

Mirosław Książkowski

*Instytut Polityki Społecznej
Uniwersytet Warszawski*

Skuteczność modeli polityki społecznej w rozwiązywaniu problemów ludzi starych

Wprowadzenie

Ludzie starzy stanowili przedmiot troski władz publicznych na długo przed wprowadzeniem pierwszych programów społecznego ubezpieczenia emerytalnego pod koniec XIX wieku. W niniejszym opracowaniu chciałbym zastanowić się, która z zapoczątkowanych wtedy strategii rozwiązywania ważnych problemów bytowych ludzi starych okazała się najbardziej skuteczna. W tym celu zamierzam ocenić, na ile różne modele polityki społecznej są zorientowane na ludzi starych oraz przeanalizować stopień zaspokojenia ich najważniejszych potrzeb, za jakie można uznać posiadanie odpowiednich środków utrzymania, dobry stan zdrowia i dostęp do opieki długoterminowej. Bazować będę przede wszystkim na ogólnodostępnych statystykach, które zawierają dane dotyczące wszystkich lub zdecydowanej większości krajów rozwiniętych, uznawanych za typowych reprezentantów różnych modeli polityki społecznej

Ludzie starzy w wybranych modelach polityki społecznej

Typologie polityki społecznej

Istniejące współcześnie typologie polityki społecznej w krajach wysoko rozwiniętych wyróżniają dwie, trzy, cztery lub więcej różnych kategorii, określanych najczęściej jako modelowe¹. Jednakże w żadnej z głównych typologii sposoby rozwiązywania problemów ludzi starych nie są brane pod uwagę jako jedno z kryteriów wyróżniania konkretnych modeli polityki społecznej.

Najbardziej popularne typologie polityki społecznej, autorstwa Richarda Titmussa (Titmuss, 1974) i Gósty Esping-Andersena (Esping-Andersen 1990), wyróżniają trzy modele tej polityki lub — jak określa je Esping-Andersen — trzy reżimy *welfare states*: marginalny/liberalny, motywacyjny/konserwatywno-korporacyjny i instytucjonalno-redystrybucyjny/socjaldemokratyczny. Patrząc z perspektywy założeń doktrynalnych **modelu marginalnego/liberalnego**, należałoby się spodziewać, że standard życia ludzi starych w krajach realizujących liberalną strategię polityki społecznej będzie przede wszystkim zależał od wielkości uzyskiwanych przez nich dochodów, zgromadzonych zasobów (rzeczowych i pieniężnych), a także od ich uprzedniego uczestnictwa w programach ubezpieczeń prywatnych lub pracowniczych. Innymi słowy, po zakończeniu pracy zarobkowej ludzie starzy będą żyć ze środków, które wcześniej w jakiś sposób wcześniej „wplacili” na poczet swoich emerytur².

Jednocześnie ludzie starzy, którzy nie dysponują wystarczającymi zasobami materialnymi w postaci majątku trwałego, polis ubezpieczeniowych lub oszczędności, są — z racji wieku — traktowani znacznie łagodniej niż osoby w wieku produkcyjnym zdolne do pracy. Osoby ubogie dzieli się bowiem na dwie grupy: godnych i niegodnych pomocy (*worthy* i *unworthy poor*)³. Tym pierwszym — należą do nich emeryci, osoby niepełnosprawne — zasiłki z pomocy społecznej mają zapewnić standard życia zbliżony do linii ubóstwa obowiązującej w danym kraju. Tym drugim skromna pomoc finansowa przysługuje zwykle tylko wtedy, gdy spełniają wymagane warunki (np. podejmą każdą dostępną pracę, nawet nisko płatną, uciążliwą lub w formie wolontariatu, będą intensywnie szukać pracy lub też podnosić swoje kwalifikacje). Pomoc ta jednak z reguły przysługuje przez ograniczony okres, a jej wysokość jest tak kalkulowana, by zawsze bardziej opłacało się pracować, niż żyć wyłącznie z zasiłków. Wprawdzie jednym z głównych celów polityki społecznej jest walka z ubóstwem, jednak w praktyce osoby zdolne do pracy otrzymują wsparcie niegwarantujące minimalnego poziomu życia.

W **motywacyjnym/konserwatywno-korporacyjnym** modelu polityki społecznej potrzeby ludzi starych — podobnie jak pozostałych dorosłych obywateli i ich rodzin — powinny być zaspokajane przede wszystkim zgodnie z kryterium ich uprzedniego stażu pracy, zasług

¹ Szerzej na ten temat założeń doktrynalnych różnych modeli polityki społecznej patrz: Książkowski 2007.

² Jak to określił R. Titmuss, zaspokojenie potrzeb ludzi starych jest oparte na zasadzie: „*drawing out what you pay in*”. Titmuss, 1974, s. 90.

³ Głównym kryterium tego podziału jest zdolność do pracy.

i wydajności. Stąd też duże znaczenie przyznawane jest technice ubezpieczeniowej, za pomocą której można stosunkowo wiernie odzwierciedlić status społeczno-zawodowy danej osoby i długość jej stażu pracy, a tym samym motywować do jak największej aktywności na rynku pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Najważniejszą cechą takich systemów polityki społecznej wobec ludzi starych jest silne uzależnienie prawa do pomocy i wysokości świadczeń od miejsca danej osoby na rynku pracy w okresie aktywności zawodowej. Świadczenia przysługują głównie osobom ubezpieczonym, a same ubezpieczenia są obowiązkowe i mają powszechny charakter podmiotowy i przedmiotowy.

W modelu tym duże znaczenie przywiązuje się do zasady pomocniczości, zgodnie z którą problemy społeczne powinny być rozwiązywane na możliwie najniższym szczeblu w ramach grup, do których należy dana jednostka. Pomagając ludziom starym, państwo nie powinno tych grup zastępować, a jedynie je wspierać. Grupami tymi są przede wszystkim rodziny, a w dalszej kolejności wspólnoty lokalne i pracownicze lub korporacje zawodowe.

W konsekwencji kluczowe znaczenie dla poziomu zaspokajania pozostałych — poza materialnymi — potrzeb osób w wieku podeszłym ma przynależność do co najmniej jednej z powyższych wspólnot i zdolność oraz gotowość ich członków do pomocy wzajemnej. Głównym zadaniem państwa jest zatem zapewnienie odpowiednich warunków funkcjonowania takich grup i pomoc tym spośród nich, które są niewydolne. Natomiast bezpośredniego wsparcia polityka społeczna udziela przede wszystkim tym osobom starym, które nie znalazły dla siebie miejsca w żadnej z takich wspólnot.

W modelu instytucjonalno-redystrybucyjnym/socjaldemokratycznym polityka społeczna wobec ludzi starych opiera się na założeniu społecznej odpowiedzialności zarówno za występowanie, jak i za rozwiązywanie ich problemów. Także i w tym modelu pożądaną jest osiągnięcie jak najwyższego poziomu zatrudnienia osób w wieku produkcyjnym. Co ważne, niekwestionowanym celem jest pełne zatrudnienie, co w praktyce oznacza dążenie do wysokiej stopy aktywności zawodowej, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, osób niepełnosprawnych i grup marginalnych. Jednakże nie jest to równoznaczne z uzależnianiem prawa do pomocy publicznej od uprzedniej aktywności zawodowej. Przyjmuje się, że znaczna część osób w wieku podeszłym nie jest w stanie samodzielnie zapewnić sobie odpowiedniego poziomu dobrobytu i bezpieczeństwa socjalnego i że ani rodzina, ani wspólnoty lokalne, pracownicze czy organizacje charytatywne nie mogą zagwarantować każdemu akceptowalnego społecznie standardu życia. Dlatego też w procesie zaspokajania wszystkich ważnych potrzeb zarówno mechanizmy rynkowe, jak i pozostałe wyżej wymienione podmioty, powinny być zastąpione przez planowe działania państwa.

Główna rola w osiągnięciu tego celu spoczywa na polityce społecznej, a prawo do godziwego standardu życia przysługuje bezwarunkowo każdemu obywatelowi/stałowemu mieszkańcowi w wieku emerytalnym. Polityka społeczna zajmuje się redystrybucją dochodów i gwarantuje dostęp do świadczeń i usług oparty na kryterium potrzeb, niezależnie od funkcjonowania rynku i uprzedniego wkładu własnego jednostki. W odróżnieniu od pozostałych modeli, w modelu instytucjonalnym duży nacisk kładzie się na rozwój publicznych usług socjalnych. Równy dostęp do usług ma być gwarancją zbliżonego poziomu zaspoko-

kojenia podstawowych potrzeb. Publiczne usługi socjalne obejmują zasadniczo wszystkie ważne obszary życia społecznego.

Redystrybucja dokonywana za pomocą polityki społecznej ma charakter wertykalny⁴, a jej celem jest wyrównanie standardu zaspokojenia ważnych potrzeb przez wszystkich ludzi starych oraz wzrost poziomu integracji społecznej, a tym samym likwidacja — a nie tylko ograniczenie — ubóstwa i wykluczenia społecznego osób w wieku podeszłym.

Wymienione wyżej modele są konstrukcjami o charakterze idealnym, a polityka społeczna realizowana w poszczególnych krajach zawiera zwykle elementy charakterystyczne dla co najmniej dwóch omawianych wyżej modeli. W zasadzie tylko w trzech przypadkach przyporządkowanie polityk społecznych do określonego modelu nie budzi większych kontrowersji. Są to USA (model liberalny), Niemcy (konserwatywno-korporacyjny) i Szwecja (socjaldemokratyczny)⁵. Niektórzy badacze zajmujący się porównaniami międzynarodowymi wyróżniają dodatkowe modele, które ich zdaniem lepiej oddają specyfikę polityki społecznej w konkretnych krajach.

I tak, politykę społeczną prowadzoną w W. Brytanii określono jako **liberalno-kolektywistyczną** (Ginsburg 1992), co ma odzwierciedlać jej dwoisty charakter: bezpieczeństwo socjalne mają zapewniać zarówno działania państwa, jak i samych obywateli. Władze publiczne gwarantują wszystkim obywatelom — także ludziom starym — pewne minimum dochodu niezbędne do utrzymania się i do zaspokojenia podstawowych potrzeb, oraz dostęp do publicznych usług zdrowotnych. Zapewnienie wyższego poziomu bezpieczeństwa socjalnego leży już w dużym stopniu w gestii samych zainteresowanych, którzy mogą w tym celu skorzystać z prywatnych ubezpieczeń lub usług.

Najsłabiej rozwinięte systemy polityki społecznej w Europie występują w krajach śródziemnomorskich (Grecja, Hiszpania, Portugalia, Włochy). Kraje te zasadniczo opierają swą politykę społeczną na założeniach modelu konserwatywno-korporacyjnego, ale niektórzy uważają tę politykę za na tyle specyficzną, by zaliczyć ją do odrębnej kategorii. Spośród kilku propozycji nowej nazwy, najszerszą akceptację znalazło określenie **model południowoeuropejski** (Ferrera 1996). Najbardziej istotne cechy tego modelu — patrząc z perspektywy rozwiązywania problemów ludzi starych — to:

- Niedorozwój świadczeń i usług zastępujących rodzinę w wypełnianiu jej podstawowych funkcji. W modelu tym duża część odpowiedzialności za zaspokajanie podstawowych potrzeb spoczywa na rodzinie i wspólnotach lokalnych, a także na Kościele katolickim i organizacjach pozarządowych. Zadaniem władz publicznych jest przede wszystkim wspieranie tych podmiotów, a nie przejmowanie za nie odpowiedzialności.
- Wysoce zróżnicowany poziom ochrony standardu życia różnych grup społecznych — bardzo szczodre świadczenia emerytalne dla niektórych grup (głównie tych, które

⁴ Od bogatszych do biedniejszych.

⁵ Do modelu liberalnego zalicza się najczęściej — obok USA — także Australię, N. Zelandię, Kanadę, a z państw europejskich Irlandię i W. Brytanię. Japońska polityka społeczna traktowana jest jako hybryda modelu liberalnego i konserwatywno-korporacyjnego. Ten ostatni model dominuje w krajach Europy kontynentalnej, a model socjaldemokratyczny w Skandynawii. Holandia zaliczana jest zwykle do modelu socjaldemokratycznego, czasem do konserwatywnego.

posiadają stałą pracę), czemu towarzyszy dalece niewystarczający poziom ochrony innych grup (np. niskie minimalne emerytury i renty). W konsekwencji standard życia ludzi starych — dotyczy to szczególnie zaspokajania potrzeb opiekuńczych — zależy głównie od pomocy rodziny.

- Słaby rozwój publicznej pomocy społecznej (zarówno świadczeń pieniężnych, jak i usług.

Specyfika polityki prowadzonej w krajach Południowo-Wschodniej Azji uzasadnia wyodrębnienie jeszcze jednego, dodatkowego modelu, który zaproponowano nazwać **konfucjańskim** (Jones 1993) lub **wschodnioazjatyckim modelem orientalnym** (Rose, Shiratori 1996). Jego cechy charakterystyczne — ważne z punktu widzenia ludzi starych — to:

- Bezpieczeństwo socjalne opierające się nie tyle na programach rządowych, ile na rodzinie, zakładzie pracy, wspólnocie lokalnej, na sformalizowanych i nieformalnych działaniach o charakterze wolontariatu (kształtowanego i subsydiowanego w dużym stopniu przez władze publiczne). Szczególna rola przypada tu rodzinie, której odpowiedzialność za zaspokajanie podstawowych potrzeb jej członków jest z reguły większa niż w innych krajach rozwiniętych.
- Znaczny zakres działalności socjalnej zakładów pracy w takich sferach, jak: ochrona zdrowia, ubezpieczenia emerytalno-rentowe, mieszkalnictwo, wypoczynek.

Strategia rozwiązywania problemów ludzi starych w krajach Południowo-Wschodniej Azji opiera się na promowaniu jak najwyższej aktywności zawodowej ludności. Państwo koncentruje się na zapewnieniu dobrych warunków działania przedsiębiorstwom prywatnym, a te z kolei tworzą miejsca pracy i zapewniają osobom w nich zatrudnionym odpowiedni standard życia i ochronę w razie zaistnienia typowych zdarzeń losowych. Głównym podmiotem odpowiedzialnym za zaspokajanie potrzeb ludzi starych są oni sami i ich rodziny⁶, a dopiero w dalszej kolejności władze publiczne.

Zdaniem niektórych badaczy również polityka społeczna prowadzona w Australii i Nowej Zelandii jest na tyle specyficzna, że również powinna być zaliczona do odrębnego modelu zwanego **radykałnym** (Castless, Mitchel 1993) lub **adresowanym** (Korpi, Palme 1998). Jest to polityka prowadzona zgodnie z założeniami modelu liberalnego, ale otrzymywanie większości świadczeń socjalnych — w tym także znacznej części emerytur — jest uwarunkowane osiągnięciem dochodów poniżej określonej granicy, ustalonej na poziomie znacznie wyższym od poziomu ubóstwa. W rezultacie świadczenia te mają o wiele szerszy zakres podmiotowy niż świadczenia opiekuńcze w innych krajach.

Wymienione wyżej modele polityki społecznej wyróżniono na podstawie kryteriów jakościowych. Współczesne typologie kształtowane są przede wszystkim w oparciu o kryteria ilościowe. Jak sądzę, trudno na ich podstawie porównywać różne strategie rozwiązywania problemów ludzi starych, dlatego też zostały one tutaj pominięte.

W niniejszym opracowaniu porównano kraje, które prowadzą politykę społeczną najbardziej zbliżoną do założeń wyżej scharakteryzowanych modeli. Dla porównania

⁶ Chodzi głównie o potrzeby opiekuńcze, ale w grę może wchodzić także zapewnienie środków utrzymania.

zamieszczono także dane dotyczące Polski. Wprawdzie współczesna strategia polskiej polityki społecznej nie odpowiada w pełni założeniom żadnego z tych modeli⁷, niemniej jednak uwzględnienie naszego kraju może pomóc w zdobyciu orientacji co do efektywności strategii realizowanej w Polsce w ostatnich dwóch dekadach na tle innych krajów rozwiniętych.

Orientacja wybranych modeli polityki społecznej na ludzi starych

Przedstawione wyżej główne cechy charakterystyczne polityk społecznych funkcjonujących we współczesnych *welfare states* nie pozwalają wyrobić sobie opinii, w których z tych państw ludziom starym poświęca się większą uwagę niż pozostałym grupom wiekowym. Pewne wyobrażenie o tym mogą dać dane dotyczące udziału publicznych wydatków socjalnych na ludzi starych (powyżej 65 roku życia) w Produkcie Krajowym Brutto (PKB), zamieszczone w Tab.1. i 2. Pierwsze z tych zestawień pozwala zorientować się, jaka jest współcześnie⁸ ogólna wielkość środków przeznaczanych w ramach polityki społecznej na ludzi starych w krajach zaliczanych do różnych modeli polityki społecznej i jak przedstawiają się relacje między wydatkami na osoby powyżej 65 roku życia a pozostałymi grupami wiekowymi. W drugiej tabeli porównano wydatki publiczne na głowę populacji powyżej i poniżej 65 roku życia w latach 1980, 1985 i 1993.

W 2007 r. wydatki na programy polityki społecznej dotyczące ludzi starych stanowią największy odsetek PKB we Francji, Austrii, Włoszech i Grecji⁹, w więc w krajach zaliczanych do modelu konserwatywno-korporacyjnego i południowoeuropejskiego, natomiast najmniejszy w Korei Południowej, Kanadzie, Australii, Szwecji, USA, Wielkiej Brytanii, Norwegii i Hiszpanii, czyli w jednym z krajów azjatyckich oraz w krajach opierających swą politykę społeczną na doktrynie liberalnej, a także — co może zaskakiwać — w dwóch krajach zaliczanych do modelu socjaldemokratycznego.

Z kolei zaspokajanie potrzeb ludzi starych pochłaniało największą część ogółu wydatków socjalnych w Irlandii, Japonii, Włoszech, Grecji, Polsce i Austrii, czyli w krajach należących do różnych modeli, głównie południowoeuropejskiego (wszędzie powyżej 40% całości wydatków socjalnych). Relatywnie najmniej na ludzi starych wydawano w Korei, Kanadzie, Holandii, Australii, Belgii, Danii, Wielkiej Brytanii, Norwegii (głównie kraje modelu liberalnego i socjaldemokratycznego). Oba najbardziej reprezentatywne kraje

⁷ Model ten określam mianem „paternalistyczno-rynkowej hybrydy”, ze względu na jego niejednorodność. Z jednej strony mamy bowiem do czynienia z wyraźnym powiązaniem procesów zaspokajania wielu podstawowych potrzeb ludności z mechanizmami rynkowymi, z drugiej zaś władze publiczne w dalszym ciągu w stosunkowo znacznym zakresie ingerują w procesy zaspokajania tych i innych potrzeb. Patrz: Księżopolski, 2004.

⁸ Dane porównawcze wielkości wydatków socjalnych w PKB, opracowywane przez OECD, kończą się na roku 2007, dane za następne lata dotyczą jedynie wielkości projektowanych.

⁹ Przy czym tylko we Włoszech łączyło się to z wyższym odsetkiem ludzi w wieku 60+ w całej populacji.

Tabela 1. Publiczne wydatki socjalne brutto na ludzi starych w 2007 r. w relacji do całości publicznych wydatków socjalnych w różnych modelach polityki społecznej

Kraj	Publiczne wydatki socjalne na osoby w wieku 65 lat i więcej jako % PKB	Publiczne wydatki socjalne jako % PKB	Udział wydatków na ludzi starych w publicznych wydatkach socjalnych w %	Odsetek osób w wieku 60+ w całości populacji 2009 r. w %
Model socjaldemokratyczny				
Dania	7,3	26,0	28,0	23
Finlandia	8,4	25,8	32,6	24
Norwegia	6,2	20,8	29,8	21
Szwecja	9,0	27,3	33,0	25
Holandia	5,3	20,1	26,4	21
Model konserwatywno-korporacyjny				
Austria	10,7	26,4	40,5	19
Belgia	7,1	26,3	27,0	23
Francja	11,1	28,4	39,1	23
Niemcy	8,7	25,2	34,5	26
Model liberalny				
Irlandia	9,1	16,3	55,8	16
Kanada	3,8	16,9	22,5	20
USA	5,3	16,2	32,7	18
Model liberalno-kolektywistyczny				
W. Brytania	5,8	20,5	28,3	22
Model południowoeuropejski				
Grecja	10,0	21,3	46,9	24
Hiszpania	6,5	21,6	30,1	22
Włochy	11,7	24,9	47,0	26
Model wschodnioazjatycki				
Japonia	8,8	18,7	47,1	30
Korea Płd.	1,6	8,5	18,8	15
Model radykalny				
Australia	4,3	16,0	26,9	19
Nowa Zelandia	4,2	20,9	20,0	18
Model paternalistyczno-rynkowy				
Polska	8,7	19,8	43,9	19

Źródła: kolumna I — OECD Library: Statistics/Social Issues: Key tables from OECD/Old age social spending 2010. <źródło internetowe: <www.oecd.org>, dostęp 06.01.2012; Kolumna II — OECD Social Expenditure Database, <źródło internetowe: <www.oecd.org/els/social/expenditure>, dostęp 03.02.2012; Kolumna III — obliczenia A. Książkowskiej; Kolumna IV — World Health Statistics 2010, tab. 9, s. 151–161.

modelu wschodnioazjatyckiego zdają się realizować zupełnie odmienne strategie wobec ludzi starych, co wynika zapewne z różnic w fazie rozwoju gospodarczego między nimi oraz z innego zaawansowania procesu starzenia się ludności. W Japonii procesy uprzemysłowienia rozpoczęły się wcześniej, stąd też kraj ten stać na przeznaczanie większej części PKB na ludzi starych niż Koreę Południową, w której dopiero stosunkowo niedawno wprowadzono pierwsze publiczne systemy ubezpieczenia emerytalnego. W Japonii występuje też większa skala potrzeb ludzi starych.

Tabela 2. Wydatki socjalne w PKB¹ na na głowę ludności w wieku 65 lat i więcej a wydatki na głowę na pozostałe grupy ludności w latach 1980–1993 (średnia z lat 1980, 1985, 1993)

Kraj	Relacja	Kraj	Relacja
Grecja	2,53	USA	1,37
Hiszpania	2,42	Irlandia	1,37
Włochy	2,35	Holandia	1,36
Francja	1,98	Finlandia	1,26
Austria	1,78	Dania	1,20
Niemcy	1,66	W. Brytania	1,13
Nowa Zelandia	1,60	Australia	1,02
Japonia	1,55	Szwecja	0,92
Belgia	1,47	Norwegia	0,86
Portugalia	1,44	Kanada	0,68

¹ bez wydatków na ochronę zdrowia

Źródło: Lynch 2001, Tab. 6, s. 424.

Uwzględnienie liczebności grup ludności powyżej i poniżej 65. roku życia w porównaniach relacji publicznych wydatków socjalnych na te grupy wiekowe (tab. 2) uwypukla jeszcze bardziej wyraźny priorytet, przyznawany ludziom starym w ostatnich kilku dekadach w większości krajów, w których funkcjonuje południowoeuropejski i konserwatywno-korporacyjny model polityki społecznej. W analizowanym przez Lynch okresie (1980–1993), osoby powyżej 65. roku życia były nieco mniej uprzywilejowane w części krajów zaliczanych do modelu liberalnego, natomiast w krajach modelu socjaldemokratycznego proporcje wydatków na poszczególne grupy ludności były zdecydowanie bardziej zrównoważone niż w pozostałych krajach rozwiniętych, a w Szwecji i w Norwegii można nawet mówić o orientacji ich polityk na potrzeby młodszych pokoleń.

Włączenie do tych porównań wydatków publicznych na zdrowie pokazuje, że wprawdzie we wszystkich krajach rozwiniętych na ochronę zdrowia osób powyżej 65. roku życia przeznaczano więcej środków niż na wszystkie pozostałe grupy wiekowe łącznie, jednak różnice między różnymi państwami były znaczące. Ludzie starzy byli najbardziej uprzy-

wilejowani w krajach prowadzących liberalną bądź zbliżoną do liberalnej politykę społeczną¹⁰, najmniej w krajach Europy Południowej¹¹.

Zdaniem Julii Lynch — autorki tych wyliczeń — stopień orientacji polityki społecznej na ludzi starych jest silnie powiązany z charakterem świadczeń socjalnych, dominujących w poszczególnych krajach (Lynch 2004). W krajach gdzie główną rolę odgrywają programy zakładowe¹² (Japonia, USA, Włochy, Grecja, Austria, Hiszpania)¹³, polityka społeczna jest wyraźnie zorientowana na ludzi starych. Z kolei w krajach, w których prawa socjalne oparte są na obywatelstwie, polityka społeczna zorientowana jest bardziej na młode pokolenie (najwyraźniej w Danii, Szwecji, Irlandii, Finlandii, Australii, Norwegii, Wielkiej Brytanii). Natomiast tam, gdzie występują świadczenia o zróżnicowanym charakterze, mamy do czynienia z orientacją pośrednią (Portugalia, Niemcy, Francja, Holandia).

Odwołanie się jedynie do danych dotyczących publicznych wydatków socjalnych jest z pewnością niewystarczające do uzyskania pełnego obrazu miejsca ludzi starych w strategiach realizowanych w różnych modelach polityki społecznej. Patrząc z tej perspektywy, obok działań typowych dla polityki społecznej, ważne są przede wszystkim wydatki prywatne na zakładowe i indywidualne programy emerytalne¹⁴ oraz instrumenty polityki podatkowej i mieszkaniowej¹⁵.

Uwzględnienie wydatków na programy zakładowe i indywidualne pokazuje, że ogólne nakłady, ponoszone przez społeczeństwa krajów rozwiniętych na zaspokajanie potrzeb ludzi starych, są w większości z nich na zbliżonym poziomie w stosunku do PKB (tab. 3). Jedynie w trzech krajach (Australii, Korei Południowej i Nowej Zelandii) wydatki tego rodzaju nie mają wpływu na ich zdecydowanie słabszą orientację na ludzi starych.

Możliwości uzyskiwania ulg podatkowych, ułatwiających korzystanie z różnych form dodatkowego zabezpieczenia na starość, oraz wysokość opodatkowania dochodów osób w wieku emerytalnym wpływają dodatkowo na zmniejszenie zróżnicowania pozycji ludzi starych w polityce publicznej różnych krajów. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 4, ulgi podatkowe na poczet przyszłych emerytur odgrywają istotną rolę jedynie w kilku krajach, które prowadzą któryś z liberalnych typów polityki społecznej (Australia, Kanada,

¹⁰ Relacje między wydatkami na osoby powyżej i poniżej 65 roku życia wyniosły w tych krajach odpowiednio: USA — 8,9, Japonia — 4,8, Irlandia i Kanada — 4,5, Australia — 4,0, Nowa Zelandia i Wielka Brytania — 3,9).

¹¹ We Włoszech relacja ta wyniosła 2,2, a w Portugalii zaledwie 1,7, i to przy uwzględnieniu zarówno wydatków publicznych, jak i prywatnych (brak było danych rozłącznych). W krajach modelu konserwatywnego relacje te wahały się od 3,0 we Francji do 2,7 w Niemczech, a w krajach modelu socjaldemokratycznego od 4,1–3,9 w Danii, Finlandii i Holandii do 2,8 w Szwecji (Lynch 2001).

¹² W oryginale *occupational*: np. emerytury zakładowe, powiązane z pracą zasiłki rodzinne, brak świadczeń dla poszukujących pracy po raz pierwszy.

¹³ W kolejności wg. stopnia orientacji na ludzi starych przy uwzględnieniu dodatkowo priorytetów w polityce mieszkaniowej i podatkowej.

¹⁴ Obowiązkowe i dobrowolne zakładowe programy emerytalne oraz indywidualne programy emerytalne (opis tych programów — patrz pkt. II.2.).

¹⁵ W tym opracowaniu brak miejsca na przedstawienie efektów polityki mieszkaniowej wobec ludzi starych w różnych modelach polityki społecznej.

Irlandia, USA, Wielka Brytania) oraz w Holandii, czyli przede wszystkim tam, gdzie różnego rodzaju dodatkowe, prywatne systemy emerytalne są najbardziej rozpowszechnione.

Tabela 3. Publiczne wydatki socjalne na osoby w wieku 65 lat i więcej oraz wydatki prywatne na emerytury w 2007 r. jako % PKB

Kraj	Zakładowe i indywidualne programy emerytalne	Publiczne wydatki socjalne na ludzi starych i wydatki na zakładowe i indywidualne programy emerytalne	Kraj	Zakładowe i indywidualne programy emerytalne	Publiczne wydatki socjalne na ludzi starych i wydatki na zakładowe i indywidualne programy emerytalne
Dania	2,2	9,9	Grecja	0,4	10,4
Finlandia	0,2	8,6	Hiszpania	–	6,5
Norwegia	0,6	6,8	Włochy	1,4	13,1
Szwecja	2,1	11,3			
Holandia	5,2	10,5			
Austria	0,5	11,2	Australia	1,9 (2005)	6,2
Belgia	3,7	10,8	Nowa	0,0	4,2
Francja	0,3	11,4	Zelandia		
Niemcy	0,8	8,8			
Irlandia	0,9	10,0	Japonia	2,9	11,7
Kanada	4,1	7,9	Korea	0,0	1,6
USA	4,3	9,6	Południowa		
Wielka Brytania	4,5	9,9	Polska	0,0	8,7

Źródło: Wydatki prywatne na zakładowe i indywidualne programy emerytalne: OECD, *Pensions At A Glance 2011*, s. 157; źródło internetowe: <http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2011-en>, dostęp 04.03.2012. Wydatki ogółem: obliczenia własne na podstawie danych zawartych w tab. 1 i 3.

Dla oceny rzeczywistych nakładów różnych państw na ludzi starych o wiele istotniejszą rolę — niż ulgi podatkowe — odgrywa stopa opodatkowania publicznych świadczeń socjalnych za pomocą podatków bezpośrednich i pośrednich. W 2007 r. bezpośrednie podatki dochodowe i składki na ubezpieczenie społeczne w krajach OECD wynosiły średnio około 9% wartości świadczeń brutto: najwięcej w Danii i Szwecji (około 27%) oraz w Finlandii, Norwegii i Holandii (>15%), najmniej w Australii, Irlandii, Wielkiej Brytanii (znacznie poniżej 5%) oraz w Japonii, Kanadzie, Portugalii i USA (nieco < lub > 5%) (Adema Ladaique 2011)¹⁶. W relacji do PKB podatki te wynosiły: w Danii i Szwecji — około 3,4%, w Austrii, Włoszech i Finlandii — nieco powyżej 2%, w Belgii, Francji, Nowej Zelandii,

¹⁶ Wszystkie dane dotyczące wysokości podatków pośrednich i bezpośrednich za Adema, Ladaique 2011, s. 25–28.

Hiszpanii i Niemczech około średniej dla OECD -1,1%, w USA — nieco powyżej 0,5%, a w Australii, Kanadzie, Irlandii, Japonii i Wielkiej Brytanii — poniżej 0,5%.

Tabela 4. Ulgi podatkowe na poczet emerytur w 2007 r.¹ jako % PKB

Kraj	Ulgi	Kraj	Ulgi
Dania	–	Grecja	–
Finlandia	0,1	Hiszpania	0,3
Norwegia	0,6	Włochy	0,0
Szwecja	0,0		
Holandia	2,1		
Austria	0,1	Australia	3,0
Belgia	0,2	Nowa Zelandia	–
Francja	0,0		
Niemcy			
Irlandia	1,4	Japonia	0,8
Kanada	2,2	Korea Południowa	–
USA	0,9		
Wielka Brytania	–	Polska	–

¹ Dane szacunkowe, obejmują odliczenia składki na emerytury prywatne od dochodu oraz obniżki stopy opodatkowania dochodów z kapitałowych funduszy emerytalnych.

– brak danych

Źródło: Adema, Ladaïque 2011.

Podatki pośrednie płacone przez świadczeniobiorców były najniższe w USA — 3,9% i Japonii — 6,1% oraz w Australii i Kanadzie — około 9% całości publicznych wydatków socjalnych w tych krajach. W Niemczech, Hiszpanii i we Włoszech podatki te oscylowały wokół 11–14%, a w większości pozostałych krajów europejskich wokół 15–22%. W relacji do PKB podatki pośrednie były najwyższe w Austrii i Danii (ponad 2,5%), a najniższe w USA (poniżej 0,5%), oraz w Australii, Japonii i Kanadzie — nieco ponad 0,5%. W większości pozostałych analizowanych krajów wartość podatków pośrednich oscylowała między 1,5–2,5% PKB, a w jedynie w Nowej Zelandii i Wielkiej Brytanii była ona nieznacznie wyższa od 1,0%.

Włączenie podatków do oceny orientacji modeli polityki społecznej na ludzi starych dodatkowo zmniejsza zróżnicowanie wielkości rzeczywistych nakładów socjalnych na tę kategorię wiekową między poszczególnymi krajami. Relatywnie zyskują na tym wszystkie kraje prowadzące politykę społeczną zgodną w większym lub większym stopniu z doktryną liberalizmu: Australia, Japonia, Irlandia, Kanada, USA i Wielka Brytania, oraz te kraje europejskie, gdzie podatki płacone przez świadczeniobiorców są niższe niż w pozostałych państwach europejskich (Francja, Niemcy). Jednocześnie podatki zmniejszają najbardziej wielkość rzeczywistych nakładów na osoby w wieku powyżej 65 lat we wszystkich krajach zaliczanych do modelu socjaldemokratycznego, utwierdzając ich relatywnie słabszą orientację na zaspokajanie potrzeb pokoleń w wieku emerytalnym.

Środki utrzymania na starość

We wszystkich analizowanych modelach zapewnienie odpowiedniej ilości środków utrzymania na starość jest jednym z najważniejszych zadań polityki społecznej. W krajach, w których odpowiedzialność za dobrobyt i bezpieczeństwo socjalne spoczywa w głównej mierze na jednostce, pojęcie „odpowiednia” oznacza zwykle gwarancje zaspokojenia jedynie podstawowych potrzeb na poziomie minimum, a wyższy standard życia zainteresowani powinni zapewniać sobie sami. W większości pozostałych krajów rozwiniętych celem jest nie tylko minimalne zaspokojenie potrzeb, ale także zachowanie dotychczasowego poziomu życia po zakończeniu pracy zawodowej. W niniejszej części artykułu porównam skuteczność różnych strategii polityki społecznej w realizacji tych celów, posługując się przede wszystkim kryterium ubóstwa, a także dodatkowo przedstawię poziom zastąpienia utraconych dochodów przez publiczne i zakładowe systemy emerytalne.

Rozpocznę jednak od przedstawienia danych dotyczących stopy zatrudnienia osób w wieku przedemerytalnym. Oczywiście nie jest on jednakowy w poszczególnych krajach, a zatem przyjmuję, że chodzi o wiek 55–64 lata. Kontynuacja pracy zarobkowej w tym wieku decyduje bowiem zarówno o poziomie zamożności, w jakim osoby te wchodzi w fazę starości, jak i o wysokości przyszłych emerytur (zarówno publicznych, jak i zakładowych), a także niejednokrotnie o nabyciu prawa do świadczeń, jeżeli warunkiem ich uzyskania jest długi staż pracy.

Praca zarobkowa w wieku przedemerytalnym

W tabelach 5 i 6 pokazano dane dotyczące stopy zatrudnienia i bezrobocia w okresie kilku lat bezpośrednio poprzedzającym przejście na emeryturę, czyli w wieku 55–64 lata.

Tabela 5. Stopa zatrudnienia osób w wieku przedemerytalnym (55–64 lata) w latach 1994 i 2010 w %

Kraj	1994	2010	2010	Kraj	1994	2010	2010
	Ogółem	Ogółem	Kobiety		Ogółem	Ogółem	Kobiety
Dania	62,1	58,1	52,5	Grecja	39,5	42,3	33,2
Finlandia	33,5	52,5	56,9	Hiszpania	32,7	28,9	36,6
Norwegia	48,4	56,3	65,0	Włochy	29,4	43,6	26,2
Szwecja	41,3	56,9	66,8				
Holandia	55,4	52,9	43,3				
Austria	28,4	42,4	33,7	Australia	40,5	60,6	52,8
Belgia	22,4	33,7	29,2	Nowa Zelandia	47,1	73,3	67,2
Francja	29,4	37,3	37,5				
Niemcy	35,9	29,2	50,5				
Irlandia	39,5	50,8	43,0	Japonia	63,7	65,2	52,1
Kanada	43,6	43,0	53,5	Korea Płd.	62,9	60,9	47,1
USA	54,4	58,3	56,4				
W. Brytania	47,4	56,7	48,9	Polska	34,4	34,0	24,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Employment Outlook 2011, tab. C, s. 242–250.

Jak widać, pod koniec pierwszej dekady XXI w. stopa zatrudnienia w wieku przedemerytalnym była najwyższa w Nowej Zelandii, Japonii i Korei Południowej oraz w tych krajach, które prowadzą politykę społeczną zbliżoną do założeń modelu liberalnego. Nieznacznie niższe wskaźniki osiągały wszystkie kraje nordyckie, a wyraźnie niższe kraje zaliczane do modelu konserwatywnego lub południowoeuropejskiego. W ciągu ostatnich lat poziom zatrudnienia w tej grupie wiekowej zwiększył się prawie we wszystkich analizowanych krajach (z wyjątkiem Danii, Korei Południowej, Szwecji i Polski), najbardziej w krajach o liberalnej polityce społecznej. Współcześnie najwięcej kobiet w wieku 55–64 lata pracuje zarobkowo w Nowej Zelandii, Australii, USA, Kanadzie, Japonii oraz w krajach skandynawskich, co umożliwia tej grupie wypracowanie indywidualnych uprawnień do świadczeń emerytalnych, niezależnych od praw współmałżonka. Natomiast w krajach należących do konserwatywnego lub południowoeuropejskiego modelu polityki społecznej dla znaczącego odsetka kobiet głównym źródłem utrzymania w okresie starości pozostanie — jak do tej pory — emerytura męża lub renta rodzinna.

Z kolei z porównania danych dotyczących zagrożenia bezrobociem różnych grup wiekowych¹⁷ wynika, że w okresie przedemerytalnym jest ono mniejsze niż w okresach wcześniejszych. Stopa bezrobocia osób w wieku 55–64 lata zależy przede wszystkim od ogólnej sytuacji ekonomicznej danego kraju, a nie od funkcjonującego w danym kraju modelu polityki społecznej. Również niemal we wszystkich porównywanych krajach kobiety w wieku przedemerytalnym są nieco mniej narażone na bezrobocie niż mężczyźni, co może wynikać z niższego poziomu aktywności zawodowej kobiet.

Tabela 6. Stopa bezrobocia osób w wieku przedemerytalnym (55–64 lata) w latach 1994 i 2010 w %

Kraj	1994	2010	2010	Kraj	1994	2010	2010
	Ogółem	Ogółem	Kobiety		Ogółem	Ogółem	Kobiety
Dania	6,5	5,8	4,6	Grecja	3,1	6,3	6,5
Finlandia	19,0	6,5	5,8	Hiszpania	12,4	14,1	13,8
Norwegia	2,6	1,4	0,9	Włochy	3,4	3,6	3,0
Szwecja	6,9	5,3	4,4				
Holandia	3,5	4,0	3,7				
Austria	3,4	2,2	1,6	Australia	9,5	3,3	2,6
Belgia	4,9	4,6	5,2	Nowa Zelandia	4,8	3,4	2,9
Francja	6,7	6,7	6,4				
Niemcy	11,6	7,7	7,3				
Irlandia	8,5	8,2	5,0	Japonia	3,5	5,0	3,3
Kanada	9,2	6,6	5,6	Korea	0,6	2,9	2,2
USA	4,1	7,1	6,2	Południowa			
Wielka Brytania	9,1	4,9	3,0	Polska	7,0	7,1	6,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Employment Outlook 2011, tab. C, s. 242–250.

¹⁷ Szczegółowe dane na temat stopy zatrudnienia osób w wieku 15–24 i 25–54 lata patrz: Employment Outlook 2011, OECD, Paris, tab. C, s. 242–250.

Główne źródła utrzymania na starość

Współcześnie w krajach rozwiniętych głównymi źródłami środków utrzymania w okresie starości są świadczenia przysługujące z tytułu uczestnictwa w jednej z trzech warstw (filarów) zabezpieczenia emerytalnego: społecznej, zakładowej i indywidualnej¹⁸. Jedynie pierwsza z tych warstw ma uniwersalny charakter, stąd też dla osób z niskich i średnich grup dochodowych największe znaczenie mają właśnie świadczenia ze społecznego ubezpieczenia emerytalno-rentowego.

Z kolei emerytury zakładowe¹⁹ stanowią tym ważniejsze źródło dochodów, im wyższe wynagrodzenie osiągała dana osoba, w im większym zakładzie i na im wyższym stanowisku pracowała. Ponadto rola emerytur zakładowych jest większa tam, gdzie programy emerytalne mają charakter obowiązkowy, a pracodawcy ponoszą duży lub całkowity koszt opłacania składki.

Dane na temat rozmiarów uczestnictwa w tych programach są fragmentaryczne²⁰, szczególnie w odniesieniu do dobrowolnych systemów zakładowych. Jednakże w żadnym kraju emerytury zakładowe nie mają uniwersalnego charakteru. Z reguły są one tworzone tylko w przedsiębiorstwach zatrudniających co najmniej kilkudziesięciu pracowników. Osoby pracujące w mniejszych firmach mogą przyłączyć się do indywidualnych programów emerytalnych. Z dostępnych danych wynika, iż znaczenie obowiązkowych i quasi-obowiązkowych programów zakładowych jest relatywnie największe w Islandii, Finlandii, Danii i Holandii. Natomiast dobrowolne programy zakładowe są najlepiej rozwinięte w Wielkiej Brytanii, Belgii, Kanadzie, USA, Niemczech i Irlandii (*Pensions at a glance* 2011; 172–3).

Indywidualne programy emerytalne²¹ w większości krajów rozwiniętych znajdują się jeszcze we wstępnej fazie rozwoju. W wielu państwach ich praktyczne znaczenie dla dochodów obecnych emerytów jest jeszcze niewielkie, ale z pewnością będzie rosnać wraz z upływem czasu. Programy te charakteryzują się bardzo dużą różnorodnością, chociaż wszystkie uzależniają wysokość świadczenia od wielkości zgromadzonych wkładów i zysków od zainwestowanego kapitału. Mają one dobrowolny charakter i obejmują od kilku do kilkudziesięciu procent osób aktywnych zawodowo, a zainteresowanie uczestnic-

¹⁸ Szerzej na ten temat rozumienia zabezpieczenia emerytalnego i jego elementów składkowych oraz na temat wielostopniowych systemów zabezpieczenia emerytalnego w wybranych krajach rozwiniętych patrz: Golinowska, (red.), 1993, Golinowska, (red.), 1994, Zukowski, 1997.

¹⁹ W anglojęzycznej literaturze przedmiotu emerytury organizowane przez zakłady pracy najczęściej określane są jako zawodowe (*occupational*). W wielu krajach mają one charakter obowiązkowy (*mandatory*) z mocy prawa (pracodawcy zatrudniający określoną liczbę osób są obowiązani do ich tworzenia, a pracownicy do płacenia części składki), quasi — obowiązkowy (obowiązek taki wynika z postanowień układów zbiorowych), lub są to programy dobrowolne. Wśród programów obowiązkowych wiele jest takich o zdefiniowanych świadczeniach, programy dobrowolne opierają się na zasadzie zdefiniowanej składki.

²⁰ W zbiorczych statystykach często — obok znaków braku danych — przy poszczególnych krajach pojawia się znaczek *n.a.* /*means not applicable*/ — średnie nie do zastosowania (tłum. wł).

²¹ W statystykach OECD pod tym określeniem rozumie się dobrowolne zakładowe programy emerytalne i oszczędzanie na specjalnych kontach emerytalnych.

tewm w tych programach jest tym większe, im wyższy poziom dochodów osiąganych przez obecnych i potencjalnych członków. W 2009 r. największy odsetek pracobiorców programy te obejmowały w Nowej Zelandii, Kanadzie i Niemczech, oraz w Austrii, Hiszpanii, USA, Norwegii, Słowacji i Finlandii (*Pensions...* ibidem).

We wszystkich krajach rozwiniętych standard życia części populacji ludzi starych jest silnie uzależniony od dochodów pochodzących z innych źródeł poza wymienionymi wyżej warstwami zabezpieczenia emerytalnego. Dla osób z wyższych grup dochodowych są to wynagrodzenia za pracę lub dochody z kapitału lub własności. Natomiast dla ubogich ludzi starych duże znaczenie mają zasiłki z pomocy społecznej i innych programów socjalnych.

W Australii, USA i w Kanadzie wynagrodzenia za pracę stanowią najważniejsze źródło utrzymania osób zaliczanych do najwyższego (10) decyla dochodowego. Z kolei kapitał lub własność we wszystkich krajach stanowią ważne źródło utrzymania osób starych z wyższych warstw dochodowych, a w Australii, USA, Kanadzie i Wielkiej Brytanii, oraz w Niemczech i Szwecji korzystają z nich także osoby ze średnich lub nawet niższych grup dochodowych. (Smeeding, Williamson 2001, Tab. 6, Annex)²².

Z kolei zasiłki z pomocy społecznej, przysługujące ubogim osobom starym, mają największe znaczenie w USA i Wielkiej Brytanii. W wielu innych krajach podobną rolę pełnią świadczenia o charakterze zaopatrzeniowym lub opiekuńczo-zaopatrzeniowym, do których dostęp w żadnym lub w niewielkim stopniu zależy od sytuacji dochodowej uprawnionego.

O tym, na ile środki finansowe pochodzące z wyżej wymienionych źródeł gwarantują odpowiedni poziom życia w okresie starości możemy się przekonać, analizując dane dotyczące poziomu ubóstwa w tej grupie wiekowej oraz stopnia zastąpienia uprzednich dochodów przez świadczenia emerytalne.

Gwarancje minimalnego poziomu życia

Jak wynika z danych w tabeli 7, w połowie pierwszej dekady XXI w. skala relatywnego ubóstwa wśród ludzi starych była najniższa w Nowej Zelandii, Holandii i Kanadzie, a więc w krajach należących do zupełnie różnych modeli polityki społecznej. Generalnie najlepiej radziły sobie z tym problemem kraje zaliczane do modelu socjaldemokratycznego i konserwatywnego, znacznie gorzej większość krajów o liberalnych korzeniach tej polityki oraz kraje Europy Południowej i Płd.-Wschodniej Azji. Na tym tle zwraca uwagę relatywnie wyjątkowo niski poziom ubóstwa ludzi starych w Polsce, wyróżniający się szczególnie w odniesieniu do osób w wieku 75+ i kobiet, oraz znacznie niższy od skali ubóstwa całej populacji. W większości krajów rozwiniętych ubóstwo wśród ludzi starych dotyka kobiety bardziej niż mężczyzn, starszych emerytów (75+) bardziej niż młodszych, oraz — jak wynika z wielu innych badań — osoby samotne bardziej niż osoby prowadzące wspólne gospodarstwo domowe z współmałżonkiem (Smeeding et alia 2008). Z reguły stopa ubóstwa ludzi starych jest większa niż całej populacji, z wyjątkiem Holandii, Kanady, Niemiec, Polski i Nowej Zelandii.

²² W Niemczech nie dotyczy to osób z najniższych grup dochodowych, ich dochody kapitałowe są niewielkie.

Przykłady Kanady i Nowej Zelandii pokazują, że nawet w krajach opierających swe strategie polityki społecznej na zasadach doktryny liberalnej można znacząco ograniczyć rozmiary ubóstwa ludzi starych za pomocą dobrze adresowanych (Kanada) lub gwarantujących odpowiednio wysokie świadczenia (Nowa Zelandia), a zarazem łatwo dostępnych programów publicznych.

Tabela 7. Stopa relatywnego ubóstwa¹ osób starych w wybranych krajach w połowie 2000 (% ubogich danej grupy wiekowej)

Kraj	65+	75+	Kobiety	Cała populacja	Kraj	65+	75+	Kobiety	Cała populacja
Dania	10,0	13,7	11,5	5,3	Grecja	22,7	27,8	24,5	12,6
Norwegia	9,1	14,6	13,1	6,8	Hiszpania	22,8	26,4	24,7	14,1
Szwecja	6,2	9,8	7,7	5,3	Włochy	12,8	15,2	16,1	11,4
Holandia	2,1	2,0	2,4	7,7					
Austria	7,5	10,2	10,1	6,6	Australia	26,9	28,3	28,9	12,4
Belgia	12,8	16,0	12,9	8,8	Nowa Zelandia	1,5	1,4	0,9	10,8
Francja	8,8	10,6	10,4	7,1					
Niemcy	8,4	11,1	10,8	11,0					
Irlandia	30,6	37,1	35,3	14,8	Finlandia	12,7	19,5	16,9	7,3
Kanada	5,9	6,8	8,1	12,0					
USA	22,4	27,4	26,8	17,1					
Wielka Brytania	10,3	12,6	12,6	8,3	Polska	4,8	3,8	6,1	14,6
Japonia	22,0	25,4	24,7	14,9	Korea Południowa	45,1	49,8	47,2	14,6

¹ poziom ubóstwa = 50% średniego dochodu do dyspozycji w gospodarstwach domowych w poszczególnych krajach.

Źródło: *Pensions At A Glance: Retirement-Income Systems In OECD countries*, 2011, s. 149; źródło internetowe: <http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2011-en>, dostęp 04.03.2012.

Gwarancje zachowania dotychczasowego poziomu życia

Zaledwie w kilku spośród analizowanych krajów (państwa Europy Południowej, Austria) stopa zastąpienia uprzednich dochodów przez publiczne systemy emerytalne jest na tyle wysoka, by zapewniać zachowanie dotychczasowego poziomu życia po zakończeniu aktywności zawodowej (tab. 8). W większości krajów jest to możliwe jedynie dla uczestników obowiązkowych lub dobrowolnych programów emerytur zawodowych, dzięki którym stopa zastąpienia gwarantowana przez systemy publiczne ulega zwiększeniu od co najmniej kilkunastu do kilkudziesięciu punktów procentowych. Najczęściej stopa zastąpienia systemów publicznych — po uwzględnieniu obowiązkowych programów zakładowych — rośnie w jednakowy sposób, niezależnie od wysokości zarobków osób objętych takimi

programami. Niekiedy zyskują na tym bardziej pracownicy osiągający niskie (Dania) lub wysokie (Holandia, Norwegia, Szwecja) dochody z pracy.

Jak sądzę, w krajach rozwiniętych rzeczywiste różnice wysokości stóp zastąpienia uprzednich dochodów przez świadczenia emerytalne najlepiej oddaje uwzględnienie dwóch rodzajów zestawień. Pierwsze z nich obejmują łączne stopy zastąpienia przez wszystkie programy o charakterze obowiązkowym, zarówno publiczne, jak i zakładowe. Drugi rodzaj zestawień obejmuje dodatkowo dobrowolne programy zakładowe i programy indywidualne. Trzeba jednak pamiętać, że programy dobrowolne mają zwykle o wiele mniejszą liczbę uczestników, a ponadto są to programy ze zdefiniowaną składką, co silnie uzależnia przyszłe stopy zastąpienia od stopy zysku od zainwestowanych funduszy składkowych, a tym samym czyni jej mało przewidywalnymi.

Tabela 8. Stopa zastąpienia (brutto)¹ (w %) uprzednich dochodów przez publiczne, zawodowe i indywidualne programy emerytalne w 2011 r.² w przypadku osób osiągających przeciętne wynagrodzenie

Kraj	Programy publiczne	Programy publiczne i zakładowe obowiązkowe łącznie ³	Kraj	Programy publiczne	Programy publiczne i zakładowe obowiązkowe łącznie	Programy publiczne, zakładowe indywidualne łącznie ⁴
Dania	28,9	79,7	Grecja	95,7	95,7	–
Norwegia	46,1	53,1	Hiszpania	81,2	81,2	–
Szwecja	31,1	53,8	Włochy	64,5	64,5	–
Holandia	29,2	88,1				
Austria	76,6	76,6	Australia	11,8	47,3	–
Belgia	42,0	42,0	Nowa Zelandia	38,7	38,7	53,4
Francja	49,1	49,1				
Niemcy	42,0	42,0				
Irlandia	29,0	29,0	Finlandia	57,8	57,8	–
Kanada	38,9	38,9				
USA	39,4	39,4				
W. Brytania	31,9	31,9	Polska	28,7	59,0	–
Japonia	34,5	34,5				
Korea Płd.	42,1	42,1				

¹ przed opłaceniem podatków, które zmniejszają faktyczną stopę zastąpienia od kilkunastu do nawet więcej procent (patrz pkt. I.2).

² ostatnia aktualizacja tych danych nastąpiła 4.11.2011 r.

³ w krajach, w których systemy zakładowe są słabo rozpowszechnione lub ich brak, łączna stopa zastąpienia jest równa stopie zastąpienia programów publicznych.

⁴ zarówno obowiązkowe, jak i dobrowolne programy zakładowe; w tym zestawieniu ujęto tylko te kraje, w których dobrowolne programy zakładowe i programy indywidualne obejmują od 40 do 65% wszystkich aktywnych zawodowo.

Źródło: *Pensions At A Glance: Retirement-Income Systems In OECD countries*, 2011, s. 121; źródło internetowe: <http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2011-en>, dostęp 04.03.2012.

Najwyższą łączną stopę zastąpienia przeciętnych dochodów programy obowiązkowe oferują w Grecji, Holandii, Hiszpanii, Danii i Austrii, a najniższą w Irlandii, Wielkiej Brytanii, Japonii, Nowej Zelandii, Kanadzie i USA. W większości programów stopa zastąpienia niskich dochodów jest wyższa dla osób zarabiających poniżej przeciętnej krajowej i niższa dla tych z płacami powyżej tej wielkości. I tak w analizowanych krajach, najwyższe stopy zastąpienia dochodów na poziomie 0,5 przeciętnych przez publiczne i zakładowe programy obowiązkowe odnotowano w Danii (120,6%), Grecji (95,5%), Holandii (93,0%), Hiszpanii (81,2%), Nowej Zelandii (77,5%), Austrii (76,6%) i Australii (73,3%). W krajach, w których programy dobrowolne zastępują lub uzupełniają programy obowiązkowe najwyższe stopy zastąpienia niskich dochodów można uzyskać w Irlandii, Kanadzie Nowej Zelandii, USA i Wielkiej Brytanii (95,5%–90,5%).

Z kolei najwyższe stopy zastąpienia dochodów wyższych niż średnie przez programy obowiązkowe odnotowano w Grecji (95,7%), Holandii (86,5%), Hiszpanii (81,2%) i Austrii (72,3%). Natomiast programy dobrowolne najbardziej podwyższają stopy zastąpienia dochodów wysokich w USA (do 74,1%), Wielkiej Brytanii (59,3%), Niemczech (59,0%) Norwegii (58,8%) i Kanadzie (56,7%).

O różnicach w poziomie gwarancji odpowiedniej ilości środków utrzymania na starość dobrze świadczyć również mogą dane dotyczące tzw. bogactwa emerytalnego (*pension wealth*)²³. Pojęcie to oznacza całkowitą wartość przyszłych świadczeń (w relacji do przeciętnych wynagrodzeń danej osoby) należnych osobom starszym z tytułu uczestnictwa w obowiązkowych (publicznych i zakładowych) programach emerytalnych, od momentu ukończenia pracy zawodowej do osiągnięcia przewidywalnej długości życia dla kobiet i mężczyzn w danym kraju (tab. 9). Tak rozumiane bogactwo emerytalne jest tym większe, im wyższa jest stopa zastąpienia dochodów w danym kraju. Jest ono również wyższe dla kobiet, co wiąże się z różnicami w przewidywanej długości życia. We wszystkich krajach bogactwo emerytalne grup osiągających niskie dochody jest wyższe niż w wyższych grupach dochodowych. Z kolei bogactwo emerytalne osób zarabiających powyżej przeciętnego wynagrodzenia jest z reguły najniższe²⁴.

W konsekwencji — jeżeli warunki przyznawania świadczeń emerytalnych nie ulegną większym zmianom — największe bogactwo emerytalne mają i będą mieli do dyspozycji przyszli emeryci w krajach należących do modelu południowoeuropejskiego, nieco niższe w krajach modelu socjaldemokratycznego, a najniższe w zaliczanych do modeli wschodnioazjatyckiego i liberalnego.

²³ Szczegółowa definicja i sposób mierzenia „bogactwa emerytalnego” patrz: *Pensions At A Glance 2011*, s. 132; źródło internetowe: <http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2011-en>, dostęp 04.03.2012.

²⁴ Z wyjątkiem krajów południowoeuropejskich, gdzie bogactwo emerytalne jest równe dla wszystkich grup dochodowych. Niższe bogactwo emerytalne grup osiągających wysokie dochody wynika z ograniczenia podstawy wymiaru składki, a w konsekwencji także wysokości przyszłego świadczenia, co powoduje, że w tych grupach dochodowych stopa zastąpienia gwarantowana przez emerytury publiczne jest o wiele niższa, a tym samym niższe jest ich bogactwo emerytalne, liczone jako wielokrotność całego wynagrodzenia.

Tabela 9. Bogactwo emerytalne członków obowiązkowych programów emerytalnych¹ uzyskujących przeciętne wynagrodzenie

Kraj	Mężczyzna	Kobieta	Kraj	Mężczyzna	Kobieta
Dania	12,1	14,3	Grecja	15,2	17,4
Finlandia	9,5	11,4	Hiszpania	13,7	15,5
Norwegia	9,7	11,4	Włochy	10,6	11,1
Szwecja	9,1	10,2			
Holandia	17,7	20,3			
Austria	10,1	11,1	Australia	8,0	8,7
Belgia	6,8	8,0			
Francja	9,3	10,6			
Niemcy	7,7	9,2			
Irlandia	5,7	6,9	Japonia	5,8	7,0
Kanada	7,5	8,4	Korea Południowa	6,5	7,8
USA	5,8	6,8			
Wielka Brytania	4,5	5,3	Polska	8,4	8,9

¹ publicznych i zakładowych.

Źródło: *Pensions At A Glance* 2011, s. 133; źródło internetowe: <http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2011-en>, dostęp 04.03.2012.

Zdrowie i opieka

Dobre zdrowie

Stan zdrowia populacji ludzi starych w niewielkim tylko stopniu zależy od działań podejmowanych w ramach polityki społecznej. Dlatego też zamiast porównywać np. wskaźniki dostępności lub jakości służby zdrowia, spróbuję ocenić skuteczność całych strategii zaspokajania potrzeb, stosowanych w różnych modelach tej polityki. Posłużę się trzema wskaźnikami przewidywanej długości życia, zdając sobie sprawę, że także i one nie przesądzają w pełni o tym, które z elementów tych strategii — w tym przede wszystkim te związane z polityką społeczną — mają największy wpływ na stan zdrowia i poziom zaspokajania potrzeb zdrowotnych tej kategorii ludności. Pierwszy z tych wskaźników to przeciętna trwania życia dla osób obecnie urodzonych. Kolejne wskaźniki to oczekiwana przeciętna długość życia w „pełnym zdrowiu”, uwzględniająca okresy, w którym dana osoba chorowała lub leczyła skutki doznanego urazu²⁵, oraz przeciętny okres życia w zdrowiu dla osób w wieku 65 lat.

W pierwszej dekadzie XXI wieku przewidywana długość życia mężczyzn w analizowanych krajach oscylowała w granicach 76–79 lat dla mężczyzn i między 81–85 lat dla kobiet²⁶,

²⁵ Wskaźnik ten nosi anglojęzyczną nazwę HALE — *healthy life expectancy at birth*.

²⁶ W Polsce wskaźnik ten był o 5–8 lat niższy dla mężczyzn i 1–3 lata niższy dla kobiet, nieznacznie krótsza jest także przewidywana długość życia w „pełnym zdrowiu”: 4–9 lat dla mężczyzn i 3–8 lat dla kobiet.

co może świadczyć o zbliżonej skuteczności w realizowanych w nich strategii zaspokajania potrzeb, przynajmniej z perspektywy średniej długości życia całych populacji²⁷. Wskaźniki oczekiwanej długości życia w pełnym zdrowiu są również na podobnym poziomie, niezależnie od modelu polityki społecznej, realizowanego w poszczególnych krajach. Dla mężczyzn wynoszą one od 68 do 73 lat, a dla kobiet od 74 do 78 lat. Oba rodzaje wskaźników świadczyć mogą o porównywalnie wysokim poziomie ochrony zdrowia w tych krajach. Można również domniemywać, że jakość usług zdrowotnych dostępnych dla ludzi starych jest podobnie dobra, bowiem różnice między prognozowaną długością życia w pełnym zdrowiu a całkowitą oczekiwaną długością życia mieszczą się w bardzo zbliżonych przedziałach: od 6 do 8 lat dla mężczyzn i od 8 do 9 lat dla kobiet.

Tabela 10. Oczekiwana długość życia i oczekiwana długość życia w pełnym zdrowiu w momencie urodzenia w wybranych krajach rozwiniętych w latach 2007 i 2008¹

Kraj	Oczekiwana długość życia (lata) Mężczyźni 2008 r.	Oczekiwana długość życia (lata) Kobiety 2008 r.	Oczekiwana długość życia w pełnym zdrowiu (lata) Mężczyźni 2007 r.	Oczekiwana długość życia w pełnym zdrowiu (lata) Kobiety 2007 r.
Dania	77	81	70	73
Finlandia	76	83	70	75
Norwegia	78	83	72	74
Szwecja	79	83	72	75
Holandia	78	82	72	74
Austria	78	83	70	74
Belgia	77	82	70	74
Francja	78	85	71	76
Niemcy	77	83	71	75
Irlandia	78	82	71	74
Kanada	79	83	71	75
USA	76	81	68	72
Wielka Brytania	78	82	71	73
Grecja	78	83	71	74
Hiszpania	78	84	71	76
Włochy	79	84	73	76
Japonia	79	86	73	78
Korea Południowa	76	83	68	74
Australia	79	84	72	75
Nowa Zelandia	78	83	72	74
Polska	71	80	64	70

Źródło: World Health Statistics 2010, Tab. 1, s. 46–54; źródło internetowe: <www.who.int/research/en>, dostęp 08.01.2012.

²⁷ Ta skuteczność jest różna w odniesieniu do poszczególnych grup społecznych w tych krajach, do czego nawiążę w podsumowaniu tego opracowania.

Tabela 11. Przeciętny okres życia w pełnej sprawności dla osób w wieku 65 lat, wybrane kraje, 2009 r.

Kraj	Mężczyźni	Kobiety	Kraj	Mężczyźni	Kobiety
Dania	11,2	12,0	Grecja	7,2	8,6
Finlandia	8,1	8,9	Hiszpania	9,2	8,4
Norwegia	13,5	14,0	Włochy	7,3	6,8
Szwecja	13,8	14,6			
Holandia	9,4	10,3			
Austria	8,1	8,0	Australia	–	–
Belgia	10,5	10,1	Nowa Zelandia	–	–
Francja	8,8	9,2			
Niemcy	10,7	11,8			
Irlandia	10,2	10,5	Japonia (2004)	12,6	15,6
Kanada	–	–	Korea Południowa	-	–
Wielka Brytania	10,7	11,8	Polska	6,8	7,4

¹ Dane dotyczące krajów europejskich na podstawie badania w ramach Europejskiego Badania Dochodu i Warunków Życia (EU-SILC), dane dotyczące Japonii i USA na podstawie badań krajowych, które oparte są na nieco różniących się — zarówno od siebie, jak i od EU-SILC — instrumentach badawczych.

² W USA są to oczekiwane lata wolne od ograniczeń aktywności życiowej dla osób urodzonych w 2001–2002.

Źródło: *Health at a glance* 2011, s. 182–3.

Z kolei badania ankietowe pozwalają domniemywać, że w miarę pełną sprawność fizyczną ludzie starzy zachowują najdłużej w Japonii i w krajach należących do modelu socjaldemokratycznego, a najkrócej w krajach Europy Południowej. Różnice te nie są jednak znaczące i trudno na ich podstawie wnioskować jednoznacznie o różnicach skuteczności poszczególnych strategii polityki społecznej.

Nieco inny obraz wyłania się z badań, w których pytano ludzi starych o ich stan zdrowia. W 2009 r. najlepiej oceniali go mieszkańcy Nowej Zelandii, USA i Kanady (ponad 75% populacji 65 lat i więcej), nieco niżej Skandynawowie i Holendrzy (74,8–60%), a najgorzej mieszkańcy Polski, Portugalii, Japonii, Włoch i Korei Płd. (10,3–32,7%)²⁸. Ci sami respondenci, pytani o występowanie pewnych ograniczeń ich aktywności w życiu codziennym, najrzadziej narzekali w krajach skandynawskich (14,5%–30,8%) i w Wielkiej Brytanii (18,9%), a najbardziej w Portugalii, Niemczech, Grecji, Włoszech, Polsce i Hiszpanii (39,1%–36,9%). Poważne ograniczenia aktywności najrzadziej dotyczyły ludzi starych w Szwecji, Danii, Holandii i Norwegii (7,7%–9,7%), najczęściej mieszkańców Europy Południowej, Niemców i Polaków (19,8%–16,5%)²⁹. Osoby w wieku powyżej 75. roku

²⁸ W sondażach przeprowadzonych w trzech pierwszych krajach warianty możliwych odpowiedzi były nieco inaczej sformułowane niż w badaniach europejskich, w sposób mogący zachęcać do wybierania odpowiedzi pozytywnych. Wyniki tych badań za: *Health at a glance* 2011, s. 164–5.

²⁹ *Ibidem*, s. 165.

życia mniej więcej dwukrotnie częściej sygnalizowały występowanie ograniczeń codziennej aktywności, przy czym różnice między krajami były podobne, jak opisane wyżej.

Dostęp do długoterminowej opieki

Zapewnienie dobrego dostępu do opieki długoterminowej jest jednym z ważniejszych priorytetów działań podejmowanych na rzecz ludzi starych we wszystkich analizowanych krajach., niezależnie od ich przynależności do poszczególnych modeli. Wydłużanie oczekiwanej długości życia znacznie zwiększyło zapotrzebowanie na publiczne usługi opiekuńcze, zarówno instytucjonalne, jak i świadczone w miejscach zamieszkania ludzi starych. Pod koniec pierwszej dekady XXI wieku długoterminowa opieka publiczna najlepiej rozwinięta była w Austrii, Holandii, Norwegii, Szwecji i Danii, gdzie obejmowała ponad 15% populacji w wieku powyżej 65 lat, oraz w Nowej Zelandii, Australii, Japonii i Finlandii — wszędzie ponad 12%. Opieka publiczna najslabiej rozwinięta była w Polsce, krajach Europy Południowej, Korei Południowej, Kanadzie, Irlandii i USA, gdzie obejmowała zaledwie od 0,9% do 6,5% populacji ludzi starych. W Japonii, Norwegii, Szwecji, Włoszech, Finlandii, Belgii, Australii i USA ponad połowa osób korzysta z usług opiekuńczych świadczonych w domu; i jest to obecnie najbardziej preferowana forma opieki długoterminowej³⁰.

O tym, że to właśnie w krajach nordyckich ludzie starzy mają zapewnioną najlepszą dostępność do publicznej opieki długoterminowej najlepiej świadczy porównanie danych dotyczących wielkości populacji objętej taką opieką z liczbą osób sygnalizujących trudności w wykonywaniu codziennych czynności. W Szwecji, Norwegii i Danii usługami tymi może być objętych ponad połowa osób najbardziej takiej pomocy potrzebujących — od ponad 75% w Szwecji i Norwegii do blisko 60% w Danii. W pozostałych krajach europejskich świadczenia opieki długoterminowej realizowane przez władze publiczne są o wiele słabiej rozbudowane i wystarczają na udzielenie pomocy zaledwie kilku (Polska, Grecja, Irlandia) lub kilkunastu czy dwudziestu kilku procentom najbardziej potrzebujących. Jedynie w Austrii i Holandii opieka ta jest nieco lepiej rozwinięta (odpowiednio ponad 50% i ponad 37% niepełnosprawnych ludzi starych)³¹.

Wnioski

Jak sądzę, na podstawie danych zebranych w tym opracowaniu można sformułować tezę, iż w krajach wysokorozwiniętych skuteczność rozwiązywania problemów bytowych znaczącej części populacji ludzi starych jest podobna. Różne strategie rozwiązywania tych problemów, odpowiadające specyfice odmiennych modeli polityki społecznej, nie mają na tę skuteczność istotnego wpływu. Wydaje się zresztą, iż w większości krajów te strategie wykorzystują swoistą mieszankę niejednorodnych instrumentów, przy czym w jej skład wchodzi instrumenty typowe dla różnych modeli polityki społecznej. To, czy i w jakim

³⁰ Ibidem, s. 165, 169.

³¹ Obliczenia własne na podstawie: *Health at a glance* 2011, tab. 8.2.2 i 8.4.1.

stopniu któraś z trzech warstw zabezpieczenia emerytalnego — społeczna, zakładowa lub indywidualna — jest do tego bardziej lub mniej wykorzystywana, ma drugorzędne znaczenie dla zachowania dotychczasowego poziomu zaspokajania potrzeb po zakończeniu aktywności zawodowej.

Jednakże ta prawidłowość dotyczy tylko tych ludzi starych, którzy pracowali zarobkowo przez okres potrzebny do nabycia uprawnień emerytalnych i osiągnęli dochody niewiele niższe od średnich krajowych lub wyższe. Różnice pomiędzy poszczególnymi modelami tej polityki stają się bardziej wyraźne dopiero wtedy, gdy porównujemy ich skuteczność w gwarantowaniu wszystkim ludziom starym minimalnego poziomu życia. Wszystkim, a więc także tym, którzy nie byli w ogóle lub byli zbyt krótko aktywni zawodowo, którzy pozostawali dłuższy okres bez pracy, osiągnęli niskie dochody lub nie byli objęci programami zakładowymi.

W tym kontekście kluczowe dla oceny skuteczności różnych modeli polityki społecznej w rozwiązywaniu problemów całej populacji ludzi starych są dane dotyczące odsetka ubogich w tej grupie wieku. Wyniki wielu badań empirycznych potwierdzają bowiem istnienie silnych zależności między statusem socjoekonomicznym danej osoby a poziomem zaspokajania potrzeb³².

Statystyki rozmiaru ubóstwa ludzi starych świadczą o tym, że najskuteczniejsze w jego ograniczaniu są kraje należące do modelu socjaldemokratycznego i konserwatywnego. Poziom ubóstwa tej grupy wiekowej jest najwyższy w Europie Południowej, Wschodniej Azji i Irlandii, a więc tam, gdzie oczekuje się, że niedostateczne świadczenia publiczne będą rekompensowane przez pomoc rodziny. Z kolei wśród krajów o liberalnej polityce społecznej najgorzej z tym problemem radzą sobie te, w których poziom pomocy publicznej jest ustalany poniżej progu ubóstwa (Australia, USA).

Bibliografia

- Adema W., Ladaique M. (2011) *Is the European Welfare State More Expensive?*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers no. 124, OECD Publishing, Paris.
- Castles F.G., Mitchell D. (1993) *Worlds of Welfare and Families of Nations*, {w:} Castles, F.G. red. *Families of Nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies*, Dartmouth Publishing Company, Aldershot.
- Employment Outlook* (2011) OECD Publishing, Paris.
- Esping-Andersen G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*, Polity Press, Cambridge.
- Ferrera M. (1996) *The 'southern model' of welfare in social Europe*, w: "Journal of European Social Policy" vol. 6 nr 1.

³² Por. np. przegląd wyników badań dotyczących związków między statusem socjoekonomicznym a stanem zdrowia i przewidywaną długością życia (Looper de, Lafortune 2009) lub dane dotyczące związków między niskim dochodem a dostępnością do służby zdrowia i opieki długoterminowej (*Health at a glance*, op. cit. s. 130–135).

- Firlit-Fesnak G., Szytko-Skoczny M. red. (2007) *Polityka społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ginsburg N., *Divisions of welfare. A critical introduction to comparative social policy*, Sage, London 1992.
- Golimowska S. red. (1993) *Bazowe systemy emerytalno-rentowe w świecie*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, „Studia i Materiały”, z. 16 (389), Warszawa.
- Golinowska S. red. (1994) *Dodatkowe systemy emerytalne w świecie*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, „Studia i Materiały”, z. 9 (399), Warszawa.
- Health at a glance 2011, OECD Indicators*, OECD Publishing, 2011.
- Jones C. (1993) *The Pacific challenge*, w: Jones C. red. *New perspectives on the welfare state in Europe*, Routledge, London.
- Korpi W., Palme J. (1998) *The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries*, w: “American Sociological Review” nr 63 (5).
- Księżopolski M. (2004) *Co dalej z polityką społeczną w Polsce? Od socjalistycznych gwarancji do paternalistyczno-rynkowej hybrydy*, w: Rymśza M. red. *Reformy społeczne w Polsce — bilans dekady*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Księżopolski M. (2007) *Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej*, w: Firlit-Fesnak G., Szytko-Skoczny M. red. *Polityka społeczna*, PWN, Warszawa.
- Looper de M., Lafortune G. (2009) *Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD countries*, “OECD Health Working Papers” no. 43.
- Lynch J. (2001) *The Age-Orientation of Social Policy Regimes in OECD countries*, Luxembourg Income Study, Working Paper no. 308.
- Lynch J. (2004) *The age of welfare: Patronage, Citizenship and Generational Justice In Social Policy*, Harvard University Center for European Studies, Working Paper Series no. 111, Cambridge MA.
- Pensions At A Glance: Retirement-Income Systems In OECD countries*, (2011) OECD Publishing, Paris.
- Rose R., Shiratori R. (1996) *Welfare state: East and West*, Oxford University Press, Oxford.
- Smeeding T.M., Williamson J. (2001) *Income maintenance in Old Age: What Can Be Learned From Cross-National Comparisons*, Luxembourg Income Study Working Paper no. 263.
- Smeeding T.M. et alia (2008), *Elder Poverty in an Aging World: Conditions of Social Vulnerability and Low Income for Women in Rich and Middle-income Nations*, Working Paper no. 497, Luxembourg Income Study Working Paper Series, Luxembourg.
- Titmuss R. (1974) *Social policy. An introduction*, Allen and Unwin, London.
- World Health Statistics 2010*, WHO Press, Genewa.
- Żukowski M. (1997) *Wielostopniowe systemy zabezpieczenia emerytalnego w Unii Europejskiej i w Polsce*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, „Zeszyty Naukowe”, Zeszyt 151, Poznań.

Summary

This article aims to assess an effectiveness of various social policy models in solving major problem of old age people. In order to do so I identify age orientation of these models and evaluate the level of satisfaction of some important needs of the aged. I conclude that the effectiveness of different models is similar as concerns middle income strata and substantially different in relation to low income strata. Looking from that perspective it turns out that the most effective social policy models are social-democratic and conservative-corporatist ones.