niższej niż wysokość najniższej emerytury (tj. niższej niż 1 250,88 zł)*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa. https://www.zus.pl/documents/10182/2564874/E+ni%C5%BCsze+niz+najni%C5%BCsze+XII+2021.pdf/355f2569-3c61-2f5d-2c10-ac87ec-9767cf#xd_co_f=MzFiY2Q4YzgtZjFmYi00MmM4LWE5MzAtYjQ4MTVjMGlxMjQx~
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych [ZUS]. (2022b). *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych za 2021 r.* Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa. https://www.zus.pl/documents/10182/167633/Wa%C5%BCniejsze+informacje+z+zakresu+ubezpiecz%C5%84+spo%C5%82ecznych+2021+r.pdf/c2534eab-0ef2-7053-6700-0205ea71e940?t=1653482455260#xd_co_f=MzFiY2Q4YzgtZjFmYi00MmM4LWE5MzAtYjQ4MTVjMGlxMjQx~

Rozdział 4

Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych w Polsce – identyfikacja luki dla rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

JEL Classification: G52, H51, I13

Marta Borda

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

e-mail: marta.borda@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0001-7539-8648

Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

e-mail: patrycja.kowalczyk-rolczynska@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0002-7952-7678

Cytuj jako: Borda, M. i Kowalczyk-Rólczyńska, P. (2023). Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych w Polsce – identyfikacja luki dla rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W: I. Kwiecień i P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce* (s. 85-96). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Streszczenie: Jednym z głównych wyzwań polskiego systemu opieki zdrowotnej jest finansowanie potrzeb zdrowotnych osób starszych. Systematyczny wzrost odsetka seniorów w populacji Polski wymaga w pierwszej kolejności poprawy rozwiązań systemowych w zakresie efektywnych mechanizmów finansowania wydatków zdrowotnych tej grupy ludności i zapewnienia dostępu do szeroko rozumianej opieki geriatrycznej. Równolegle można zaobserwować, że prywatne wydatki na zdrowie stanowią z roku na rok coraz większe obciążenie finansowe gospodarstw domowych emerytów. W najbliższej przyszłości niezbędny zatem wydaje się rozwój produktów ubezpieczeń zdrowotnych adresowanych do seniorów, które umożliwiają szybki dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Celem niniejszego rozdziału jest identyfikacja problemów występujących w obszarze finansowania opieki zdrowotnej osób starszych oraz wskazanie możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych seniorom.

Słowa kluczowe: wydatki na zdrowie, prywatne ubezpieczenie zdrowotne, osoby starsze

4.1. Wprowadzenie

Postępujący proces starzenia się ludności Polski implikuje różnorakie skutki o charakterze ekonomiczno-finansowym. W obszarze opieki zdrowotnej obecne tendencje demograficzne wymagają zwrócenia coraz większej uwagi na sposób finansowania i wydatki zdrowotne dotyczące osób starszych. Jak podaje GUS (2022), na koniec 2021 roku liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,7 mln, co stanowiło 25,7% ludności. Co istotne, udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski systematycznie wzrasta i według prognoz GUS-u w 2050 roku osoby te będą stanowiły aż ok. 40% ogółu ludności. Starzejące się społeczeństwo będzie generowało konieczność wydatkowania coraz większych kwot na system ochrony zdrowia. Zgodnie z danymi Komisji Europejskiej (2021a) do momentu pojawienia się pandemii COVID-19 wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce utrzymywały się stale poniżej średniej UE – w przeliczeniu na mieszkańca oraz jako odsetek PKB. Istotnym zagrożeniem dla prawidłowo funkcjonującego systemu ochrony zdrowia w Polsce jest także brak równowagi pod względem świadczenia usług (infrastruktura jest skoncentrowana głównie w sektorze szpitalnym), niedostateczne zapewnienie opieki ambulatoryjnej, diagnostyki i opieki długoterminowej oraz słaba koordynacja opieki stacjonarnej z innymi rodzajami opieki (Komisja Europejska, 2021a).

Potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej starzejącego się społeczeństwa są istotnym wyzwaniem dla rynku polskiego. Dlatego też geriatryka została wskazana przez ustawodawcę jako jedna z priorytetowych dziedzin medycyny (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022...). Aby sprostać wyzwaniom, potrzebne są rozwiązania systemowe, wśród których wymienia się (Czerw, 2020): rozwój kadr zajmujących się zdrowiem osób starszych (lekarze ze specjalizacją geriatryczną, pielęgniarki, opiekunowie); szkolenie personelu z umiejętności miękkich pozwalające na skuteczną komunikację z pacjentami i ich rodzinami; rozwój infrastruktury dostosowanej do potrzeb zdrowotnych osób starszych oraz promowanie opieki domowej; wycena świadczeń dostosowana do specyfiki opieki geriatrycznej; koordynacja świadczeń w obszarze geriatryki; zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego wśród osób starszych; aktywizacja osób starszych, zwłaszcza w aspekcie zapobiegania urazom; promowanie bardziej satysfakcjonującego i produktywnego zatrudnienia w starszym wieku. Jednakże pełne wdrożenie rozwiązań systemowych wymaga zarówno czasu, jak i istotnych nakładów finansowych¹. Ponieważ Polska jest wskazywana jako kraj starzejący się bardzo szybko (Savills Research, 2019), wprowadzenie rozwiązań systemowych może nie nadążyć za rosnącymi potrzebami w zakresie opieki zdrowotnej w szybko powiększającej się grupie osób starszych.

¹ Jednym z proponowanych rozwiązań jest wprowadzenie współpłacenia za świadczenia zdrowotne realizowane w sektorze publicznym, szerzej w (Wyszkowska, 2020, s.181-183).

Należy podkreślić, że wachlarz wydatków na zdrowie osób starszych jest bardzo szeroki, korzystają one bowiem z większej liczby usług niż osoby młodsze. Zgodnie z metodologią badań budżetów gospodarstw domowych (GUS) wśród wydatków na zdrowie wyróżnia się wydatki na:

- wyroby medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, w tym m.in. leki, szczepionki, sprzęt terapeutyczny (np. okulary optyczne, protezy kończyn, protezy zębowe), aparaty słuchowe, materiały chirurgiczne i opatrunkowe,
- usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem, w tym m.in. opłaty za: porady lekarskie, wykonanie zabiegów chirurgicznych, zdjęć rentgenowskich, EKG, USG, echogramów, usługi dentystryczne i protezowni dentystrycznych, analizy laboratoryjne, robienie zastrzyków, wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych, opieka nad chorymi, usługi pogotowia ratunkowego,
- usługi szpitalne i sanatoryjne (opłaty za usługi świadczone osobom przebywającym w szpitalu, opłaty związane z leczeniem sanatoryjnym, w zakładach rehabilitacyjnych).

Nie bez znaczenia pozostaje jeszcze kondycja zdrowotna starszych Polaków (zgodnie z Ustawą z dnia 11 września 2015... osoba starsza to osoba, która ukończyła 60. rok życia). Wyniki Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia Ludności przeprowadzone w 2021 roku wskazują, że jedynie 32,4% osób w wieku 60 lat i więcej ocenia swoje zdrowie jako „dobre” lub „bardzo dobre”. W grupie mężczyzn było to 35,4% osób starszych, w grupie kobiet jedynie 30,2%. Natomiast aż 21,2% osób w wieku 60+ ocenia swoje zdrowie jako „złe” lub „bardzo złe”. Taką samoocenę zdrowia wskazało jedynie 10,2% osób w wieku 16 lat i więcej (szerzej: Ministerstwo Rodziny..., 2022).

Powyższe rozważania jednoznacznie implikują konieczność wdrożenia rozwiązań uzupełniających względem publicznej opieki zdrowotnej osób starszych, niezależnie od postulowanej poprawy rozwiązań systemowych. Jednym z nich mogą być prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Celem niniejszego artykułu jest identyfikacja problemów występujących w obszarze finansowania opieki zdrowotnej osób starszych oraz wskazanie możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych seniorom.

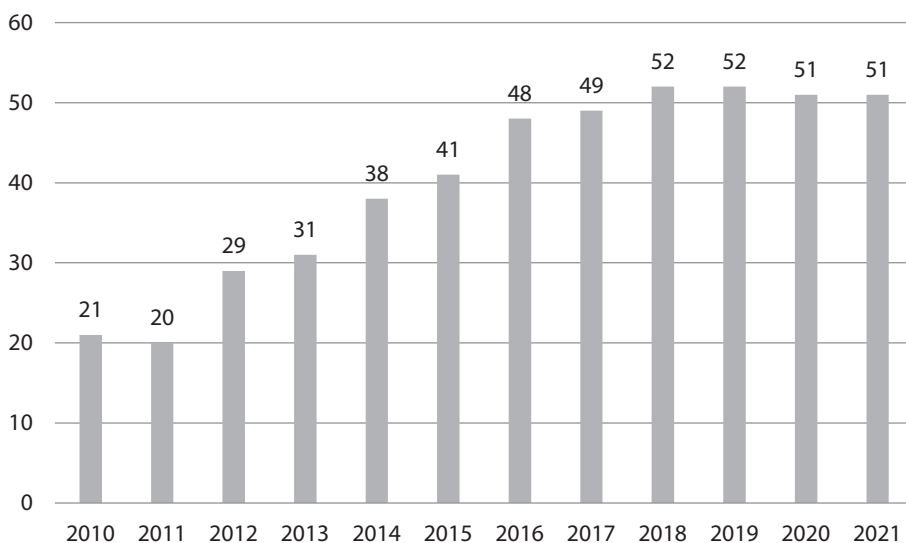
4.2. Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych ze środków publicznych

Obecny system opieki zdrowotnej w Polsce, w tym struktura źródeł finansowania, stanowi efekt reform zapoczątkowanych w okresie transformacji ustrojowo-gospodarczej w latach 90. XX wieku. Finansowanie świadczeń zdrowotnych odbywa się z dominującym udziałem publicznych mechanizmów finansowania, w szczególności z wykorzystaniem metody ubezpieczeniowej i zaopatrzeniowej. W naszym kraju

od lat większość wydatków na opiekę zdrowotną jest finansowana ze środków publicznych, pochodzących głównie z NFZ-et, oraz pomocniczo z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Jak podaje OECD (2022), w 2021 roku udział wydatków finansowanych ze źródeł publicznych w bieżących wydatkach na zdrowie wyniósł 72,6%. W latach 2010-2021 udział ten był dość stabilny i kształtował się w przedziale 69,3-72,6%. Zakres przedmiotowy świadczeń finansowanych z funduszy publicznych jest bardzo szeroki i teoretycznie dostępny, z nielicznymi wyjątkami, bez konieczności wnoszenia dodatkowych opłat ze strony pacjentów. Współpłacenie dotyczy w największym stopniu lekarstw przepisywanych na receptę, a także produktów medycznych i środków pomocniczych, pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgniacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej oraz transportu medycznego (szerzej m.in.: Borda, 2015). W praktyce utrudnienia występujące w dostępie do niektórych świadczeń medycznych, zwłaszcza specjalistycznych, powodują jednak, że pacjenci często korzystają z tych świadczeń finansowanych ze środków prywatnych (prywatne ubezpieczenia zdrowotne, abonamenty medyczne, wydatki typu *out-of-pocket*).

Wzrastający odsetek osób starszych w społeczeństwie nie pozostaje bez wpływu na strukturę udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na ich koszty. W Polsce, w odpowiedzi na zwiększone potrzeby zdrowotne osób starszych, realizowane są specjalne programy profilaktyczne i refundacyjne, w tym: działania w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (2016-2024), działania profilaktyczne w Narodowym Programie Zdrowia 2021-2025 (cel operacyjny – wyzwania demograficzne, które obejmują m.in. dostosowywanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych i działania edukacyjne), program „Leki 75+”, zapewniający pełną refundację określonych lekarstw dla osób, które ukończyły 75 lat, czy też całościowa ocena geriatryczna starszych pacjentów (Ministerstwo Zdrowia, 2023). Osoby w starszym wieku stanowią najdroższą i najtrudniejszą grupę pacjentów z powodu złożoności problemów zdrowotnych, ekonomicznych, społecznych i psychicznych występujących w trakcie opieki nad nimi (Sygit, 2010). Ogromną rolę w leczeniu seniorów odgrywa podstawowa opieka zdrowotna, gdyż lekarz pierwszego kontaktu, znając pacjentów, ich warunki życia i funkcjonowania, ma możliwość właściwego pokierowania leczeniem (Przybyłka, 2017). W Polsce w 2021 roku w obszarze ambulatoryjnej opieki zdrowotnej porady lekarzy rodzinnych udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej stanowiły blisko 35% ogółu porad tego typu, a w odniesieniu do opieki specjalistycznej było to odpowiednio 29,3% ogółu takich porad (szerzej: GUS, 2022).

Odpowiedzią na zapotrzebowanie w zakresie opieki zdrowotnej seniorów jest również rosnąca do 2018 roku liczba oddziałów geriatrycznych w Polsce. Niestety w kolejnych latach nie odnotowano rozwoju w tym zakresie (rys. 4.1). Najwięcej oddziałów geriatrycznych zlokalizowanych było w województwie śląskim – 12 oddziałów, podczas gdy w województwie warmińsko-mazurskim nie było żadnego tego typu oddziału (szerzej: GUS, 2022).



Rys. 4.1. Liczba oddziałów geriatrycznych w Polsce w latach 2010-2021

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów (GUS, 2022).

Dla prawidłowego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób starszych mają znaczenie również poradnie geriatryczne, których liczba wzrasta, choć przyrost jest nieznaczny (tab. 4.1). Jak podaje GUS (2022), zważywszy na liczbę ludności w wieku senioralnym przypa-

Tabela 4.1. Liczba poradni geriatrycznych w Polsce

2018	2019	2020	2021
146	156	151	156

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów (GUS, 2022).

dającą na jedną poradnię geriatryczną, należy stwierdzić, że najlepszą sytuacją w dostępie do tych poradni charakteryzowały się województwa łódzkie i śląskie, gdzie na jedną poradnię przypadało odpowiednio 42,4 tys. i 42,6 tys. osób w wieku 60 lat i więcej. Najmniejszą dostępność odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, w którym na jedną poradnię przypadało 174,6 tys. seniorów. Zrównanie dostępności do poradni geriatrycznych wymaga istotnych nakładów finansowych.

Wydatki ponoszone na świadczenia zdrowotne udzielane osobom starszym stanowią coraz większe obciążenie publicznie finansowanych systemów zdrowotnych. Wydatki te są zwykle wyższe niż w pozostałych grupach wiekowych, a ponadto odznaczają się rosnącą dynamiką wzrostu. W konsekwencji znacząca część wzrostu całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną dotyczy w szczególności wydatków ponoszonych w odniesieniu do grupy wiekowej 60+ (por. Chłoń-Domińczak, 2020). Z jednej strony rośnie liczba pacjentów w podeszłym wieku, którzy zazwyczaj cierpią na choroby przewlekłe, wymagające długotrwałego leczenia, a z drugiej strony

dostępność nowoczesnych procedur leczniczych generuje coraz to większe koszty. Według danych NFZ-etu w 2021 roku koszty leczenia szpitalnego pacjentów w wieku 60 lat i więcej stanowiły aż 54,7% tego typu refundowanych kosztów. Największe wydatki NFZ-etu na leczenie szpitalne seniorów generują oddziały kardiologiczne i oddziały chorób wewnętrznych. Z kolei koszty świadczeń specjalistycznych udzielonych osobom starszym reprezentują 47,6% ogólnej wartości refundacji tych świadczeń, a w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej jest to odpowiednio 38,5% ogólnej wartości tego typu kosztów. Na szczególną uwagę zasługują koszty refundacji leków osób starszych. W 2021 roku NFZ wydał 5,9 mld zł na ten cel, co stanowiło około 62% ogólnej kwoty refundacji leków Polsce (szerzej: GUS, 2022).

Nie ulega wątpliwości, że postępujący proces starzenia się populacji Polski będzie w przyszłości wymagać zwiększonych nakładów na świadczenia zdrowotne udzielane seniorom. Można się spodziewać wzrostu liczby świadczeń z zakresu leczenia chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, a także schorzeń układu nerwowego charakterystycznych dla podeszłego wieku (m.in. choroba Parkinsona, choroba Alzheimera). Dodatkowo, w długim horyzoncie czasowym może być widoczny negatywny wpływ pandemii COVID-19 na stan zdrowia osób starszych, spowodowany brakiem dostępu do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii (brak szybkiej diagnostyki i leczenia), a także długofalowymi konsekwencjami zdrowotnymi zachorowania na COVID-19.

4.3. Prywatne wydatki na zdrowie osób starszych w Polsce

Gospodarstwa domowe osób starszych można podzielić ze względu na różne cechy. Jedną z nich jest wiek osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego. Wyróżnia się tutaj gospodarstwa domowe seniorów, którzy są aktywni na rynku pracy, chcą zachować młodość jak najdłużej i korzystać w pełni z życia. Najczęściej są to osoby znajdujące się w pierwszej fazie starości i początkowych latach drugiej fazy starości². Druga grupa gospodarstw domowych seniorów składa się z osób, których wiek wskazuje na późną starość, lub wręcz będących w ostatniej (trzeciej) fazie starości. Gospodarstwa te zazwyczaj obciążone są sporymi wydatkami na opiekę zdrowotną i/lub pielęgnacyjną (Kowalczyk-Rólczyńska, 2018). Niestety, jak wskazują dane Komisji Europejskiej (2021b), w Polsce z roku na rok udział osób w wieku 80+ w grupie osób 65 lat i więcej będzie coraz większy. W 2019 roku wynosił on 24,5%, a w 2070 roku niemalże się podwoi i ukształtuje się na poziomie 46,3%. Oznacza to, że zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, opiekę medyczną oraz usługi opiekuńcze będzie sukcesywnie rosło i coraz częściej będzie się realizowało ryzyko niesamodzielności. Należy

² Światowa Organizacja Zdrowia wyodrębnia trzy fazy starości: *young old* (60-74 lata), *old old* (75-84 lata) oraz *oldest old* (85 lat i więcej).

zaznaczyć, że jak podaje Bank Światowy (2015), nieformalna opieka długoterminowa zapewniana głównie przez rodzinę nie jest już dominującą formą opieki. Stopniowo zastępuje ją formalna opieka długoterminowa, organizowana przez instytucje państwowe lub prywatne. Dlatego też zmieniająca się struktura wiekowa osób starszych będzie istotnie wpływała na wysokość prywatnych wydatków na zdrowie seniorów i ich udziału w wydatkach ogółem. Dostępne dane pokazują, że począwszy od 2018 roku, udział wydatków na zdrowie w wydatkach na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów rośnie (tab. 4.2). Rosną także wydatkowane środki, co może być w ostatnim czasie podyktowane stosunkowo wysoką stopą inflacji. Brak odpowiedniego wsparcia ze strony państwa (np. dostosowanej do potrzeb seniorów listy refundowanych leków) będzie sprawiać, że osoby starsze będą musiały zrezygnować z zakupu innych dóbr na rzecz sfinansowania wydatków na zdrowie lub świadomie będą rezygnowały z zakupu artykułów medyczno-farmaceutycznych (por. Piekut i Gutkowska, 2016).

Tabela 4.2. Przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów oraz udział przeciętnych miesięcznych wydatków na zdrowie w przeciętnych miesięcznych wydatkach na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów w latach 2012-2021

Wyszczególnienie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Wydatki na zdrowie (w zł)	95,54	101,92	99,82	99,98	106,73	112,25	104,39	111,31	113,54	127,03
Udział wydatków na zdrowie w wydatkach na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę w grupie emerytów (w %)	8,74	9,01	8,81	8,73	8,99	9,19	8,56	8,64	8,97	9,17

Źródło: opracowanie własne na podstawie (GUS, 2013-2022).

W grupie wydatkowanych przez osoby starsze środków na zdrowie największy udział (między 70 a 80% w latach 2012-2021) mają wydatki na wyroby medyczno-farmaceutyczne oraz urządzenia i sprzęt medyczny (rys. 4.2). Jest to niepokojąca sytuacja, zważywszy na to, że znaczna część leków jest refundowana, a refundacja dotyczy szczególnie leków stosowanych w leczeniu chorób wieku podeszłego dla wszystkich osób, które ukończyły 75. rok życia. Może to oznaczać, że wsparcie ze strony państwa oferowane seniorom jest niewystarczające, a lista refundowanych leków nie w pełni koresponduje z potrzebami osób starszych. W konsekwencji są oni zmuszeni do finansowania zakupu leków ze środków prywatnych.



Rys. 4.2. Struktura przeciętnych miesięcznych wydatków na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów w latach 2012-2021

Źródło: opracowanie własne na podstawie (GUS, 2013-2022).

Należy dodać, że struktura rodzajowa prywatnych wydatków na zdrowie emerytów jest zdeterminowana poprzez zakres przedmiotowy systemu zabezpieczenia zdrowotnego, opieka szpitalna bowiem finansowana jest głównie z NFZ-etu.

4.4. Zakres prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych a potrzeby zdrowotne seniorów w Polsce

Zakres oferty prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dostępnych dla osób starszych w znacznym stopniu kształtowany jest przez pakiet usług medycznych gwarantowanych w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Jak już wspomniano, w ujęciu teoretycznym system publiczny zapewnia bardzo szeroki zakres świadczeń zdrowotnych, niemniej jednak bolączką tego systemu są częste problemy z dostępnością, zwłaszcza świadczeń specjalistycznych. Długi okres oczekiwania na specjalistyczną usługę zdrowotną jest szczególnie niekorzystny z punktu widzenia osób starszych, u których szybka diagnoza schorzeń, zwłaszcza tych o charakterze przewlekłym, daje szansę na szybkie podjęcie leczenia i przedłużenie życia. Ponadto ryzyko zachorowania na określone schorzenia, stanowiące od lat główne przyczyny zgonów, jak np. choroby układu krążenia czy nowotwory złośliwe (rak prostaty, rak płuc, rak piersi, rak jelita grubego), wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem (m.in. Chłoń-Domińczak, 2020; Tokarska i Borda, 2023).

Punktem wyjścia do konstrukcji ubezpieczeń zdrowotnych adresowanych do osób starszych powinno być rozpoznanie potrzeb potencjalnych ubezpieczonych. Powstaje zatem pytanie, czego oczekują klienci po 60. roku życia, aby oferta prywatnego ubezpieczenia była dla nich atrakcyjnym sposobem zabezpieczenia na wypadek utraty zdrowia. Na podstawie uprzednio wspomnianych uwarunkowań systemowych można wnioskować, że polisa ubezpieczenia zdrowotnego dla seniorów powinna zapewniać w szczególności: szybki dostęp do wykwalifikowanych specjalistów i nowoczesnej diagnostyki (w tym przede wszystkim z zakresu geriatrici, kardiologii, onkologii, okulistyki, ortopedii, neurologii), sprawną organizację i finansowanie procesu leczenia, zwłaszcza poważnych schorzeń, kompleksowe wsparcie podczas procesu leczenia i rehabilitacji dla pacjenta i jego rodziny, zapewnienie dostępu do nowoczesnych terapii i lekarstw nier refundowanych przez NFZ (np. w ramach terapii antynowotworowych) oraz pokrycie ich kosztów, jak również codzienny monitoring stanu zdrowia i łatwy kontakt z personelem medycznym w razie jego pogorszenia, z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych. Warto przy tym pamiętać, że osoby starsze stanowią specyficzną grupę konsumentów usług ubezpieczeniowych, dla której kluczowe są prostota i przejrzystość konstrukcji produktu ubezpieczeniowego, a także zaufanie do zakładu ubezpieczeń, najczęściej wynikające z wieloletniej współpracy z danym ubezpieczycielem. Jak wskazują wyniki badań ankietowych, osoby starsze polegają na tradycyjnych kanałach dystrybucji (sprzedaż bezpośrednia, agenci i brokerzy ubezpieczeniowi), natomiast stosunkowo rzadziej lub w ogóle nie korzystają z Internetu w celu zakupu ubezpieczenia. Ponadto seniorzy charakteryzują się stosunkowo niską świadomością ubezpieczeniową, w tym słabą znajomością oferty ubezpieczeniowej (Nowotarska-Romaniak i Czyżewska, 2018). Nie bez znaczenia są też ograniczone możliwości finansowe seniorów z uwagi na relatywnie niski poziom dochodów osób w okresie emerytalnym, co powoduje, że osoby te wielokrotnie rezygnują ze świadczeń zdrowotnych i wykupu lekarstw, pomimo zaistnienia potrzeby podyktowanej stanem zdrowia.

Z kolei z punktu widzenia ubezpieczyciela senior jako ubezpieczony oznacza zwykle zwiększoną częstotliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach ubezpieczenia, a co za tym idzie – objęcie ochroną ubezpieczeniową osób starszych zwiększa prawdopodobieństwo negatywnej selekcji. W odniesieniu do ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze odszkodowawczym (np. ubezpieczenie kosztów leczenia) warto dodać, że wysokość składki ubezpieczeniowej uwzględnia nie tylko przewidywany poziom ryzyka, ale również szacowane koszty świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach ochrony. Zasadniczym problemem jest zatem fakt, iż produkty ubezpieczeń zdrowotnych powinny być rentowne dla zakładów ubezpieczeń i jednocześnie dostępne cenowo dla osób starszych.

Ubezpieczyciele funkcjonujący na polskim rynku z dużą ostrożnością podchodzą do oferowania ubezpieczeń zdrowotnych osobom starszym. Brakuje typowych pro-

duktów ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych wyłącznie seniorom, co wynika z wysokiego poziomu ryzyka oraz stosunkowo niskich możliwości popytowych tej grupy klientów (Nowotarska-Romaniak i Czyżewska, 2018). W ramach oferty obejmującej ubezpieczenia kosztów leczenia (tzw. kompleksowe), ubezpieczenia lekowe, ubezpieczenia ciężkich chorób, w tym tzw. onkopolisy, czy też ubezpieczenia pobytu w szpitalu możliwości ubezpieczenia osób starszych są wyraźnie ograniczone. Ubezpieczyciele stosują tu rozwiązania zabezpieczające przed nadmiernym korzystaniem ze świadczeń i w efekcie negatywną selekcją. Przede wszystkim zakłady ubezpieczeń stosują limity wiekowe. Przyjęcie do ubezpieczenia możliwe jest zazwyczaj dla osób w wieku 18-60 lat, a ochrona ubezpieczeniowa najczęściej trwa do ukończenia 60. bądź 65. roku życia. Wyjątkami są tutaj m.in. ubezpieczenie Polisa Zdrowie oferowane przez TU Zdrowie, zapewniające ochronę do ukończenia 70. roku życia, czy też ubezpieczenie Allianz Best Doctors – odpowiednio do ukończenia 85 lat. Z reguły czas trwania umowy ubezpieczenia wynosi 1 rok, a maksymalnie 5 lat (w przypadku ubezpieczeń ciężkich chorób) z możliwością przedłużenia, z czym wiąże się jednak rekalkulacja wysokości składki uwzględniającej aktualny poziom ryzyka, które wzrasta wraz z wiekiem. Ponadto ubezpieczyciele stosują okresy karencji, a także limity kwotowe, ilościowe i czasowe dostępnych świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych, co w praktyce utrudnia zrozumienie formuły produktu ubezpieczeniowego przez osoby starsze. W celu rozproszenia ryzyka oferuje się seniorom przystąpienie do ubezpieczenia w ramach pakietów rodzinnych lub w formie indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie.

W przypadku abonamentowej opieki zdrowotnej widoczne jest już szersze uwzględnienie potrzeb zdrowotnych osób starszych poprzez oferowanie im specjalnych pakietów medycznych. Przykładowo grupa LUX MED oferuje aż pięć pakietów opieki medycznej przeznaczonych dla osób w wieku 71-80 lat. Ceny pakietów wahają się pomiędzy 160 a 942 zł miesięcznie, a zakres najszerszego z nich obejmuje ambulatoryjną opiekę medyczną, w tym: nielimitowane wizyty i konsultacje u wybranych lekarzy specjalistów (37 specjalistów) oraz dostęp do szerokiej gamy badań laboratoryjnych i diagnostycznych, jak również koordynację leczenia szpitalnego (szerzej: LUX MED, 2023). Z kolei firma Medicover w ramach pakietów rodzinnych zapewnia elementy długoterminowej opieki w domu oraz pobytu w ośrodku rehabilitacyjno-opiekuńczym (Nowotarska-Romaniak i Czyżewska, 2018).

4.5. Zakończenie

Rosnąca liczba osób starszych w Polsce stanowi ogromne wyzwanie w dziedzinie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej oraz struktury rodzajowej udzielanych świadczeń adekwatnie do potrzeb zdrowotnych seniorów. Rozwiązania dostępne w sektorze publicznym nie nadążają za trendami demograficznymi, wskutek czego

osoby starsze, często charakteryzujące się ograniczonymi możliwościami dochodowymi, zmuszone są do ponoszenia prywatnych wydatków na zdrowie. Widoczny w ostatnich latach wzrost tego typu wydatków stanowi coraz większe obciążenie budżetów gospodarstw domowych emerytów, co dotyczy zwłaszcza osób będących w drugiej i trzeciej fazie starości, które zwykle nie mają już możliwości dodatkowego zarobkowania. Wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych *out-of-pocket*, w tym cen lekarstw, może się również przyczynić do rezygnacji z ich konsumpcji.

Powyższe uwarunkowania stwarzają realne przesłanki do dalszego rozwijania oferty produktów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce adresowanych do osób starszych. Należy zaznaczyć, że ubezpieczenie zdrowotne, jak również abonament medyczny to mechanizmy finansowania opieki zdrowotnej o charakterze przedpłat (typu *pre-paid*), w przypadku których następuje rozłożenie ryzyka finansowania wydatków zdrowotnych pomiędzy uczestnikami danego programu. Dzięki temu nagłe wystąpienie choroby i konieczność ponoszenia wydatków związanych z leczeniem nie stanowią tak dużego obciążenia dla budżetu gospodarstwa domowego, jak ma to miejsce w przypadku płatności „z kieszeni” pacjenta.

Obecnie prywatne ubezpieczenia zdrowotne dostępne na rynku polskim w bardzo ograniczonym zakresie uwzględniają potrzeby zdrowotne seniorów. Można jednak oczekiwać, że z uwagi na postępujące starzenie się społeczeństwa oferta ubezpieczeń zdrowotnych adresowanych do osób starszych będzie się rozszerzać, czego dobrym przykładem są już dostępne pakiety abonamentowej opieki medycznej skonstruowane z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych tej grupy odbiorców. Wśród głównych kierunków dalszego rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych osobom starszym warto wskazać na: poszerzenie przedziału wiekowego ubezpieczonych, dopasowanie zakresu przedmiotowego ochrony do specyficznych potrzeb zdrowotnych seniorów, w tym uwzględnienie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (ubezpieczenie LTC), a także szersze niż do tej pory wykorzystanie rozwiązań telemedycznych, zapewniających bieżący monitoring stanu zdrowia i szybki kontakt z lekarzem.

Literatura

- Bank Światowy. (2015). *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*. https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf
- Borda, M. (2015). *Medyczne konta oszczędnościowe w finansowaniu opieki zdrowotnej. Koncepcja, modele, uwarunkowania*. Wydawnictwo Poltext.
- Borda, M. (2020). Odszkodowawcze ubezpieczenia onkologiczne w Polsce. W: B. Więckowska, A. Maciejczyk (red.), *Innowacyjna onkologia. Potrzeby, możliwości, system* (s. 93-97). PZWL.

- Chłoń-Domińczak, A. (2020). Statystyki i projekcje epidemiologiczne zachorowań na nowotwory złośliwe w kontekście starzenia się ludności. W: B. Więckowska, A. Maciejczyk (red.), *Innowacyjna onkologia. Potrzeby, możliwości, system* (s. 12-19). PZWL.
- Czerw, A. (2020). *Adekwatność i efektywność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych*. Raport końcowy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2013-2022). *Budżety gospodarstw domowych*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/budzety-gospodarstw-domowych-w-2022-roku,9,21.html>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.* Analizy Statystyczne GUS, Warszawa – Białystok.
- Komisja Europejska. (2021a). *State of Health in the EU*. Polska. Pobrane 26 kwietnia 2023 z https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_poland_polish.pdf
- Komisja Europejska. (2021b). *The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*. Pobrane 26 kwietnia 2023 z https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en
- Kowalczyk-Rólczyńska, P. (2018). *Equity release w finansach gospodarstw domowych osób starszych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- LUX MED. (2023). *Abonamenty dla seniorów*. Pobrane 6 maja 2023 z <https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/abonamenty/abonamenty-dla-seniorow>
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (2022). Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 r. Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia. (2023). *Zdrowie osób starszych*. Pobrane 2 maja 2023 z <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-osob-starszych>
- Nowotarska-Romaniak, B. i Czyżewska, J. (2018). Seniorzy jako konsumenci prywatnych usług zdrowotnych. *Marketing i Zarządzanie*, 3(53), 121-132. <https://doi.org/10.18276/miz.2018.53-11>
- OECD. (2022). *Health Statistics 2022*. Pobrane 27 kwietnia 2023 z https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT
- Piekut, M. i Gutkowska, K. (2016). Wydatki na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(46), 36-44.
- Przybyłka, A. (2017). Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. *Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, (309), 179-190.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2022 r. poz. 2814)
- Savills Research. (2019). *European Senior Housing*. Pobrane 4 maja 2023 z <https://pdf.euro.savills.co.uk/european-commercial-markets/european-senior-housing-2019.pdf>
- Sygit, M. (2010). *Zdrowie publiczne*. Wolters Kluwer Polska.
- Tokarska, M. i Borda, M. (2023). Choroby cywilizacyjne jako czynnik ryzyka w ubezpieczeniach na życie w Polsce. *Studies in Risk and Sustainable Development. Ryzyko i Zrównoważony Rozwój. Studia Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, (397), 1-8. <https://doi.org/10.22367/srsd.2023.397.5>
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705)
- World Health Organization. (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>
- Wyszkowska, Z. (2020). Ocena stopnia gotowości pacjentów do współpłacenia za świadczenia opieki zdrowotnej. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 4(64), 181-183. <https://doi.org/10.15584/nsawg.2020.4.12>

Rozdział 5

Koszty opieki w okresie starości (LTC) jako przedmiot ubezpieczenia prywatnego

JEL Classification: G22, G41, H55, I13 J14

Anna Jędrzychowska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: anna.jedrzychowska@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0002-3837-1734

Ilona Kwiecień

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: ilona.kwiecien@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0003-3382-9467

Ewa Poprawska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: ewa.poprawska@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0002-6024-6462

Cytuj jako: Jędrzychowska, A., Kwiecień, I. i Poprawska, E. (2023). Koszty opieki w okresie starości (LTC) jako przedmiot ubezpieczenia prywatnego. W: I. Kwiecień i P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce* (s. 97-112). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Streszczenie: W rozdziale została podjęta tematyka związana z możliwością wykorzystania instrumentu ubezpieczenia prywatnego dla finansowania ryzyka opieki długoterminowej osób starszych na polskim rynku z uwzględnieniem specyfiki demograficznej, jak i doświadczeń światowych. Przedmiotem analizy jest znaczenie ryzyka, skutków i możliwość finansowania ich poprzez prywatne ubezpieczenie. Szczególny nacisk położono na przykład empiryczny – analizę kosztu ochrony ubezpieczeniowej, który uwzględnia zarówno moment w życiu, w którym została podjęta decyzja, jak i sumę ubezpieczenia, oraz na tym tle koszt przy składce jednorazowej, jak i w wariantach, gdy składka ta jest rozłożona na dłuższy czas, z założeniem, że ochrona

byłaby uruchamiana dla osoby w wieku 65 lat adekwatnie do zgłaszanego poziomu niesamodzielności i puli świadczeń zapewnianych dla tego stanu. Zostały tu wykorzystane informacje ekonomiczne i demograficzne dla Polski i Niemiec.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia srebrne, opieka długoterminowa, zarządzanie finansami osobistymi, ubezpieczenia społeczne, LTC, renty

5.1. Ryzyko niedołążności i jego skutki

Naturalną konsekwencją starzenia się, chorób i urazów jest postępująca utrata zdolności do wykonywania czynności niezbędnych w codziennym życiu oraz rosnąca zależność od pomocy innych osób, początkowo doraźnej, później w coraz większym zakresie, aż do stałej. Osoby doświadczające takich trudności wymagają opieki, która może być realizowana przez członków rodziny lub przez osoby zajmujące się profesjonalnie świadczeniem tego typu usług – w domu lub w placówce zewnętrznej. Opieka taka określana jest jako tzw. długoterminowa opieka pielęgnacyjna (*Long Term Care* – LTC). W raportach jest ona definiowana jako świadczenia, jakich wymagają osoby o obniżonym poziomie sprawności funkcjonalnej (fizycznej lub poznawczej), które w związku z tym są uzależnione od długoterminowej pomocy z zewnątrz w wykonywaniu czynności dnia codziennego (zob. European Commission, 2015; OECD, 2011; WHO, 2001). Według WHO (2002) głównym celem systemów opieki długoterminowej jest „zapewnienie, aby osoba, która nie jest w pełni zdolna do długoterminowej samoopieki, mogła zachować jak najlepszą jakość życia, z możliwie największym stopniem samodzielności, autonomii, uczestnictwa, osobistego spełnienia i godności ludzkiej”.

Przybyłowicz (2017) wskazuje na trzy kluczowe elementy, jakie składają się na LTC:

- niezdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych (takich jak siadanie, wstawanie, chodzenie, odżywianie się, dbanie o higienę osobistą),
- konieczność osobistej opieki rozumianej jako udzielanie pomocy w zakresie zależnym od indywidualnej sytuacji osoby niesamodzielnej,
- relatywnie długi okres trwania przy jednoczesnym niskim stopniu odwracalności sytuacji.

LTC odnosi się zatem do szerokiego zakresu wspierających usług medycznych, osobistych i socjalnych potrzebnych ludziom, którzy nie są w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych przez dłuższy czas z powodu wypadku, choroby lub osłabienia sprawności, np. na skutek starzenia się.

Problem opieki długoterminowej nie dotyczy jedynie osób starszych, jednakże z uwagi na tendencje demograficzno-społeczne zyskuje w tej grupie osób cechę ryzyka fundamentalnego. Problem ma charakter globalny – w 1950 roku mniej niż 1% światowej populacji było w wieku powyżej 80 lat – szacuje się, że do 2050 roku odse-

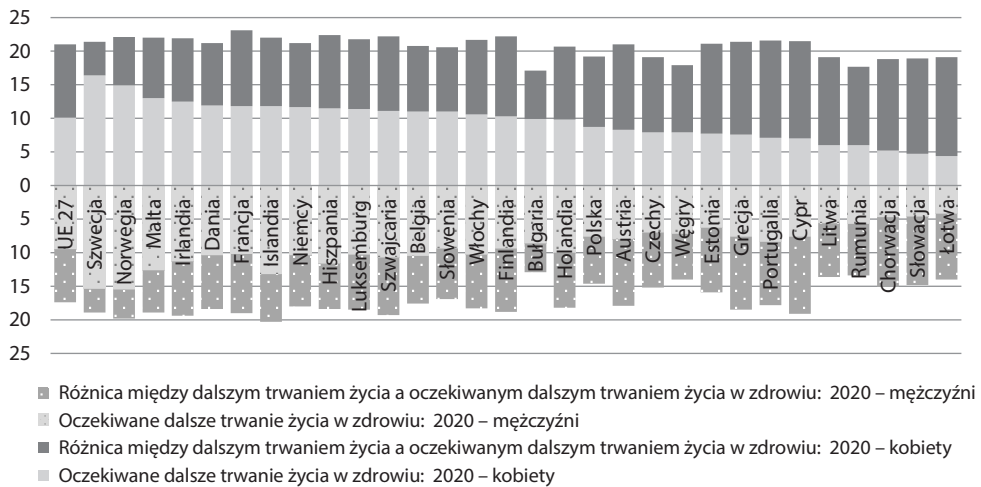
tek osób w wieku 80 lat i więcej wzrosnie do prawie 10% w krajach OECD. Jakkolwiek jest on szczególnie istotny w krajach rozwijających się z uwagi na wyższy wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi. W 2020 roku dla krajów UE wynosi on 32%, prognozy na rok 2050 to 52%, a na 2100 – 57%. Dla Polski prognozy te są jeszcze mniej optymistyczne, obecnie jest to 27,5%, w 2050 roku wartość wskaźnika ma osiągnąć 52,2%, a w 2100 roku – aż 63,2%, co jest najwyższym wynikiem spośród krajów europejskich (Eurostat, 2021b).

W literaturze identyfikuje się jako kluczowe czynniki wzrostu popytu na opiekę długoterminową: zwiększającą się długość życia, singularyzację gospodarstw domowych w związku z niskimi wskaźnikami dzietności lub zjawiskiem bezdzietności, migracją dorosłych dzieci, rozluźnienie więzi lub aktywizację zawodową kobiet tradycyjnie opiekujących się starszymi członkami rodziny (por. Błędowski i in., 2012; Eitner i in., 2011; Jędrzychowska i in., 2020).

Z drugiej strony obserwujemy kryzys systemów emerytalnych, prognozy malejących stóp zastąpienia i niewystarczające dochody z publicznych systemów emerytalnych, podczas gdy badania wskazują, że emerytura taka jest podstawowym przychodem gospodarstw domowych osób starszych. Dochody w postaci emerytury systemowej nie uwzględniają dynamiki potrzeb w fazach starości. Problem zyskuje na znaczeniu w późniejszym wieku – odsetek zgłaszających ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności wynosi w grupie 65-74 lata średnio 40% dla kobiet, 37% dla mężczyzn; w grupie 75+ kobiety stanowią 62%, mężczyźni 53%. Odsetek ograniczeń jest wyższy w krajach takich jak Łotwa, Słowacja, Albania, Turcja, a najniższy w Szwecji, Islandii i w Niemczech. W efekcie w zakresie potrzeb opiekuńczych identyfikuje się wzrost potrzeb z wiekiem, wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia, aż do ryzyka stanu poważnej niepełnosprawności i całkowitej niesamodzielności, przy jednocześnie malejącej zdolności do dodatkowej aktywności zarobkowej. Na rys. 5.1 zestawiono długość dalszego trwania życia dla osób w wieku 65+ (łącznie wysokość słupków) z dalszym trwaniem życia w zdrowiu (słupki jasnoszare) dla krajów europejskich w 2020 roku.

Ryzyko uzależnienia kobiet od wsparcia (także finansowego) wzrasta, gdy do trendów demograficznych dodamy analizę poziomu emerytur kobiet. W 2019 roku średnia różnica w emeryturach kobiet i mężczyzn w wieku 65+ w UE wynosiła aż 29,4%.

Wzrost potrzeb w fazach starości ma szczególne znaczenie w sytuacji, gdy instrumenty dodatkowego oszczędzania na emeryturę nie zapewniają płatności dożywotnich – tak jak w Polsce PPK, IKE, IKZE czy PPE – a nadto wysokość świadczeń jest kalkulowana jako stała dla całego cyklu starości (pomijając waloryzację). Emerytury terminowe kreują szczególnie istotne ryzyko dla kobiet z uwagi na dłuższe trwanie życia. Utrzymywany w Polsce niższy wiek emerytalny dodatkowo wpływa na wartość gromadzonego kapitału emerytalnego, potęgując efekt wciąż istniejącej luki dochodowej.

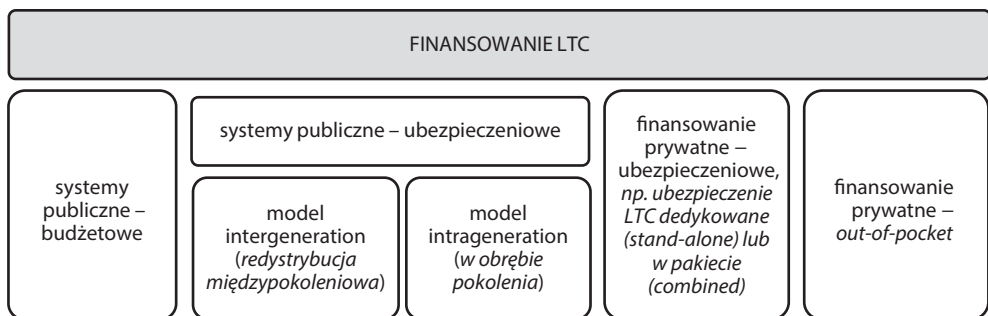


Rys. 5.1. Dalsze trwanie życia w zdrowiu w wieku 65+

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych (Eurostat, 2020a; Eurostat, 2020b).

5.2. Finansowanie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej

Powyższe tendencje przyczyniają się do wzrostu zapotrzebowania na zewnętrzne usługi opiekuńcze, co w połączeniu z zapotrzebowaniem na specjalistyczne urządzenia spowoduje wzrost kosztów takiej opieki. Wydatki rządowe i prywatne na rynek długoterminowej opieki pielęgnacyjnej wynoszą według raportu OECD średnio aż 1,5% PKB i szacuje się, że się podwoją, a nawet potroją do 2050 roku. Aby sprostać temu wyzwaniu, konieczna jest kompleksowa wizja opieki długoterminowej, łącząca różne koncepcje finansowania (rys. 5.2).



Rys. 5.2. Finansowanie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Eling i Ghavibazoo, 2018).

Chociaż większość kosztów opieki zdrowotnej w UE pokrywają systemy zabezpieczenia społecznego, długoterminowa opieka społeczna jest zwykle traktowana inaczej. W konsekwencji oznacza to, że odpowiedzialność za finansowanie opieki instytucjonalnej często spoczywa na osobie starszej wymagającej takiej opieki, co może stanowić obciążenie dla jej rodziny w przypadku braku wystarczających środków. Biorąc pod uwagę stopień zaangażowania rodziny i społeczeństwa w opiekę nad starszymi pokoleniami, zasadna jest dyskusja nad wprowadzeniem obowiązkowych ubezpieczeń długoterminowych jako uzupełnienia systemów zabezpieczenia społecznego, choćby na minimalnym poziomie. Jest to szczególnie ważne obecnie, gdy zmieniają się postawy społeczne, dzieci coraz rzadziej podejmują samodzielną opiekę nad rodzicami, a zamiast tego przekazują ją placówkom opiekuńczym i zleconym (Eitner i in., 2011; Błędowski i in., 2012). Wiąże się to nie tylko ze słabszymi więziami rodzinnymi, ale także z mieszkaniem w innych miastach na skutek emigracji lub pozostaniem w większym mieście po skończonych studiach.

W Polsce brakuje kompleksowych rozwiązań w dziedzinie opieki nad osobami niesamodzielnymi. Prowadzono prace np. nad projektem ustawy (*Komentarz i objaśnienia...*, 2013), której założeniem było uporządkowanie stanu prawnego i wprowadzenie kompleksowych rozwiązań, m.in. dotyczących finansowania świadczeń (np. refundacja kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, wprowadzenie czeku opiekuńczego) czy wspierających osoby sprawujące opiekę nad osobami niesamodzielnymi (np. wprowadzenie „urlopu wytchnieniowego”, elastyczny czas pracy i ochrona w pracy dla opiekunów osób niesamodzielnymi). Została ona jednak w 2018 roku odrzucona.

W dalszej części rozdziału uwaga skupiona zostanie na prywatnych ubezpieczeniach LTC, które stanowić mogą instrument finansowania w razie braku rozwiązań systemowych, jak i uzupełnienie zakresu świadczeń, a także wskazane zostaną bariery ich rozwoju.

5.3. Prywatne ubezpieczenia LTC

Początek rynku ubezpieczeń LTC sięga lat 60. XX wieku w USA. Obecnie te produkty oferowane są m.in. na takich rynkach, jak: Japonia, Francja, Szwajcaria czy Wielka Brytania. Produkty LTC nie mają jednej formy. Można je podzielić ze względu na wiele różnych kryteriów (szerzej: Więckowska, 2008). Ze względu na charakter świadczenia można wyszczególnić produkty o zdefiniowanej wysokości świadczenia w dacie początku ochrony ubezpieczeniowej (tzw. nieodszkodowawcze) oraz o niezdefiniowanej wysokości świadczenia (odszkodowawcze). Pierwsze z wymienionych mogą mieć postać płatności jednorazowej lub renty o charakterze stałym lub rosnącym (np. indeksowane). Ze względu na powiązanie produktu LTC z innymi typami ubezpieczeń można wyróżnić: ubezpieczenia samodzielne, podwyższoną rentę, ubezpieczenie

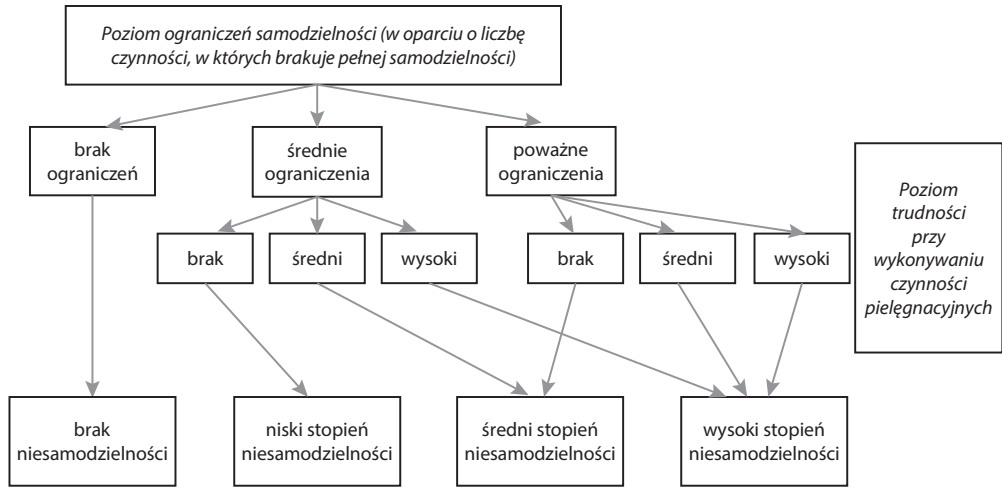
dotatkowe – do bazowego produktu ubezpieczeniowego, np. ubezpieczenia na życie (wówczas świadczenie określane jest jako procent sumy ubezpieczenia w podstawowym produkcie), ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, ochrona oferowana w ramach pakietu różnych świadczeń. Ze względu na formę uczestnictwa wyróżnia się produkty indywidualne, grupowe i stowarzyszeniowe. Przy podziale z uwzględnieniem formy realizacji świadczeń wyróżnia się: opiekę zdrowotną sprawowaną w warunkach domowych, opiekę hospicyjną, opiekę tymczasową, wytchnieniową, opiekę osobistą w domu, usługi świadczone w domach opieki, usługi świadczone przez ośrodki opieki dziennej.

Problemem w ubezpieczeniach LTC jest definiowanie zdarzenia ubezpieczeniowego. Stosuje się tu wybrane skale oceny stopnia niesamodzielności, z których dwie najpowszechniejsze to skala ADL (*Activity of Daily Living*) oraz IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), jak i Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD10). Nie są to jedyne możliwe do wykorzystania narzędzia (szerzej na temat innych skal m.in.: Pawlak i in., 2018; Więckowska, 2008). W zależności od przyjętych założeń różne mogą być też zakresy świadczeń. Warto więc wskazać czynniki, które mogą mieć wpływ na decyzję o zakupie tego typu produktu oraz na wysokość składki, są to m.in. wiek i długość życia, płeć, sytuacja rodzinna, aktualny stan zdrowia, dochody i posiadany majątek.

5.4. Ilustracja numeryczna

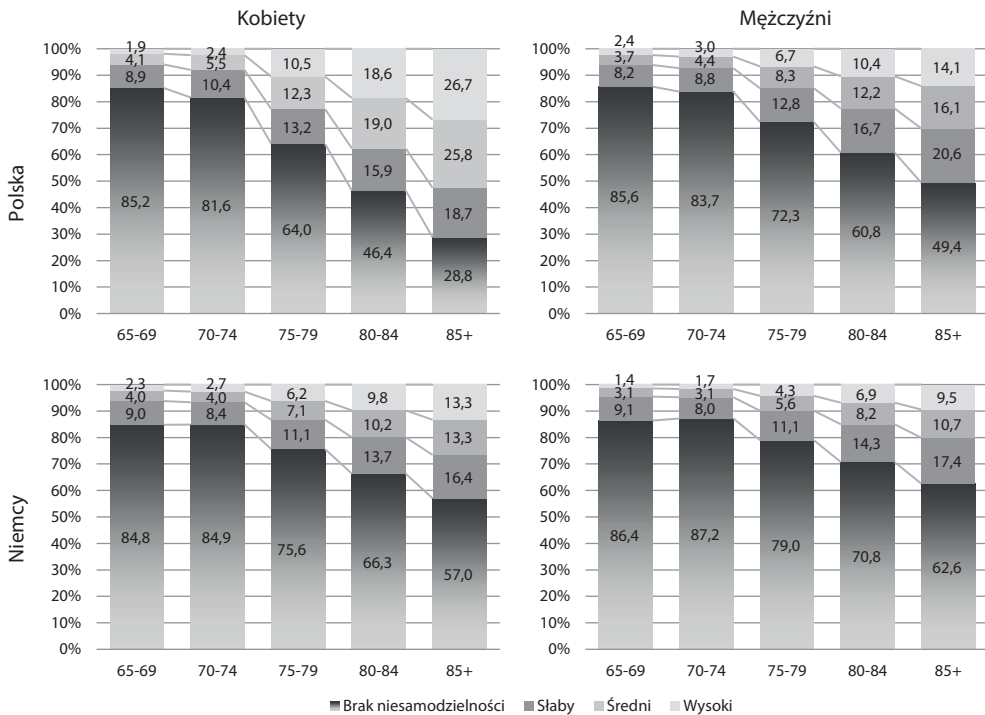
W części empirycznej zostanie przeanalizowany przykładowy produkt prywatnej opieki pielęgnacyjnej. Ochrona byłaby uruchamiana dla osoby w wieku 65 lat adekwatnie do zgłaszanego poziomu niesamodzielności i puli świadczeń zapewnianych dla tego stanu. Zostały tu wykorzystane informacje ekonomiczne i demograficzne dla Polski i Niemiec. Celem jest analiza oczekiwanych kosztów takiego produktu, zarówno w ujęciu składki jednorazowej, jak i w wariantach, gdy składka jest rozłożona na dłuższy okres, czyli środki są gromadzone przez dłuższy czas. W badaniu wykorzystano dane z Eurostatu dotyczące trudności w wykonywaniu czynności związanych z opieką osobistą oraz wysokości zarobków.

Najpierw ustalono prawdopodobieństwo niedołęstwa. Ustalono je w oparciu o zgłaszany poziom ograniczenia w funkcjonowaniu obywateli Polski i Niemiec (Eurostat, 2019a), a następnie, jako uszczegółowienie, określono, jak ten stopień ograniczenia był dotkliwy. Ustalono więc, z jakim prawdopodobieństwem osoba w danym wieku zaliczana jest do grupy: zdrowej, o niskim, średnim lub dużym zapotrzebowaniu na pomoc (Eurostat, 2019b). Schematycznie zaprezentowano to na rys. 5.3, a wyniki przypisania dla poszczególnych stanów niesamodzielności przedstawiono na rys. 5.4.



Rys. 5.3. Schemat ustalania struktury stanów niesamodzielności

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 5.4. Struktura stanów niesamodzielności w podziale na wiek w populacjach kobiet i mężczyzn w Polsce i w Niemczech

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Eurostat, 2019a; Eurostat, 2019b).

Należy wspomnieć, że dane Eurostatu dostarczają informacji o stanie zdrowia w grupach wiekowych: 55-64, 65-74 i 75+. Uznano, że różnice w stanie zdrowia osób w tych trzech grupach różnią się między sobą (nie można uznać przykładowo, że 65- i 74-latek mają taki sam stopień niesamodzielności) i stosując metodę jednostajnego liniowego rozkładu stworzono pośrednie grupy wiekowe – co pięć lat.

Jak można zaobserwować w obu krajach, samodzielność kobiet w każdej grupie wiekowej jest niższa niż mężczyzn, co widać szczególnie w najstarszych grupach wiekowych – tylko 28,5% Polek i 57% Niemek w wieku 85+ uważa się za samodzielne, podczas gdy za samodzielnych uznaje się 49,4% Polaków i 62,6% Niemców. Równocześnie zauważalny jest niższy poziom samodzielności Polek i Polaków względem Niemek i Niemców – np. w grupie wiekowej 70-74 lata za zdrowe uważa się 81,6% Polek, a Niemek – 83,7%, w populacji mężczyzn zaś – 84,9% Polaków i 87,2% Niemców.

Należy jeszcze się odnieść do założenia dotyczącego formy pomocy, która byłaby zapewniana osobie starszej w ramach omawianego produktu. W naszym podejściu jest to ubezpieczenie, w którym bazą jest zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie bardziej logistyczno-organizacyjne, np. transport, robienie zakupów itp. Dlatego do wyceny przyjęto średnią stawkę godzinową dla osoby zatrudnionej jako „asystent osoby starszej”. Przyjęto, że świadczenie przybiera formę renty o stałej wartości realnej dla danego stanu. Przy ustalaniu zakresu świadczeń posłużono się projektem komentarza i objaśnień do projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym (*Komentarz i objaśnienia...*, 2013). Założono, że zakres ten będzie taki sam w obu krajach (zakres godzinowy pomocy zawarto w tab. 5.1).

Tabela 5.1. Zakres godzinowy opieki pielęgnacyjnej zależnie od stopnia niesamodzielności

Zakres opieki		Stopień niesamodzielności			
		brak niesamodzielności	niski	średni	wysoki
Liczba godzin	dziennie	0	1,5	4	6
	rocznie	0	540	1440	2160

Źródło: opracowanie własne na podstawie projektu (*Komentarz i objaśnienia...*, 2013).

Następnie ustalono oczekiwany roczny zakres świadczeń dla osób w poszczególnych grupach wiekowych. Sposób jego ustalania dla przykładowej grupy 65-69 prezentuje wzór (1).

$$Z_{65-69} = Z_{BN} \cdot p_{65-69}^{BN} + Z_S \cdot p_{65-69}^N + Z_\zeta \cdot p_{65-69}^S + Z_P \cdot p_{65-69}^P, \quad (1)$$

gdzie: Z_{BN} , Z_S , Z_ζ , Z_P – liczba godzin w roku, którą otrzyma osoba będąca w poszczególnych stanach (tab. 5.1); p_{65-69}^{BN} , p_{65-69}^N , p_{65-69}^S , p_{65-69}^P – prawdopodobieństwa bycia w danym stanie niesamodzielności dla osoby z danej grupy wiekowej (tu: 65-69 lat) (rys. 5.1).

Prawdopodobieństwa przyjęto na podstawie danych GUS-u dla Polski i danych na mortality.org dla Niemiec. Wartości oczekiwanych rocznych zakresów świadczeń z podziałem na wiek, płeć i narodowość zaprezentowano w tab. 5.2.

Tabela 5.2. Oczekiwane roczne zakresy świadczeń (liczba godzin opieki w roku)

Grupa wiekowa	Mężczyzna PL	Kobieta PL	Mężczyzna N	Kobieta N
Z_{65-69}	151,58	149,20	151,58	149,20
Z_{70-74}	177,2374	191,08	177,24	191,08
Z_{75-79}	336,7441	481,79	336,74	481,79
Z_{80-85}	496,4663	772,90	496,47	772,90
Z_{85+}	656,4043	1064,40	656,40	1064,40

Źródło: opracowanie własne.

Mając oczekiwany zakres świadczenia, należało ustalić koszt godziny takiej opieki. Przy jego określaniu zwrócono uwagę na różnice w wysokości wynagrodzenia godzinowego, które otrzymują osoby podejmujące się usług pielęgnacyjnych w obu krajach. Ustalono, że w Polsce za godzinę pracy pielęgniarz otrzymuje średnio 7 euro, a w Niemczech 20,49 euro. Wartości te ustalono w oparciu o dane Eurostatu (2010; 2014; 2018). Ustalono średnią geometryczną roczną stopę wzrostu stawki i zastosowano ją do ustalenia wartości na rok 2022 w oparciu o najaktualniejszą jej wartość, tj. wartość w roku 2018.

Mając powyższe dane, czyli oczekiwany zakres opieki oraz jej godzinowy koszt, dla każdego roku pomnożono roczny koszt opieki przez prawdopodobieństwo dożycia do danego wieku, w którym takie świadczenie mogłoby być otrzymane. W ten sposób, sumując ww. roczne koszty opieki ważone prawdopodobieństwem dożycia, ustalono jednorazową składkę netto za omawiane ubezpieczenie pielęgnacyjne, które zapewniałoby pomoc pielęgnacyjną w kolejnych latach od 65. roku życia. Obliczenia wykonano na podstawie tablic trwania życia, dlatego obliczenia zakończono na wieku 100 lat osoby ubezpieczonej. Składkę tę ustalono w oparciu o wzór (2).

$$m|A_x = \text{Stawka godzinowa} \cdot \left[Z_{65-69} \cdot \sum_{k=0}^4 k p_{65} + Z_{70-74} \cdot \sum_{k=5}^9 k p_{65} + Z_{75-79} \cdot \sum_{k=10}^{14} k p_{65} + Z_{80-84} \cdot \sum_{k=15}^{19} k p_{65} + Z_{85+} \cdot \sum_{k=20}^{35} k p_{65} \right] \quad (2)$$

gdzie: ${}_n p_x$ – prawdopodobieństwo tego, że osoba x -letnia przeżyje kolejnych n lat.

Przy ustalaniu wartości składki jednorazowej założono, że stopa wzrostu stawki godzinowej dla pracownika świadczącego opiekę pielęgnacyjną oraz stopa techniczna ubezpieczyciela są na tym samym poziomie (przyjęto 2,5%). Wartości jednorazowych składek netto, które można utożsamiać z oczekiwanym łącznym kosztem opieki, zawarto w tab. 5.3.

Tabela 5.3. Jednorazowe składki netto w podziale na płeć i kraj ubezpieczonego (w euro)

Wyszczególnienie	Polska		Niemcy	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Jednorazowa składka netto	36 104	60 976	120 566	223 626

Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na to, że jednorazowa składka stanowi duży wydatek dla ubezpieczającego, w praktyce ubezpieczenia życiowe opłacane są składką okresową. Dlatego w kolejnym kroku ustalono wysokość okresowej składki (rocznej) dla osób różnej płci i w różnym wieku przystępujących do ubezpieczenia. Składkę tę ustalono zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej według wzoru (3), z odpowiednim wykorzystaniem renty aktuarialnej w ujęciu nominalnym – wzór (4a) i w ujęciu realnym – wzór (4b).

$${}_m|P_x = \frac{{}_m|A_x}{\ddot{a}_{x:\overline{m}|}} \quad (3)$$

gdzie: x – wiek osoby zawierającej umowę ubezpieczenia, m – liczba lat do momentu, kiedy ubezpieczony dożyje 65 lat.

Renta aktuarialna

a) w ujęciu nominalnym:

b) w ujęciu realnym:

$$\ddot{a}_{x:\overline{m}|}_{nominalna} = \sum_{k=0}^{m-1} v^k {}_k p_x, \quad \ddot{a}_{x:\overline{m}|}_{realna} = \sum_{k=0}^{m-1} k p_x \quad (4)$$

gdzie: $v = \frac{1}{1+r}$ ponownie, jak w poprzednich obliczeniach, przyjęto r na poziomie 2,5%.

Wyniki obliczeń składek okresowych w wersji nominalnej i w wersji realnej zawarto odpowiednio w tab. 5.4 i 5.5. Wartości składek w ujęciu nominalnym należy rozumieć jako stałą składkę, niezmienną przez cały okres opłacania składki na poczet ubezpieczenia. Składka realna zaś z założenia co rok winna być indeksowana o założoną stopę wzrostu, a wartość zawarta w tab. 5.5 dotyczy tylko pierwszego okresu jej opłacania. Ze względu na porównania międzynarodowe odniesiono wysokości

składek okresowych rocznych do przeciętnego (rocznego) wynagrodzenia w Polsce i w Niemczech. Były to kwoty rocznego wynagrodzenia netto dla osoby samotnej w roku 2021 i wynosiły odpowiednio: 10 781,79 euro w Polsce i 32 85,20 euro w Niemczech (Eurostat, 2021a).

Tabela 5.4. Składka netto miesięczna w wartościach nominalnych (w euro) – stała składka, bez indeksacji – oraz wyrażona jako procent przeciętnego wynagrodzenia netto

Wiek	Polska				Niemcy			
	mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety	
	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia
20	28	3,1	55	6,1	92	3,4	201	7,3
25	34	3,8	66	7,4	113	4,1	244	8,9
30	42	4,7	82	9,1	140	5,1	301	11,0
35	53	5,9	103	11,5	178	6,5	378	13,8
40	70	7,8	133	14,8	233	8,5	489	17,9
45	95	10,6	180	20,0	318	11,6	659	24,1
50	140	15,6	259	28,8	467	17,0	950	34,7
55	232	25,8	420	46,8	775	28,3	1 542	56,3
60	518	57,7	913	101,7	1 731	63,2	3 350	122,4

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5.5. Składka netto okresowa w wartościach realnych (wysokość pierwszej składki, potem co roku indeksowana wskaźnikiem inflacji – w założeniach 2,5%)

Wiek	Polska				Niemcy			
	mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety	
	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia
20	17	1,9	34	3,8	58	2,1	124	4,5
25	22	2,5	43	4,8	74	2,7	158	5,8
30	29	3,2	56	6,2	97	3,5	205	7,5
35	39	4,3	74	8,2	129	4,7	272	9,9
40	53	5,9	101	11,3	178	6,5	371	13,6
45	77	8,6	144	16,0	257	9,4	529	19,3
50	119	13,2	220	24,4	397	14,5	806	29,4
55	209	23,2	378	42,0	698	25,5	1 385	50,6
60	494	55,0	870	96,9	1 650	60,3	3 192	116,6

Źródło: opracowanie własne.

Wysokość sum ubezpieczenia w obu wariantach jest obliczana oddzielnie dla kobiet i mężczyzn w zależności od kraju pochodzenia ubezpieczonego. Autorzy mają świadomość, że w UE nie jest dozwolone różnicowanie składek ubezpieczeniowych ze względu na płeć (por. Ustawa z dnia 11 września 2015..., art. 34). W Polsce, po wyroku ETS z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie Test-Achats (nr C-236/09), rozróżnienie płci w pracy zostało wprowadzone ze względu na jedną z możliwych interpretacji wyników, która dotyczy kwot, jakie należałoby zgromadzić w formie oszczędności na poczet przyszłych wydatków na opiekę. Kobiety muszą zgromadzić wyższą kwotę, aby zapewnić sobie opiekę na starość z uwagi na długość trwania życia – wartości dla kobiet są prawie dwukrotnie wyższe. Ponadto kobiety żyją dłużej, lecz niestety w gorszym stanie zdrowia, co oznacza, że częściej wymagają dodatkowego wsparcia. Jak wynika z danych zawartych w tab. 5.3, składka dla kobiety jest ponad półtora raza większa niż dla mężczyzny – dla Polki jest to 169% składki Polaka, a dla Niemki 185% składki Niemca.

Następnie wyznaczono składki roczne netto, które są uzależnione od wieku ubezpieczonego w momencie rozpoczęcia ich opłacania oraz od kraju pochodzenia. Można zaobserwować znaczny wzrost składek wraz z odkładaniem decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia. Przykładowo 20-letnia Polka zapłaciłaby stałą składkę roczną w wysokości 55 euro, a jeśli poczeka 20 lat, zapłaci 133 euro (2,4 razy więcej). Podobnie jest w przypadku mężczyzn, ale ten efekt jest jeszcze mocniejszy (92 euro vs 233). Poprzez odniesienie składek do średniego wynagrodzenia można się zorientować, jaką część rocznych dochodów osoba powinna przeznaczyć na składki. W dniu zawierania umowy 20-letnia statystyczna Polka powinna na ten cel poświęcić 3,8% swojego rocznego bieżącego wynagrodzenia netto, a 20 lat później już 11,3%. Podobnie 20-letni Niemiec poniesie koszt rzędu 2,1% rocznego wynagrodzenia, a 40-letni – 6,5%. Przy czym warto zauważyć, że w każdym przypadku osoby z Niemiec musiałyby przeznaczyć na ten cel większą część swoich miesięcznych dochodów. I dysproporcja ta wzrasta z wiekiem, przykładowo między Niemką a Polką w wieku 45 lat składka nominalna Niemki stanowi o 4,1 p.p. wyższy udział w dochodzie, a już dla 55-latki różnica wynosi 9,5 p.p. Podobnie w odniesieniu do mężczyzn, początkowo różnica ta wynosi 1 p.p. i wzrasta do poziomu 2,5 p.p.

Pojawia się jeszcze kwestia możliwości zakupu produktu i pytanie: jaki procent swojego wynagrodzenia zainteresowani mogą przekazać na poczet składki ubezpieczeniowej? W tab. 5.4 i 5.5 kolorem szarym zaznaczono sytuacje, w których koszt ubezpieczenia przekracza 10% rocznego dochodu. Jak widać, tego typu ubezpieczenie, nawet w wariantcie realnym, przy założeniu wzrastania składki i równocześnie wynagrodzenia, przekracza pułap 10% dla Polek i Niemek od 40. roku życia, a dla Polaków i Niemców – od 50. roku życia. Można zatem przyjąć, że najkorzystniejsze dla finansów gospodarstw domowych byłoby wczesne rozpoczęcie opłacania składek na prywatne ubezpieczenie LTC; optymalny wiek to 25-35 lat. Nie jest to jednak wiek,

w którym ludzie myślą o zabezpieczeniu emerytalnym – tu warto się odwołać do wyników badania McKinsey (Binder i in., 2018), z którego wynika, że ubezpieczenie LTC przed 35. rokiem życia rozważa jedynie 60% respondentów.

5.5. Dyskusja i wnioski

Na rynku USA (Sammson, 2020) prywatni ubezpieczyciele zaczęli oferować ubezpieczenia LTC w latach 70. XX wieku, a sprzedaż stale rosła do 2000 roku. Szacuje się, że w szczytowym momencie w 2002 roku blisko 750 tys. osób z powodzeniem wykupiło ubezpieczenie LTC w ciągu jednego roku. Do 2018 roku liczba ta spadła do 57 tys., co oznacza przeszło dziesięciokrotny spadek sprzedaży mimo wzrostu odsetka grupy docelowej 60-69 lat w populacji. Wskazuje się na takie zjawiska, jak wzrost cen, wzrost odmów pokrycia, rezygnacja prywatnych ubezpieczycieli z aktywności w tym obszarze. Składki w latach 2005-2015 wzrosły o ok. 40%, przy redukcji zakresu ochrony. Na przykład w 2005 roku kupujący w wieku 55-64 lata płacili średnią roczną składkę w wysokości ok. 1900 dol. przy średniej sumie gwarancyjnej 270 tys. dol., w 2015 roku już ponad 2600 USD przy średniej sumie gwarancyjnej 235 tys. dol. American Association for LTC szacuje, że skala odrzucania wniosków to ok. 44-51% w grupie osób w wieku powyżej 70 lat i ok. 30% w grupie 60-65, i nawet 21% w grupie 50+. Każda kombinacja dwóch lub więcej chorób przewlekłych jest podstawą do niemal automatycznej dyskwalifikacji. Od 2008 roku odszkodowania wciąż przekraczają oczekiwania, co powoduje, że ubezpieczyciele nie są w stanie zorganizować programu opieki długoterminowej w opłacalny sposób, a to prowadzi do rezygnacji z oferowania takich produktów – w 2000 roku było ponad 100 ubezpieczycieli, a obecnie jest ich mniej niż 12.

Podobnie ubezpieczenia długoterminowe nie odgrywają istotnej roli w finansowaniu opieki długoterminowej w żadnym kraju OECD. W większości systemów dominują płatności z własnej kieszeni, np. w Szwajcarii – 60%, Portugalii – 45%, Hiszpanii – 30%, w Stanach Zjednoczonych – 22% (World Bank, 2015). W Europie Środkowej i Wschodniej powszechna jest prywatna płatność za usługi opieki długoterminowej. Jednak mimo tych słabych doświadczeń w zakresie prywatnych ubezpieczeń LTC, w jeszcze nieopublikowanym raporcie *LTC Market 2023: Globalna analiza możliwości i prognoza branżowa, 2021-2030* (Allied Market Research, 2023) wskazuje się na oczekiwany wzrost popytu na ubezpieczenia LTC w dłuższej perspektywie, w tym z uwagi na tendencje demograficzne, jak i wzrost popytu na powiązane ubezpieczenia zdrowotne, doświadczenia COVID-19, a także z powodu upowszechnienia bardziej zagrażających życiu chorób. Oczekuje się, że strefa Azji i Pacyfiku rozszerzy rynek ubezpieczeń na opiekę długoterminową ze względu na dobrze prosperujące sektory ubezpieczeniowe w krajach takich, jak Chiny i Indie. Oprócz świadomości społecznej czynnikiem wzrostu popytu na prywatne ubezpieczenia LTC mają być inicjatywy rządowe.

W zakresie barier rozwoju Eling i Ghavibazoo (2018) wskazują na ogromne trudności w ubezpieczeniu opieki długoterminowej po stronie zarówno popytowej (np. niska wartość konsumpcji podczas opieki, istnienie substytutów), jak i podażowej (np. brak przewidywalności i asymetria informacji), wyjaśniając marginalny udział mechanizmów ubezpieczeniowych w finansowaniu długoterminowym. Zaprezentowane w rozdziale obliczenia wskazują dodatkowo na barierę popytową związaną z wysokim kosztem takiego ubezpieczenia w stosunku do średnich dochodów. Jednak należy dokładać starań, aby bariery te niwelować, również celem obniżenia ryzyka ubóstwa w grupie osób starszych. Raport Komisji Europejskiej dotyczący LTC 2021 wskazuje, że ochrona socjalna znacznie zmniejsza odsetek osób starszych, które po opłaceniu opieki domowej byłyby zagrożone ubóstwem. Jednak w 11 jurysdykcjach europejskich (Austria, Słowenia, Republika Czeska, Francja, Węgry, Włochy, Hiszpania, Chorwacja, Litwa, Łotwa, Estonia) co najmniej 60% osób starszych byłoby zagrożonych ubóstwem po opłaceniu opieki domowej w przypadku poważnej niesamodzielności, nawet po otrzymaniu wsparcia (EU, 2021, s. 48).

Na zakończenie warto nadmienić, że z zaprezentowanych w rozdziale kalkulacji może skorzystać również sektor ubezpieczeń społecznych (w tym zdrowotnych). Obliczenia dostarczają informacji o oczekiwanym koszcie zapewnienia opieki pielęgnacyjnej osobom powyżej 65. roku życia (tab. 5.3), a składki okresowe można uznać za informację o tym, jaka powinna być wysokość wpływu rocznych składek opłacanych przez aktywnych zawodowo, aby tę pomoc móc sfinansować systemowo. Oczywiście także organizacja zabezpieczenia w formule ubezpieczeń dodatkowych musiałaby nastąpić za cenę dodatkowej składki, co wpłynęłoby na koszty pracy. Cichowicz i in. (2022) wskazują, że w ich ocenie byłoby to niewskazane i zapewne spotkałoby się z ogromną krytyką ze strony pracodawców i pracowników, a może i związków zawodowych. Wydaje się jednak, że ocena taka wymagałaby głębszej analizy kosztów przy uwzględnieniu powszechnej ochrony, co zapewnia lepszą dywersyfikację, a z drugiej strony przy uwzględnieniu efektu zmniejszenia eksternalizacji finansowych ciężarów ryzyka w długim horyzoncie wobec zjawiska wydłużania życia i singularyzacji gospodarstw domowych osób starszych.

Literatura

- Allied Market Research. (2023). *LTC Market 2023: Globalna analiza możliwości i prognoza branżowa, 2021-2030*. <https://www.alliedmarketresearch.com/long-term-care-insurance-market-A14442>
- Binder, S., Gancia, P., Mattone, D., Ramezani, S., Ring, I. i Straub, M. (2018). A Vision for European Life Insurance: The Time for Bold Actions Has Come. McKinsey. *Insurance Practice*, June. Pobrane 15 stycznia 2020 z <https://www.mckinsey.com/industries/financial-services/our-insights/a-vision-for-european-life-insurance-the-time-for-bold-actions-has-come>
- Błędowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z. i Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf

- Cichowicz, E., Pieńkowska-Kamieniecka, S. i Walczak, D. (2022). Ubezpieczenie pielęgnacyjne – publiczne czy prywatne? *Gospodarstwa domowe w Polsce wobec oszczędzania na starość i na leczenie. Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 3/2022. <https://doi.org/10.33995/wu2022.3.6>
- Eitner, C., Enste, P., Naegele, G. i Leve, V. (2011). The Discovery and Development of the Silver Market in Germany. W: F. Kohlbacher, C. Herstatt (red.), *The Silver Market Phenomenon: Marketing and Innovation in the Aging Society* (s. 309-324). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-14338-0_23
- Eling, M. i Ghavibazoo, G. (2018). *Research on Long-Term Care Insurance: Status Quo and Directions for Future Research*. Geneva Pap Risk Insur Issues Pract. <https://doi.org/10.1057/s41288-018-00114-6>, [http://www.ressources-actuarielles.net/EXT/ISFA/1226.nsf/0/1dfdf855c024b6a4c12583a40069c7af/\\$FILE/Eling%20et%20Ghavibazoo%20-%202018%20-%20Research%20on%20long-term%20care%20insurance%20status%20quo%20a.pdf](http://www.ressources-actuarielles.net/EXT/ISFA/1226.nsf/0/1dfdf855c024b6a4c12583a40069c7af/$FILE/Eling%20et%20Ghavibazoo%20-%202018%20-%20Research%20on%20long-term%20care%20insurance%20status%20quo%20a.pdf)
- EU. (2021). *Long-term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Aging Society*. European Commission and the Social Protection Committee. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396KE-09-21-202-EN-N>
- European Commission. (2015). DG for Economic and Financial Affairs, & Economic Policy Committee of the European Communities. *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. EUR-OP. Pobrane 30 stycznia 2020 z <http://bookshop.europa.eu/uri?target=EUB:NOTICE:KCAR15003:EN:HTML>
- Eurostat. (2010). *Mean Hourly Earnings by Sex, Age and Economic Activity, in Group: Human Health and Social Work Activities*. [EARN_SES10_13]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_SES10_13/default/table?lang=en&category=labour.earn.earn_ses2010.earn_ses10_hr
- Eurostat. (2014). *Mean Hourly Earnings by Sex, Age and Economic Activity, in Group: Human Health and Social Work Activities*. [EARN_SES14_13]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_SES14_13__custom_5263567/default/table?lang=en
- Eurostat. (2018). *Mean Hourly Earnings by Sex, Age and Economic Activity, in Group: Human Health and Social Work Activities*. [EARN_SES18_13]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_SES18_13/default/table?lang=en&category=labour.earn.earn_ses2018.earn_ses18_hr
- Eurostat. (2019a). *Difficulties in Personal Care Activities by Sex, Age and Level of Activity Limitation*. [HLTH_EHIS_PC1E]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PC1E/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_state.hlth_fal
- Eurostat. (2019b). *Difficulties in Personal Care Activities by Sex, Age and Level of Activity Limitation*. [HLTH_EHIS_PC1D]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PC1D/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_state.hlth_fal
- Eurostat. (2020a). *Life Expectancy by Age and Sex [demo_mlexpec__custom_9916118]*. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec__custom_9916118/default/table?lang=en
- Eurostat. (2020b). *Healthy Life Years at Age 65 by Sex [tepsr_sp320]*. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp320/default/table?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_state
- Eurostat. (2021a). *Annual Net Earnings*. [EARN_NT_NET]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_NT_NET/default/table?lang=en&category=labour.earn.earn_net
- Eurostat. (2021b). *Projected Old-age Dependency Ratio*. TPS00200. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00200/default/table?lang=en>
- HMD. (b.d.). Human Mortality Database. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany), University of California, Berkeley (USA), and French Institute for Demographic Studies (France). Pobrane 1 czerwca 2022 z www.mortality.org

- Jędrzychowska, A., Kwiecień, I. i Poprawska, E. (2020). Long Term Care – Challenges in Calculating the Sum Insured in Silver Insurance. W: Soliman Khalid S. (red.), *Education Excellence and Innovation Management: A 2025 Vision to Sustain Economic Development during Global Challenges* (s. 438-447). International Business Information Management Association (IBIMA).
- Komentarz i objaśnienia do projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym przygotowany przez kierowaną przez niego grupę roboczą przy Klubie Parlamentarnym Platformy Obywatelskiej. (2013). Pobrane 30 stycznia 2020 z https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k8/agenda/seminaria/2013/130514/komentarz_do_projektu_ustawy-upn.pdf
- OECD. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care (Summary)*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-sum-en;> <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264097759-sum-en.pdf?expires=1675710506&id=id&accname=guest&checksum=FEC0FFFB8861F53769716FC31F340103>
- Pawlak, K., Ćwirlej-Sozańska, A. i Wiśniowska-Szurlej, A. (2018). Kryteria oceny stopni niesamodzielnosci – doświadczenia dotychczasowe i propozycje dla potrzeb polskiej praktyki. *Polityka Społeczna*, 45(2(21T)), 11-15.
- Przybyłowicz, A. (2017). *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w RFN* (praca doktorska). Uniwersytet Wrocławski. <https://www.zus.pl/documents/10182/167526/Ubezpieczenie+piel%C4%99gnacyjne+w+RFN.pdf/d592cee3-b70b-46fa-b9b0-7a4ca9824369>
- Raport. (2017). *Definicja niesamodzielnosci, kryteria oceny stopnia niesamodzielnosci oraz standardy uslug opiekuńczo-pomocowych*. <https://polityka-spoleczna.ipiss.com.pl/api/files/view/1234779.pdf>
- Sammon, A. (2020). *The Collapse of Long-term Care Insurance*. <https://prospect.org/familycare/the-collapse-of-long-term-care-insurance>
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z późn. zm. (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 656)
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Fifty-fourth World Health Assembly on 22 May 2001.
- WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*, Madrit. Pobrane 30 stycznia 2020 z https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=D8BF4FDF-F34061D479A6BB09DB32E571?sequence=1
- Więckowska, B. (2008). *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- World Bank. (2015). *The Present and Future of Long-Term Care in Ageing Poland. The Present and Future of Long-term Care in Ageing Poland Policy Note*. The World Bank. Pobrane 30 stycznia 2020 z https://das.mpips.gov.pl/source/opiekaseniorna/Long%20term%20care%20in%20ageing%20Poland_ENG_FINAL.pdf

Rozdział 6

Dożywotnia renta hipoteczna – postrzeganie przez seniorów w Polsce

JEL Classification: G21, G22, G51, J14

Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: patrycja.kowalczyk-rolczynska@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0002-7952-7678

Cytuj jako: Kowalczyk-Rólczyńska, P. (2023). Dożywotnia renta hipoteczna – postrzeganie przez seniorów w Polsce. W: I. Kwiecień i P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce* (s. 113-124). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Streszczenie: Polski rynek equity release w modelu sprzedażowym rozwija się od kilkunastu lat. Dożywotnia renta hipoteczna, która w znaczący sposób mogłaby poprawić sytuację finansową wielu osób starszych posiadających prawo do nieruchomości, jest wciąż produktem niszowym. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że seniorzy nie wykazują zainteresowania tym produktem. Jednakże zaznaczają oni, że zbyt niskie dochody na pokrycie podstawowych wydatków, problemy zdrowotne (własne, partnera, dzieci) oraz brak osób, którym można przekazać nieruchomość to kluczowe determinanty, które skłoniłyby ich do podjęcia decyzji o skorzystaniu z modelu sprzedażowego equity release.

Słowa kluczowe: renta hipoteczna, fundusz hipoteczny, finanse gospodarstw domowych, osoby starsze

6.1. Wprowadzenie

Rosnąca liczba osób pobierających świadczenie emerytalne¹, malejąca stopa zastąpienia², postępujący proces starzenia się społeczeństwa, utrzymująca się relatywnie wysoka inflacja, spowolnienie gospodarcze – to jedne ze zjawisk, które mogą się przy-

¹ Według danych GUS-u w 2000 roku emerytów było nieco ponad 4630 tys., podczas gdy w 2021 roku liczba ich przekroczyła 7101 tys. (GUS, 2022).

² Ogólna stopa zastąpienia to procentowo wyrażona relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia (Szumlicz, 2016, s. 487). Począwszy od 2014 roku, wysokość stopy zastąpienia regularnie spada. Według GUS-u w 2014 roku kształtowała się ona na poziomie 64%, podczas gdy w 2021 roku osiągnęła wartość 55% (GUS, 2022).

czynić do pogorszenia sytuacji finansowej osób starszych w Polsce³. W szczególności może to dotyczyć tych gospodarstw domowych seniorów, które już obecnie znajdują się w trudniej sytuacji finansowej i są najbardziej narażone na ryzyko ubóstwa. Realizacja tego ryzyka powoduje ograniczenie możliwości uczestnictwa w sferze aktywności gospodarczych, społecznych oraz kulturowych, co wiąże się z wykluczeniem społecznym.

Głównym źródłem dochodu gospodarstw domowych osób starszych są świadczenia z ubezpieczeń społecznych – w 2021 roku stanowiły one 83,4% dochodu rozporządzalnego (MRiPS, 2022). Do pozostałych źródeł zalicza się przede wszystkim: dochody z pracy najemnej, dochody z pracy na własny rachunek oraz dary otrzymane od osób prywatnych na gospodarstwo domowe. Zważywszy na wysokość świadczeń emerytalnych, można się spodziewać, że w kolejnych latach coraz bardziej na znaczeniu zyskiwać będą prywatne transfery międzypokoleniowe, występujące zazwyczaj w rodzinie, mające charakter nieformalny. Kluczowe będą transfery w górę: od młodszych członków rodziny do starszych (Michoń, 2012). Obejmują one nie tylko finansowe wsparcie (sporadyczne lub systematyczne) kierowane od dzieci do rodziców i/lub dziadków (tzw. transfer finansowy/materialny), ale także opiekę w przypadku choroby, pomoc w wykonywaniu cięższych prac domowych, robieniu zakupów oraz w kontakcie z urzędami i instytucjami finansowymi (tzw. transfer usług/niematerialny). Większego wsparcia finansowego od bliskich mogą potrzebować w szczególności kobiety, których świadczenia emerytalne są zwykle niższe niż świadczenia emerytalne wypłacane mężczyznom. Zróżnicowanie świadczeń emerytalnych ze względu na płeć (szerzej: Abatemarco i in., 2023; Rinaldi i Dawidowicz, 2019) obecne jest w większości krajów europejskich. Zgodnie z danymi Eurostatu (Eurostat, b.d.) w 2019 roku średnia wartość *gender pension gap* była równa 29,4%, przy czym dla Polski kształtowała się na poziomie 20,4%. Sytuacja ta sprawia, że kobiety częściej mogą być także narażone na ryzyko ubóstwa i wykluczenia społecznego, w szczególności te z nich, które stanowią jednoosobowe gospodarstwo domowe i gospodarując samodzielnie, ponoszą relatywnie wysokie koszty utrzymania.

Rozwiązaniem problemu niewystarczającego dochodu w okresie starości dla osób posiadających prawo do nieruchomości mieszkaniowej (czasami także grunтовой) może być przekształcenie nie płynnego kapitału zakumulowanego w tej nieruchomości w płynne środki finansowe. Jest to możliwe dzięki usłudze *equity release*, której zaletą jest możliwość pozyskania dodatkowych środków pieniężnych mogących stanowić uzupełnienie świadczeń otrzymywanych z systemu emerytalnego przy jednoczesnym braku konieczności opuszczenia nieruchomości. *Equity release* może być oferowane w formie jednego z dwóch modeli: sprzedażowego

³ Zgodnie z Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, osoba starsza to taka, która ukończyła 60. rok życia (Ustawa z dnia 11 września 2015...).

(*home revision*) lub kredytowego (*reverse mortgage, lifetime mortgage*). Na rynku polskim – choć w dniu 15 grudnia 2014 roku weszła w życie Ustawa o odwróconym kredycie hipotecznym⁴ (Ustawa z dnia 23 października 2014...) – do chwili obecnej żaden bank nie oferuje modelu kredytowego *equity release*. Obecny jest natomiast model sprzedażowy.

Celem artykułu jest ocena postaw polskich seniorów wobec wykorzystania modelu sprzedażowego *equity release* jako formy dodatkowego dochodu w okresie starości. Przeprowadzone badanie ankietowe pozwoliło także na wskazanie najważniejszych czynników/sytuacji, które skłoniłyby osoby starsze do podjęcia decyzji o skorzystaniu z tej usługi finansowej.

6.2. Funkcjonowanie dożywotniej renty hipotecznej na polskim rynku

Aktualne rozwiązania prawne funkcjonujące na polskim rynku dotyczące modelu sprzedażowego *equity release* to przede wszystkim Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny. Fundusze hipoteczne, jako podmioty wyspecjalizowane i w zasadzie jedyne oferujące model sprzedażowy na rynku polskim, wypłacają dożywotnią rentę hipoteczną, opierając się na przepisach wskazanego aktu prawnego dotyczących umowy renty (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964..., art. 903-907) oraz umowy o dożywocie (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964..., art. 908-916).

W modelu sprzedażowym osoba starsza, która posiada prawo do nieruchomości i zdecyduje się na skorzystanie z takiego rozwiązania, zawiera umowę (w postaci aktu notarialnego) z funduszem hipotecznym, w ramach której następuje przeniesienie tego prawa na fundusz hipoteczny. Instytucja z kolei zobowiązuje się do wypłaty świadczenia pieniężnego (renty). Zgodnie z art. 904-905 kodeksu cywilnego, jeżeli strony nie umówiły się inaczej, renta (niezależnie od tego, czy chodzi o rentę pieniężną, czy rentę, której przedmiotem są rzeczy oznaczone co do tożsamości) jest świadczeniem dożywotnim, które wygasa ze śmiercią uprawnionego i należy płacić ją miesięcznie z góry. Należy zaznaczyć, że w przypadku stosowania przepisów związanych z dożywociem, zgodnie z art. 908 § 1 w umowie o dożywocie zbywca zobowiązuje się przenieść własność nieruchomości na nabywcę, a w zamian nabywca zobowiązuje się zapewnić zbywcy dożywotnie utrzymanie (szerzej: Bielska-Sobkowicz i in., 2017). Zważywszy na obowiązujące obecnie uwarunkowania prawne będące podstawą funkcjonowania modelu sprzedażowego *equity release* oraz na fakt, że fundusze hipoteczne nie są nadzorowane przez Komisję Nadzoru

⁴ Dotyczy ona modelu kredytowego *equity release*, tj. odwróconego kredytu hipotecznego.

Finansowego, konieczne są prace nad stworzeniem takich przepisów, które gwarantowałyby seniorom należyte bezpieczeństwo (szerzej: Buzalek, 2019).

Fundusze hipoteczne działające na polskim rynku oferują dożywotnią rentę hipoteczną seniorom, którzy ukończyli 60. rok życia (Fundusz Hipoteczny DOM) lub 65. rok życia (Fundusz Hipoteczny Familia). Osoba starsza – w ramach zawartej umowy – oprócz regularnego świadczenia pieniężnego może otrzymać jednorazowo większą kwotę pieniędzy, niezbędną na sfinansowanie konkretnej potrzeby. Wysokość wypłaconego przez fundusz hipoteczny świadczenia zależy od wartości rynkowej nieruchomości, wieku oraz płci seniora.

Polski rynek *equity release* w modelu sprzedażowym rozwija się od niemalże piętnastu lat, choć pierwsza próba implementacji *equity release* pojawiła się już w 2006 roku (szerzej: Maćkowska, 2009). Na koniec 2022 roku fundusze hipoteczne zrzeszone w Związku Przedsiębiorstw Finansowych (ZPF) w Polsce zarządzały 382 umowami. Do 2014 roku obserwowany był dynamiczny wzrost liczby aktywnych umów (tab. 6.1), w kolejnych latach nastąpiło istotne wyhamowanie, natomiast od 2018 roku ponownie obserwowany jest wzrost liczby tych umów. Średni wiek osoby pobierającej dożywotnią rentę hipoteczną (świadczeniobiorcy) w latach 2010-2022 mieścił się w przedziale 74,9-79,4 roku. Od początku swojej działalności do końca 2022 roku fundusze hipoteczne zrzeszone w ZPF w Polsce wypłaciły polskim seniorom świadczenia o łącznej wartości ponad 29 mln zł. W analizowanym okresie wartości wypłaconych osobom starszym miesięcznych rent hipotecznych były zróżnicowane. W 2021 roku seniorzy otrzymywali średnio 826,6 zł miesięcznie, co stanowiło 35,2% dochodu rozporządzalnego na jedną osobę w gospodarstwach domowych osób starszych.

Rozwój polskiego rynku *equity release* w modelu sprzedażowym jest uwarunkowany wieloma czynnikami, wśród których wyróżnić należy (Kowalczyk-Rólczyńska, 2018): czynniki ekonomiczno-finansowe (m.in. sytuację finansową gospodarstw domowych osób starszych, aktywność seniorów na rynku pracy, inflację, stabilność systemu finansowego, poziom stóp procentowych), czynniki społeczno-demograficzne (m.in. dalsze trwanie życia osób starszych, dietność, mentalność polskiego społeczeństwa, zaufanie do instytucji finansowych, więzi osób starszych z osobami bliskimi), sytuację na rynku nieruchomości (głównie mieszkaniowych) oraz regulacje prawne i wewnętrzne uregulowania podmiotów oferujących *equity release*. Należy podkreślić, że według prognoz EY i EPPARG globalny rynek *equity release* do 2031 roku wzrośnie aż trzykrotnie, a w Polsce roczna wartość zawieranych umów kształtować się będzie na poziomie 0,6 mld dol. (EY & EPPARG, 2020).

Tabela 6.1. Charakterystyka polskiego rynku *equity release* w modelu sprzedażowym w latach 2010-2022 (według stanu na koniec roku)

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Liczba aktywnych umów (w szt.)	13	96	199	278	302	303	294	294	323	342	353	371	382
Średni wiek świadczeniobiorcy (w latach)	76,7	75,1	75,5	74,9	78,5	79	79,4	78,9	76,5	76,8	76,5	76,9	76,5
Średni metraż nieruchomości mieszkaniowej (w m ²)	43,3	42,3	46,3	47,1	47,3	47,7	48,4	49,1	86,3	84,0	48,9	49,9	52,1
Średnia wartość nieruchomości mieszkaniowej będącej przedmiotem umowy (w tys. zł)	321,5	251,3	253,1	243,1	237,1	247,1	254,2	255,1	258,3	268,2	313,4	372,6	390,6
Wartość zarządzanych nieruchomości (w mln zł)	4,2	24,1	50,4	67,6	71,6	74,9	74,7	75	83,4	91,7	110,6	138,2	149,2
Łączna wartość wypłaconych świadczeń (w mln zł)	0,11	1,25	2,66	5,15	8,11	10,9	13,39	15,98	17,77	20,60	22,69	26,37	29,49
Średnia miesięczna renta wypłacona dla seniora (w zł)	718,0	989,8	587,8	749,1	815,9	767,4	703,8	735,1	462,4	690,4	493,4	826,6	679,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie (ZPF, 2023).

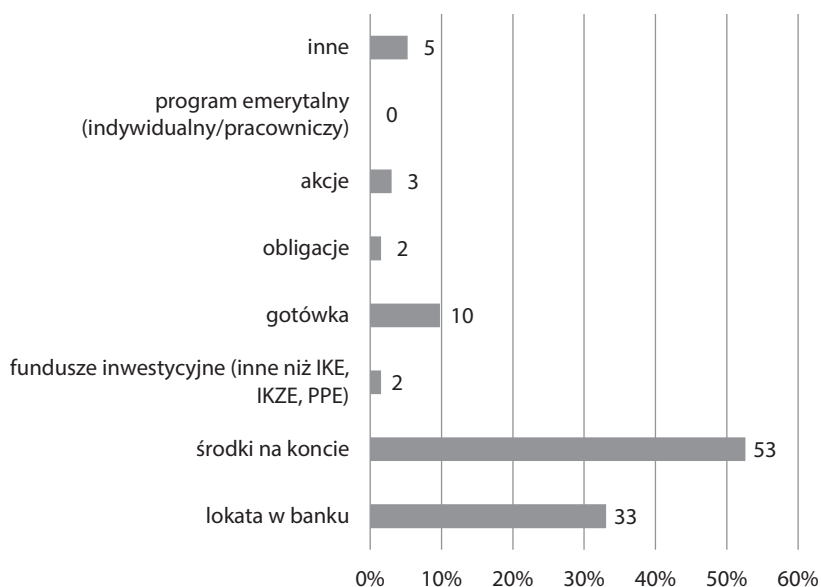
6.3. Metoda badawcza i charakterystyka respondentów

Chcąc ocenić postawę osób starszych wobec możliwości skorzystania z dożywotniej renty hipotecznej, zebrano dane empiryczne za pomocą badania ankietowego metodą CATI, które zostało przeprowadzone w okresie styczeń-marzec 2020 roku przez IMAS International Sp. z o.o. (Instytut Badania Rynku i Opinii Społecznej) na zlecenie UEW⁵ na reprezentatywnej próbie osób w wieku 60 lat i więcej. Otrzymano 335 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankietowych.

Wśród respondentów znalazło się 100 mężczyzn oraz 235 kobiet, które stanowiły 70% ankietowanych. Struktura wiekowa osób biorących udział w badaniu była następująca: 18% respondentów to osoby w wieku 60-64 lata, 24% respondentów to seniorzy w wieku 65-69 lat, 21% ankietowanych to osoby w wieku 70-74 lata, 15% osób starszych wskazało wiek 75-79 lat oraz 22% respondentów to osoby w wieku 80 lat i więcej. Wśród badanych 93% posiada dzieci, pozostali (7%) to osoby bezdzietne. Wśród osób, które mają dzieci, aż 93% posiada także wnuki. Respondenci biorący udział w badaniu to osoby przebywające na emeryturze (89% badanych) albo osoby pobierające rentę (11% badanych). 24% seniorów to osoby z wykształceniem wyższym, 36% badanych posiada wykształcenie średnie, 20% respondentów wskazało wykształcenie zasadnicze zawodowe, a pozostali ankietowani (20%) to osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym. Największą grupę respondentów (38%) stanowiły osoby mieszkające na wsi, 17% ankietowanych to osoby mieszkające w miastach do 20 tys. mieszkańców, 21% seniorów żyje w miastach o liczbie mieszkańców 20-100 tys. i po 12% respondentów to osoby starsze mieszkające w miastach liczących 101-500 tys. mieszkańców oraz powyżej 500 tys. mieszkańców. 31% badanych seniorów prowadzi jednoosobowe gospodarstwo domowe, 53% starszych respondentów mieszka jedynie z mężem/żoną lub partnerem/partnerką. Pozostali ankietowani mieszkają albo z rodzicem/rodzicami albo z dorosłym dzieckiem. Ze względu na postawiony cel badania istotna była także kwestia sytuacji finansowej osób starszych biorących udział w badaniu. Co ciekawe, aż 46% respondentów wskazało, że średni miesięczny dochód na osobę w ich gospodarstwie domowym nie przekracza 1500 zł, a 24% seniorów podało, że ich średni miesięczny dochód na osobę zawiera się w przedziale od 1501 zł do 2000 zł. Oznacza to, że w przypadku znacznej większości badanych osób dochód przypadający na jedną osobę w ich gospodarstwie domowym jest niższy niż przeciętna wysokość dochodu rozporządkalnego na jedną osobę w gospodarstwach domowych osób starszych

⁵ Badanie zrealizowane w ramach grantu: *Silver insurance – determinanty dostępności i funkcjonowania ubezpieczeń osobowych i emerytalnych dla osób starszych*. Projekt finansowany w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Regionalna Inicjatywa Doskonałości” w latach 2019-2022 nr projektu 015/RID/2018/19 kwota finansowania 10 721 040,00 PLN.

w Polsce⁶. Istotny jest również fakt, że 46% ankietowanych pobierających świadczenie emerytalne wskazuje, że świadczenie to nie zaspokaja ich podstawowych potrzeb (tj. mieszkaniowych, żywnościowych oraz ubraniowych). Częściej ta sytuacja dotyczy kobiet (48%) niż mężczyzn (43%). Jednakże jedynie 7% kobiet i 16% mężczyzn podejmuje dodatkową pracę zarobkową. Spośród osób, które nie podejmują dodatkowej pracy zarobkowej, aż 73% wskazuje na problemy zdrowotne, które są przyczyną tej sytuacji. Co ważne, spośród badanych seniorów jedynie 40% wskazuje, że posiada oszczędności. W grupie osób, które posiadają dzieci, jedynie 39% seniorów deklaruje posiadanie oszczędności, podczas gdy w grupie osób, które nie posiadają dzieci, oszczędności gromadzi 50% osób starszych. Uzyskane w badaniu ankietowym odpowiedzi wskazują, że oszczędności osób starszych to przede wszystkim lokaty bankowe, środki na rachunku oraz gotówka (rys. 6.1).



Rys. 6.1. Oszczędności seniorów (możliwość wyboru więcej niż jednego wskazania), $n = 133$

Źródło: opracowanie własne.

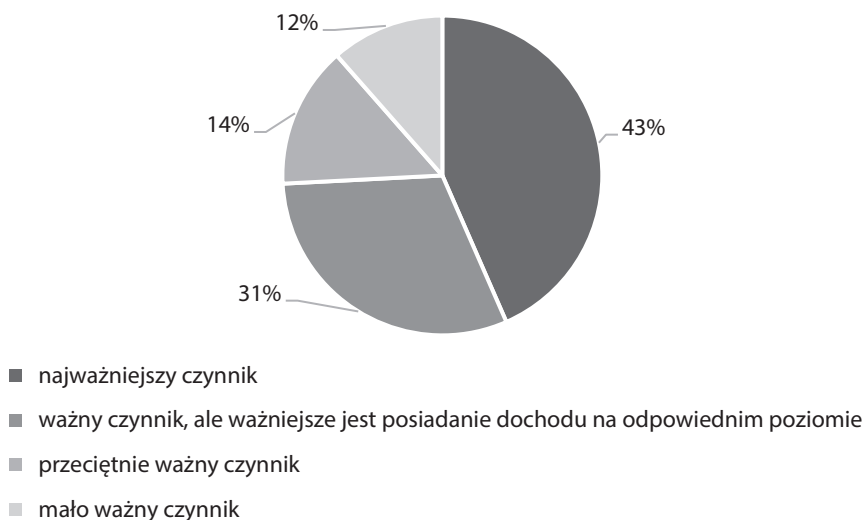
Jak wspomniano powyżej, istotną kwestią dla finansów gospodarstw domowych osób starszych mogą być także prywatne transfery międzypokoleniowe. Spośród seniorów posiadających dzieci, którzy wzięli udział w badaniu, 23% z nich otrzymuje

⁶ Zgodnie z raportem MRiPS (2021) dochód rozporządzalny na 1 osobę w grupie gospodarstw domowych osób starszych w 2020 roku wyniósł 2169,53 zł.

wsparcie finansowe od dzieci, z czego 14% deklaruje, że wsparcie to jest regularne, a 86% podaje, że dzieci wspierają ich finansowo jedynie okazjonalnie (z reguły kilka razy w roku lub z okazji świąt). Wsparcia finansowego od dzieci nie otrzymuje 77% ankietowanych seniorów, wskazując przy tym, że albo tego nie potrzebują (68%), albo nie chcą prosić, choć potrzebowaliby (14%), lub nie korzystają, gdyż dzieci nie mają możliwości niesienia takiej pomocy (18%).

6.4. Postawy seniorów wobec modelu sprzedażowego *equity release* – wyniki badania ankietowego

W skorzystaniu z dożywotniej renty hipotecznej kluczową kwestią stanowi fakt posiadania przez seniora prawa do nieruchomości. Spośród ankietowanych osób starszych 73% posiada takie prawo, a wśród nich 78% posiada prawo własności do nieruchomości, a 19% spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu. Z uwagi na to, że mentalność polskiego społeczeństwa, przejawiająca się w traktowaniu nieruchomości jako dorobku życia i poczuciu obowiązku przekazania jej kolejnym pokoleniom, postrzegana jest jako zagrożenie dla rozwoju rynku *equity release* w Polsce (szerzej: Gwizdała, 2015; Kowalczyk-Rólczyńska, 2018), seniorów biorących udział w badaniu zapytano, jak ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia na emeryturze jest posiadanie nieruchomości. Wyniki przedstawione na rys. 6.2 wskazują, że dla 26% seniorów



Rys. 6.2. Znaczenie nieruchomości jako czynnika wpływającego na jakość życia na emeryturze

Źródło: opracowanie własne.

posiadających prawo do nieruchomości czynnik ten jest mało lub przeciętnie ważny, a dla 31% respondentów z tej samej grupy czynnik ten jest ważny, ale ważniejsze jest posiadanie odpowiedniego dochodu. Co ciekawe, w grupie osób posiadających dzieci 44% seniorów wskazało, że nieruchomość jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na jakość życia na emeryturze, natomiast w grupie seniorów bezdzietnych jedynie 33%, a większość (53%) uznała, że ważniejsze jest posiadanie dochodu na odpowiednim poziomie.

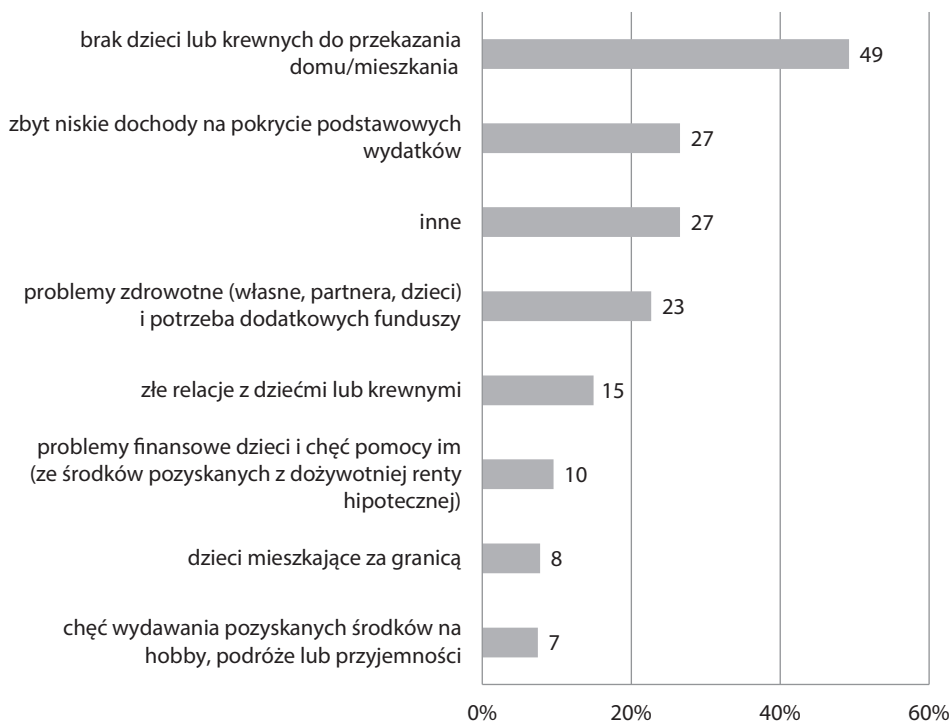
Mimo że znaczna część seniorów biorących udział w badaniu otrzymuje stosunkowo niskie dochody, tylko jedna osoba wskazała, że otrzymuje dożywotnią rentę hipoteczną wypłacaną przez fundusz hipoteczny, a dwie osoby (posiadające dzieci i nieposiadające oszczędności) zaznaczyły, że są skłonne skorzystać z modelu sprzedażowego *equity release*. Pozostali respondenci w momencie przeprowadzania badania nie wykazali zainteresowania usługą finansową pozwalającą na upłynnienie kapitału zakumulowanego w nieruchomości.

Wobec obecnego braku chęci seniorów do skorzystania z dożywotniej renty hipotecznej kluczowe stają się czynniki/sytuacje, które skłoniłyby ich do podjęcia decyzji o zawarciu umowy z funduszem hipotecznym. W przeprowadzonym badaniu wszyscy respondenci zostali poproszeni o wskazanie czynników⁷, które mogłyby ich zachęcić do przekształcenia nie płynnego kapitału zakumulowanego w nieruchomości w płynne środki finansowe. Otrzymane odpowiedzi ankietowanych seniorów korespondują z wynikami innych badaczy (por. Majer, 2022; Olejnik i Ratajczak, 2017) i wskazują, że zbyt niskie dochody na pokrycie podstawowych wydatków, problemy zdrowotne (własne, partnera, dzieci) oraz brak osób, którym można przekazać nieruchomość to kluczowe determinanty do podjęcia decyzji o skorzystaniu z modelu sprzedażowego *equity release* (rys. 6.3).

Należy podkreślić, że spośród osób, które nie posiadają dzieci 55% respondentów byłoby skłonnych skorzystać z dożywotniej renty hipotecznej w sytuacji otrzymywania niskich dochodów, nie pozwalających na pokrycie podstawowych wydatków, 23% ankietowanych mogłoby wydatkować środki na hobby, podróże i inne przyjemności, a 27% seniorów skorzystałoby z modelu sprzedażowego *equity release* w sytuacji pojawienia się problemów zdrowotnych. Natomiast wśród osób, które posiadają dzieci, jedynie 25% respondentów skłonnych byłoby skorzystać z usługi finansowej oferowanej przez fundusz hipoteczny w sytuacji otrzymywania niskich dochodów, nie pozwalających na pokrycie podstawowych wydatków, a 22% ankietowanych – w sytuacji pojawienia się problemów zdrowotnych.

Warto zaznaczyć, że dla osób nieposiadających oszczędności możliwość przekazania nieruchomości osobom bliskim okazała się nie aż tak ważna, jak w przypadku osób, które dysponują oszczędnościami.

⁷ Możliwe było wskazanie kilku czynników.



Rys. 6.3. Czynniki/sytuacje wpływające na podjęcie decyzji o skorzystaniu z dożywotniej renty hipotecznej (wybór więcej niż jednego czynnika)

Źródło: opracowanie własne.

Należy wskazać, że choć postawy osób starszych wobec skorzystania z usług typu *equity release* na rynku polskim są badane w różnych odstępach czasu, to niezmiennie okazuje się, że chęć pozostawienia nieruchomości kolejnym pokoleniom jest istotną barierą dla rozwoju tych usług.

6.5. Zakończenie

Przeprowadzone badanie jednoznacznie wskazuje, że znaczna część osób starszych żyjących w Polsce nie tylko dysponuje stosunkowo niskimi dochodami, które niejednokrotnie nie pozwalają na zaspokojenie podstawowych potrzeb, ale także nie posiada oszczędności. Pomimo niekorzystnej sytuacji finansowej skłonność do skorzystania z dożywotniej renty hipotecznej przez osoby starsze w zamian za przeniesienie prawa do nieruchomości na fundusz hipoteczny jest wciąż niska. W sytuacji utrzymującego się braku środków na sfinansowanie podstawowych potrzeb osoby bezdzietne byłyby zdecydowanie bardziej skłonne do zawarcia umowy z funduszem

hipotecznym niż osoby posiadające dzieci. Zmiana mentalności polskiego społeczeństwa, uwarunkowań kulturowych oraz coraz większe problemy finansowe osób starszych mogą prowadzić do większego zainteresowania się seniorów dożywotnią rentą hipoteczną w przyszłości. Dla osób starszych (w szczególności posiadających dzieci) znaczenie może mieć także przychylność potencjalnych spadkobierców względem modelu sprzedażowego *equity release*, co będzie się przekładać na postrzeganie nieruchomości jako aktywa, które pozwoli na poprawę ich sytuacji finansowej.

Dla rozwoju rynku dożywotniej renty hipotecznej istotne są nadal uwarunkowania prawne, które obecnie nie zabezpieczają w pełni interesów zarówno świadczeniobiorców, jak i podmiotów oferujących usługę. Kluczowe jest tutaj powrót do procesu legislacyjnego ustawy o dożywotnim świadczeniu pieniężnym, która pozwoliłaby na uregulowanie modelu sprzedażowego na polskim rynku.

Należy pamiętać, że nie bez znaczenia jest także zaufanie osób starszych do instytucji finansowych, które budowane jest poprzez ich doświadczenia na rynku usług finansowych we wcześniejszych latach życia. Istotną rolę tych instytucji jest edukacja seniorów w zakresie dedykowanych im usług finansowych.

Literatura

- Abatemarco, A., Lagomarsino, E. i Russolillo, M. (2023). Gender Pension Gap in EU Countries: A Between-Group Inequality Approach. *Risks*, 11(63). <https://doi.org/10.3390/risks11030063>
- Buzalek, P. (2019). Funkcjonowanie modelu sprzedażowego *equity release* w Polsce. *Finanse i Prawo Finansowe*, 1(21), 11-26.
- Bielska-Sobkowicz, T., Ciepła, H., Drapała, P., Sychowicz, M., Trzaskowski, R. i Wiśniewski T. (2017). *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom 4 i 5. Część szczegółowa*, J. Gudowski (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- EY & EPPARG. (2020). *2020 Global Equity Release Roundtable Survey*. <https://epparg.org/wp-content/uploads/2021/01/2020-Global-Equity-Release-Roundtable-Survey.pdf>
- Eurostat. (b.d.). *Closing the Gender Pension Gap?* <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210203-1>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2022). *Emerytury i renty w 2021*. Warszawa.
- Gwizdała, J. (2015). Equity Release Schemes on Selected Housing Loan Markets across the World. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (381), 72-85.
- Kowalczyk-Rólczyńska, P. (2018). *Equity release w finansach gospodarstw domowych osób starszych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Maćkowska, A. (2009). Reverse mortgage – odwrócona hipoteka. W: K. Gabryelczyk (red.), *Private Asset & Wealth Management. Nowe instrumenty i usługi finansowe*. Wydawnictwo C.H. Beck.
- Majer, R. (2022). Osoby starsze wobec produktów finansowych uzupełniających krajowy system emerytalny. *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka*, (3), 27-39.
- Michoń, P. (2012). Transfery międzypokoleniowe w rodzinie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, (3), 237-238.
- MRiPS. (2021). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2020 r.*
- MRiPS. (2022). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 r.*

- Olejniak, I. i Ratajczak, J. (2017). Attitudes to Reverse Mortgages in Wielkopolska. *Journal of Insurance, Financial Markets and Consumer Protection*, 25(3/2017), 79-86.
- Rinaldi, A. i Dawidowicz, D. (2019). The Gender Gap in Pensions in Italy and Poland. *Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin., Oeconomica*, 353(95)2, 17-32.
- Ronka-Chmielowiec, W. (red.). (2016). *Ubezpieczenia*. Wydawnictwo C.H. Beck.
- Szumlicz, T. (2016). *System emerytalny w Polsce – rozwój i organizacja*. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*. Wydawnictwo C.H. Beck.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16 poz. 93)
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705)
- Ustawa z dnia 23 października 2014 r. o odwróconym kredycie hipotecznym (Dz. U. z 2014 r. poz. 1585)
- ZPF. (2023). *Rynek odwróconej hipoteki w modelu sprzedażowym. Lata 2010-2022*. Gdańsk.