

DANIEL ERYK LACH

ORCID: 0000-0001-6223-5356

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE POTRZEBY DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI. NIESAMODZIELNOŚĆ JAKO RYZYKO SOCJALNE I JEJ STOPNIOWANIE

Abstrakt: Przedmiotem opracowania jest omówienie kwestii zabezpieczenia społecznego potrzeby długoterminowej opieki. Autor formułuje tezę, zgodnie z którą potrzeba długoterminowej opieki jest kwestią społeczną, której rozwiązanie wymaga zaangażowania środków polityki społecznej, oraz zdarzeniem losowym mogącym być podstawą konstruowania niesamodzielnosci jako nowego, odrębnego i powszechnego ryzyka socjalnego, a także definiuje niesamodzielnosc jako ryzyko socjalne.

Słowa kluczowe: niesamodzielnosc, opieka długoterminowa, zabezpieczenie społeczne, ryzyko socjalne, kwestia społeczna

WPROWADZENIE

Przedmiotem niniejszego opracowania jest omówienie kwestii zabezpieczenia społecznego potrzeby długoterminowej opieki. Jego celem jest zatem — przede wszystkim — uzasadnienie tezy, zgodnie z którą potrzeba długoterminowej opieki stanowi kwestię społeczną, której rozwiązanie wymaga zaangażowania środków polityki społecznej, oraz zdarzenie losowe mogące być podstawą konstruowania niesamodzielnosci jako nowego, odrębnego i powszechnego ryzyka socjalnego. Ryzyko socjalne należy bowiem rozumieć jako prawną konkretyzację zdarzenia losowego będącego fenomenem biologicznym i społecznym, związanym z życiem i kondycją człowieka jako bytu biologicznego i członka większej wspólnoty. Drugim z zasadniczych celów jest zdefiniowanie ryzyka socjalnego niesamodzielnosci oraz jej stopniowanie.

Omówieniu tych zagadnień podporządkowana została struktura opracowania. Przedmiotem pierwszego punktu będzie analiza zjawiska potrzeb w zakresie opieki długoterminowej dokonana na podstawie danych i prognoz statystycznych oraz wyników badań gerontologicznych i socjologicznych. Natomiast w punkcie

drugim przedstawiona zostanie autorska definicja niesamodzielnosci jako ryzyka socjalnego, sformulowana miedyzy innymi na podstawie badan ukszaltowania zagranicznych systemow swiadczen przewidzianych na okolicznosc wystapienia potrzeby dlugoterminowej opieki oraz orzecznictwa Trybunalu Sprawiedliwosci UE.

1. POTRZEBA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ JAKO KWESTIA SPOŁECZNA I ZDARZENIE LOSOWE

Z badan i analiz gerontologicznych oraz socjologicznych jednoznacznie wynika, ze najczesciej wystepujace w praktyce sytuacje skutkujace ograniczeniem samodzielnosci czlowieka, a w konsekwencji potrzeba objecia go dlugoterminowa opieka wynikaja z trudnego do rozwiklania splotu wieku i warunkowanego nim stanu zdrowia¹. Wprawdzie sama starosc — niezaleznie od tego, jaka przyjmie sie do jej definiowania granice wiekowa² — nie musi wiadzac sie z zapotrzebowaniem na dlugoterminowa opieke, niemniej dostepne dane jednoznacznie wskazuja, ze zjawisko postepujacej utraty niezalezności i samodzielnosci w wykonywaniu czynnosci zycia codziennego jest w znacznym stopniu zwiazane z procesem starzenia sie³. Nalezny przy tym podkreślić, ze nie chodzi tu jedynie o ograniczenia fizyczne, skutkujace potrzeba pomocy i wsparcia w odniesieniu do czynnosci zycia codziennego, w tym zwlaszcza z zakresu samoobslugi i prowadzenia gospodarstwa domowego. Narastajacym problemem jest kwestia wystepowania u osob starszych rozmaitych chorob mozgu, zwlaszcza tych, ktorzych wyrazem klinicznym jest otępienie wystepujace u okolo 10% populacji geriatrycznej (to jest w wieku 65 lat i wiecej), przy czym czestosc wystepowania tych chorob znacząco zwieksza sie wraz z wiekiem — od okolo 1% w 65. roku zycia do okolo 40% po 90. roku zycia⁴.

¹ Por. M. Augustyn, *Opieka dlugoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2010; *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia sie ludnosci w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Wiecek, P. Bledowski, Poznan 2012; P. Bledowski *et al.*, *Raport na temat sytuacji osob starszych w Polsce*, Warszawa 2012; A. Gębska-Kuczerowska, M. Miller, A. Zbonikowski, *Problemy starosci i starzenia sie spostrzegane wspolczesnie*, „Zdrowie Publiczne” 109, 1999, nr 5; K. Sawinski, *Wyzwania wspolczesnej geriatry i gerontologii*, Poznan 2014; J. Halik, *Starzy ludzie w Polsce. Spoleczne i zdrowotne skutki starzenia sie spoleczenstwa*, Warszawa 2002; D. Kaluza, P. Szukalski, *Jakosc zycia seniorow w XXI wieku. Ku aktywnosci*, Lodz 2010; A. Renn-Zurek, *Starzenie sie spoleczenstwa wyzwaniem dla zespolu opieki interdyscyplinarnej*, Lodz 2013.

² Por. D.E. Lach, *Niesamodzielnosc jako ryzyko socjalne*, Poznan 2018, s. 28.

³ Por. J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza Spoleczna 2009. Warunki i jakosc zycia Polakow*, Warszawa 2009; B. Wizner *et al.*, *Ocena stanu funkcjonalnego u osob w starszym wieku*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia sie ludnosci ...*; M. Piekarszewska, R. Wiczorkowski, A. Zajenkowska-Kozłowska, *Stan zdrowia ludnosci Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.

⁴ A. Jozwiak, *Rola geriatry w rozpoznawaniu i leczeniu otępień*, [w:] *Kompleksowe rozwiazania problemow geriatrycznych w trosce o przyszlosc starzejacej sie Europy*, red. A. Jakrzewska-Sawinska, Poznan 2011, s. 92; J. Siuda *et al.*, *Zaburzenia funkcji poznawczych u osob w starszym*

Chodzi tu przede wszystkim o chorobę Alzheimera będącą przyczyną od 50% do 70% wszystkich otępień⁵.

Jednocześnie należy zauważyć, że potrzeba długoterminowej opieki może być także związana z szeroko rozumianą niepełnosprawnością, czyli tak zwaną niepełnosprawnością biologiczną, obejmującą nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie (mające stosowne orzeczenie o niepełnosprawności), lecz także osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności — z różnych względów — nie mają, lecz deklarują ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności. Z danych statystycznych zebranych na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego wynika, że w 2011 roku w Polsce orzeczeniem o niepełnosprawności legitymowało się ponad 3,1 mln osób, a dodatkowo ponad 1,5 mln było niepełnosprawnych tylko biologicznie⁶. Warto przy tym zastrzec, że z badań wynika, iż częstość występowania niepełnosprawności biologicznej rośnie wraz z wiekiem, w tym gwałtownie po ukończeniu 50. roku życia. Według kryteriów unijnych wśród pięćdziesięciolatków co czwarta osoba została zaliczona do grupy osób niepełnosprawnych, a wśród siedemdziesięciolatków blisko trzy piąte tej zbiorowości⁷.

W tym kontekście istotne znaczenie dla oceny potrzeby długoterminowej opieki jako kwestii społecznej ma obserwowane — nie tylko w Polsce — zjawisko starzenia się społeczeństwa i jego implikacje dla kreatorów polityki społecznej w odniesieniu do świadczeń opieki długoterminowej⁸. Z formułowanych w odniesieniu do Polski prognoz demograficznych wynika, że udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem, obecnie kształtujący się na poziomie około 18%, w 2050 roku osiągnie ponad 32%. W konsekwencji liczba osób w wieku 65 lat i więcej na 1000 osób w wieku 0–14 lat (tak zwany indeks starości) wzrośnie z obecnego około 1000 do niemal 2700 w 2050 roku. Co istotne, po 2025 roku drastycznie wzrośnie odsetek osiemdziesięciolatków i starszych z uwagi na to, że ten wiek w kolejnych latach osiągną osoby urodzone w 1945 roku i później, a więc w ramach powojennego wyżu urodzeń, echo zaś tego wyżu zasili grupę osób w wieku 65 lat i więcej. W 2040 roku osoby ponadosiemdziesięcioletnie będą stanowiły aż 36% zbiorowości osób starszych, to jest liczących 65 lat i więcej. W końcu prognozowanego okresu proporcje nieco się zmienią i odsetek osób 80 lat i więcej w ogólnej populacji osób starszych zmniejszy się do 32%⁹.

wieku, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności...*, s. 109, 112–114.

⁵ J. Siuda *et al.*, *op. cit.*, s. 109.

⁶ *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2017, s. 211.

⁷ M. Piekarzewska, R. Wiczorkowski, A. Zajenkowska-Kozłowska, *op. cit.*, s. 105–115.

⁸ Por. F. Colombo *et al.*, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011; H. Rothgang, *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*, Münster 2009; *Long-Term Care in Europe. A Juridical Approach*, red. U. Becker, H.J. Reinhard, New York 2018.

⁹ Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014, s. 136; P. Błędowski *et al.*, *op. cit.*, s. 18.

Z kolei w odniesieniu do problemu możliwości zapewnienia rosnącej grupie osób niesamodzielnych ze względu na wiek (z uwagi na deficyty fizyczne, a także poznawcze oraz psychiczne) stosownej opieki należy także zauważyć niekorzystną zmianę wartości tak zwanych współczynników obciążenia demograficznego. Całkowity współczynnik obciążenia demograficznego oznacza liczbę dzieci (0–14 lat) i starszych (65 lat i więcej) przypadającą na 100 osób w wieku 15–64 lat. Współczynnik składa się z dwóch mierników — współczynnika obciążenia demograficznego dziećmi oraz współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi, które w liczniku mają odpowiednio liczbę dzieci 0–14 lat lub osób starszych 65 i więcej. W cytowanej prognozie wskazano, że w 2013 roku na 100 osób w wieku 15–64 lat przypadało 20 dzieci w miastach i 24 na wsi. Malejąca liczba urodzeń spowoduje niewielki spadek wartości wskaźnika. Do 2050 roku obciążenie dziećmi populacji w wieku 15–64 lat — zarówno w miastach, jak i na wsi — wyniesie 22 osoby na 100 dorosłych. Drastycznie zmieni się natomiast współczynnik obciążenia osobami starszymi. O ile w 2013 roku wartości dla miast i wsi były praktycznie na zbliżonym poziomie (odpowiednio 22 i 19), to już po 2015 roku wystąpi zauważalny wzrost wartości w miastach, a do 2050 roku liczba osób starszych przypadająca na 100 osób w wieku 15–64 lat się potroi, osiągając średnią wartość około 60. Podobna skala zmian spodziewana jest na wsi, choć przyrosty będą wolniejsze niż w miastach, osiągając do 2050 roku wartość 53. W rezultacie całkowity współczynnik obciążenia wzrośnie od wartości 42 osoby w 2013 roku do 81 osób w 2050 roku (87 w miastach i 75 na wsi)¹⁰. Ma to o tyle istotne znaczenie, że w Polsce, podobnie zresztą jak w innych krajach OECD, opiekunami osób niesamodzielnych są na ogół członkowie najbliższej rodziny — dzieci oraz współmałżonek, w dużo mniejszym stopniu sąsiedzi i znajomi, jedynie marginalnie pomoc społeczna¹¹. Wzrost wartości współczynnika obciążenia demograficznego oznacza, że członkowie rodziny w znacznie mniejszym niż obecnie stopniu będą w stanie zaspokajać potrzebę długoterminowej opieki swoich bliskich. Zresztą już obecnie daje się zauważyć, że wraz z przechodzeniem do coraz wyższych grup wiekowych następuje stopniowa, ale wyraźna zmiana struktury osób udzielających pomocy — zmniejsza się udział opieki rodzinnej oraz innych nieformalnych opiekunów, rośnie natomiast rola opieki zinstytucjonalizowanej¹². Wiąże się to ze starzeniem się samych opiekunów, którzy z czasem stają się mniej

¹⁰ Główny Urząd Statystyczny, *op. cit.*, s. 139–140.

¹¹ M. Pączkowska, *Samopomoc, pomoc i opieka społeczna*, [w:] *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, red. J. Halik, Warszawa 2002, s. 61–62; A. Gębska-Kuczerowska, M. Miller, A. Zbonikowski, *op. cit.*, s. 189–192; B. Bień, *Rodzina w opiece nad człowiekiem starszym — sytuacja w Polsce i w Europie*, [w:] *Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej*, red. A. Jakrzewska-Sawińska, Poznań 2007, s. 26; P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności...*, s. 457–458; F. Colombo *et al.*, *op. cit.*, s. 86–91, H.J. Reinhard, *Comparison*, [w:] *Long-Term Care...*, s. 581.

¹² Por. D.E. Lach, *op. cit.*, s. 44.

mobilni, a nawet mniej samodzielni i często sami potrzebują pomocy. W tym kontekście należy też podkreślić zjawisko singularyzacji starości. Istotny jest nadto pogarszający się z wiekiem stan osób wymagających pomocy — rośnie zakres czynności koniecznych do wykonania, często przekraczając możliwości fizyczne, a czasami i psychiczne nieprofesjonalnych opiekunów, ponadto udzielana pomoc musi być w coraz większym stopniu profesjonalna — specjalistyczna¹³. Ma to miejsce zwłaszcza wtedy, gdy poza ograniczeniami dotyczącymi fizycznego wykonywania czynności życia codziennego pojawiają się ograniczenia psychiczne i poznawcze¹⁴.

Na podstawie przytoczonych danych i prognoz statystycznych oraz wyników badań gerontologicznych i socjologicznych podsumowując wolno zatem stwierdzić, że można opisać wiele zróżnicowanych a zindywidualizowanych sytuacji faktycznych związanych ze stanem zdrowia lub wiekiem danej osoby, skutkujących wynikiem z zaburzeń funkcji fizycznych, psychicznych, poznawczych lub umysłowych ograniczeniem jej samodzielności, a w konsekwencji potrzebą objęcia takiej osoby długoterminową opieką, przy czym jej zakres obejmuje wiele świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i asystenckich¹⁵. Mają one przy tym skalę masową — w świetle doświadczeń zagranicznych zasadna wydaje się teza, zgodnie z którą odsetek osób wymagających długoterminowej opieki waha się obecnie między 3 a 5%¹⁶. Jednocześnie prognozowane znaczne wydłużenie życia przyniesie w konsekwencji wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową, jako że częstość występowania sytuacji wiążących się z tym zapotrzebowaniem zwiększa się wraz z wiekiem¹⁷. Trzeba mieć również na uwadze, że skutki tychże sytuacji — także wobec jedynie ograniczonego podmiotowo i przedmiotowo zakresu ochrony przed skutkami ziszczenia się ryzyka niesamodzielności w ramach istniejących systemów świadczeniowych prawa socjalnego¹⁸ — dotyczą nie tylko jednostki, ale wpływają na funkcjonowanie całego społeczeństwa, grożąc wy-

¹³ P. Błędowski, *op. cit.*, s. 460–461.

¹⁴ Por. D.E. Lach, *op. cit.*, s. 44–45.

¹⁵ Odnośnie do zakresu przedmiotowego świadczeń długoterminowej opieki por. D.E. Lach, *op. cit.*, s. 18–27.

¹⁶ Obecnie świadczenia w ramach niemieckiego systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego (*Pflegeversicherung*) otrzymuje niemal 4% całej ludności Niemiec, przy czym na początku lat osiemdziesiątych XX wieku przyjmowano, że ryzyko niesamodzielności dotyczy około 3% populacji — por. A. Raible, *Bessere Absicherung des Pflegebedürftigkeit als ordnungspolitisches Problem und Problem der Kostenumschichtung im Gesundheitswesen*, „*Zeitschrift für Sozialreform*” 1983, nr 12, s. 755. Taki też odsetek osób niesamodzielnych odnotowywano na początku XXI wieku w Holandii — R. Skuban, *Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt*, Wiesbaden 2004, s. 174. Z kolei w Austrii odsetek beneficjentów systemu zasiłków pielęgnacyjnych wynosi aż 5% społeczeństwa — E. Stöckl, *Die Reform der österreichischen Pflegesicherung. Europäische Pflegesicherungsmodelle im Vergleich*, Wien 2011, s. 61.

¹⁷ M. Augustyn, *op. cit.*, s. 25.

¹⁸ Por. J. Jończyk, *Zagadnienia trwałej opieki pielęgnacyjnej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2009, nr 6, s. 2; M. Augustyn, *op. cit.*, s. 156 n., D.E. Lach, *op. cit.*, s. 174–176.

kluczeniem społecznym całych grup podmiotów¹⁹. W przeważającej większości przypadków osoby potrzebujące długoterminowej opieki nie są bowiem w stanie zapewnić jej sobie na podstawie własnych zasobów. Z kolei sprawowanie opieki przez nieformalnych opiekunów, którzy ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną nie podjęli lub zrezygnowali z aktywności zawodowej, wiąże się z zagrożeniem ich bezpieczeństwa socjalnoprawnego²⁰. W konsekwencji zasadne jest sformułowanie wniosku, że potrzeba długookresowej opieki tworzy kwestię społeczną, której rozwiązanie wymaga zaangażowania środków polityki społecznej.

Podkreślenia wymaga również, że sytuacje życiowe powodujące konieczność zapewnienia długoterminowej opieki mają charakter losowy. Są one bowiem zasadniczo nieprzewidywalne w odniesieniu do jednostki, niezależne od jej cech osobowych i zachowania oraz mają przypadkowy charakter. Niemniej jednak można, na podstawie danych statystycznych, określić prawdopodobieństwo ich wystąpienia w odniesieniu do całej populacji. Jak bowiem trafnie wskazano w literaturze, losowość zdarzeń „wyraża nieodłączność danych zjawisk z życiem (losem) człowieka”²¹, jako że są one właściwe dla człowieka jako jednostki biologicznej i wynikają z praw przyrody²².

¹⁹ Por. W. Anioł *et al.*, *Nowa opiekuńczość? Zmieniająca się tożsamość polityki społecznej*, Toruń 2015, s. 133–143; R. Bakalarczyk, *Wybrane problemy zabezpieczenia społecznego osób opiekujących się niesamodzielnymi bliskimi — wyzwania dla Sejmu VIII kadencji*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2016, nr 3, s. 52.

²⁰ Zagadnienie to było już sygnalizowane w literaturze krajowej (I. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka, *Między domem a pracą. Rekomendacje*, Warszawa 2007, s. 8; R. Bakalarczyk, *Deficyt bezpieczeństwa emerytalnego opiekunów osób niesamodzielnych jako skutek dezaktywizującego zawodowo systemu opieki w Polsce*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2017, nr 4) i zagranicznej (F. Colombo *et al.*, *op. cit.*, s. 97; H.J. Reinhard, *op. cit.*, s. 581, 595 n.; E. Stöckl, *op. cit.*, s. 75–81; S. Wallner, *Eine Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich — Bausteine einer kleinen sozialpolitischen Realutopie*, [w:] *Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich*, red. W.J. Pfeil, Wien 2007, s. 54; F. Brosius-Gersdorf, *Kompensowanie w systemach emerytalnych okresów poza zatrudnieniem poświęconych opiece nad dziećmi i chorymi członkami rodziny*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 1). Szerzej na ten temat por. D.E. Lach, *Zabezpieczenie społeczne nieformalnych opiekunów osób niesamodzielnych. Rozwiązania polskie na tle wybranych systemów zagranicznych*, „Forum Prawnicze” 2018, nr 5; *idem*, *Problematik der sozialen Absicherung der informellen Pflegepersonen: polnische Lösungen in europäischer Perspektive*, „Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits und Sozialrecht” 2019, nr 1.

²¹ Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Pozbawienie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1986, nr 5–6, s. 31.

²² Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Ryzyka ubezpieczeniowe*, [w:] *Problemy prawa ubezpieczeń społecznych*, red. B. Wagner, Kraków 1996, s. 91; W. Warkało, *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1974, s. 37. Przegląd wypowiedzi piśmiennictwa na temat kryteriów losowości, biotyżności oraz niepomyślności zdarzeń na tle koncepcji ryzyka socjalnego przedstawiła ostatnio K. Roszewska, *Ryzyko niezdolności do pracy*, Warszawa 2018, s. 39–54.

2. NIESAMODZIELNOŚĆ JAKO RYZYKO SOCJALNE I JEJ STOPNIOWANIE

2.1. RYZYKO SOCJALNE JAKO PRAWNA KONKRETYZACJA ZDARZENIA LOSOWEGO

Wprowadzając wypada powtórzyć, że o ile potrzeba długoterminowej opieki, wynikająca z wielu zróżnicowanych a zindywidualizowanych sytuacji faktycznych związanych ze stanem zdrowia lub wiekiem danej osoby, stanowi zdarzenie losowe, o tyle dla skonstruowania systemu świadczeniowego konieczne jest zdefiniowanie ryzyka socjalnego rozumianego jako prawna konkretyzacja tegoż zdarzenia. Chodzi przy tym o dookreślenie, jakie przejawy potrzeby długoterminowej opieki aktualizują i zarazem konkretyzują prawo do gwarantowanych świadczeń, wraz z analizą, czy w stosunku do danego zdarzenia losowego nie zachodzą okoliczności, które wyłączałyby obowiązek spełnienia/sfinansowania świadczenia. Mówiąc najkrócej, ryzyko socjalne precyzuje, czy dane zdarzenie losowe (jego skutki) objęte jest systemową gwarancją. Dopiero ziszczenie się określonego ustawowo ryzyka powoduje, że faza gwarancyjna przekształca się w fazę realizacyjną, a obowiązek organizatora systemu uszczegóławia w konkretne świadczenie²³.

Chodzi przy tym przede wszystkim o, wiążącą się z ograniczonością stojących w dyspozycji kreatora systemu świadczeniowego środków finansowych, kwestię uwzględnienia i stypizowania różnic w zakresie ograniczeń i upośledzeń fizycznych, psychicznych, poznawczych i umysłowych oraz na przykład ich etiologii²⁴ w kontekście objęcia systemową ochroną i ewentualnie także zakresu gwarantowanych świadczeń (problematyka stopniowania ryzyka niesamodzielności).

2.2. DEFINICJA NIESAMODZIELNOŚCI

Przechodząc do zdefiniowania niesamodzielności jako nowego ryzyka socjalnego, skutki ziszczenia się którego powinny być kompensowane w polskim systemie prawa socjalnego, należy wstępnie zasygnalizować, że w innym studium zwrócono już uwagę na uwarunkowania wynikające z wiążących Rzeczpospolitą Polską umów i konwencji międzynarodowych oraz wytycznych konstytu-

²³ Por. D.E. Lach, *Niesamodzielność...*, s. 56–57; I. Jędrasik-Jankowska, *Ryzyka ubezpieczeniowe...*, s. 92. Szerzej wypowiedzi piśmiennictwa dotyczące rozumienia pojęcia ryzyka socjalnego przedstawiła ostatnio K. Roszewska. Por. *eadem, op. cit.*, s. 29–39.

²⁴ Chodzi tu na przykład o decyzję co do wyłączenia lub ograniczania ustawowej gwarancji w odniesieniu do niektórych — szczególnych — sytuacji, na przykład gdy potrzeba długoterminowej opieki powstała w związku z zawnionym zachowaniem danej osoby, gdyż od ustawodawcy zależy, czy chronione będą wszystkie, czy tylko niektóre skutki danego zdarzenia losowego. Por. D.E. Lach, *Niesamodzielność...*, s. 56–57; *idem, Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 202–209; I. Jędrasik-Jankowska, *Ryzyka ubezpieczeniowe...*, s. 92; K. Roszewska, *op. cit.*, s. 54–61.

cyjnych²⁵. Omówiono także szeroko doświadczenia zagraniczne, w szczególności niemieckie²⁶, oraz propozycje dotyczące ukształtowania definicji świadczeń opieki długoterminowej w przepisach unijnego rozporządzenia koordynacyjnego nr 883/2004²⁷ odwołujące się do dorobku orzeczniczego Trybunału Sprawiedliwości UE²⁸. Z tego względu w niniejszym opracowaniu można pominąć przedstawienie tych zagadnień i skoncentrować się na omówieniu poszczególnych elementów proponowanej *de lege ferenda* definicji niesamodzielności jako ryzyka socjalnego.

Podstawowym elementem definicji niesamodzielności musi być ograniczenie lub utrata (także brak od urodzenia) samodzielności fizycznej, psychicznej, intelektualnej lub sensorycznej. Nie można przy tym ograniczać się do oceny aktywności fizycznej, gdyż — choćby wobec starzenia się społeczeństwa — coraz istotniejszym problemem staje się sytuacja osób z zaburzeniami funkcji poznawczych. Nawiązując do międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia ICF²⁹, należy przyjąć, że podstawowym wymogiem ustawowym powinno być szeroko rozumiane „upośledzenie funkcji organizmu”. Pojęcie to odnosi się bowiem do wszystkich możliwych ograniczeń samodzielności, niezależnie od ich źródła czy charakteru.

Kolejnym elementem definicji powinno być wskazanie, że upośledzenie funkcji organizmu skutkuje potrzebą wsparcia ze strony innych osób. Jest to ważna kwestia już choćby z tego względu, że część upośledzeń może być kompensowana lub wręcz przewyżczona rehabilitacją lub środkami technicznymi, niekoniecznie mającymi charakter wyrobów medycznych³⁰. „Wsparcie” należałoby przy tym rozumieć szeroko i w kontekście klasyfikacji ICF, definiującej także takie pojęcia jak „aktywność” i „uczestniczenie” oraz ich ograniczenie³¹. W konsekwencji wydaje się, że „wsparcie” powinno oznaczać wszelkie czynności mające na celu

²⁵ Por. D.E. Lach, *Niesamodzielność...*, s. 56–71.

²⁶ Nie tylko dlatego, że niemieckie ubezpieczenie pielęgnacyjne było jednym z pierwszych w Europie odrębnych i kompleksowych systemów świadczeniowych odnoszących się do ryzyka niesamodzielności, lecz także mając na uwadze znaczącą — paradygmatyczną — zmianę definicji legalnej pojęcia niesamodzielności (*Pflegebedürftigkeit*), która była owocem wieloletnich prac eksperckich, a weszła w życie 1 stycznia 2017 roku.

²⁷ Rozporządzenie (WE) nr 883/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, Dz.U. L 166 z 30 kwietnia 2004 r., s. 1. Sprostowane w Dz.U. L 200 z 7 czerwca 2004 r.

²⁸ Por. D.E. Lach, *Niesamodzielność...*, s. 71–92.

²⁹ Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health — ICF) to dokument Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczący opisu i pomiaru stanu zdrowia oraz niepełnosprawności przyjęty przez Światową Organizację Zdrowia podczas 54. Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly) dnia 22 maja 2001 roku, rezolucja WHA 54.21. Por. <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (dostęp: 9.05.2019).

³⁰ Są to na przykład specjalne akcesoria do łazienek (uchwyty, poręcze, siedziska, podnośniki), kuchni, domu (krzeselka i platformy schodowe) itp.

³¹ Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania..., s. 10.

poprawę funkcjonowania i redukcję ograniczeń aktywności i uczestniczenia, obejmując nie tylko świadczenia pielęgnacyjne (jako świadczenia zdrowotne), lecz także świadczenia opiekuńcze (zarówno w odniesieniu do czynności życia codziennego dotyczących samoobsługi, jak i z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego) i asystenckie (obejmujące pomoc w załatwianiu spraw poza miejscem zamieszkania, polegające na towarzyszeniu i udzielaniu wsparcia intelektualnego, psychicznego i emocjonalnego dorosłej osobie niesamodzielnej przy załatwianiu jej spraw bytowych innych niż bezpośrednie prowadzenie gospodarstwa domowego i osobiste zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, w tym zwłaszcza w odniesieniu do sfery ekonomicznej).

Można się zastanawiać, czy ewentualnie zakres wsparcia nie powinien być w definicji dookreślony przymiotnikami wskazującymi na jego kwalifikowaną postać (na przykład „znaczne wsparcie”), jako że system świadczeń kompensujących ziszczenie się ryzyka niesamodzielności nie powinien gwarantować świadczeń w odniesieniu do wszystkich możliwych „upośledzeń funkcji organizmu” i każdego możliwego wsparcia, także w sytuacjach błahych. Jednocześnie można zauważyć, że definiowanie przesłanki „upośledzenia funkcji organizmu” według klasyfikacji ICF wydaje się wystarczającym wskazaniem na szczególnie charakter wsparcia, związany ze zmianami funkcji lub struktury ciała, takimi jak utrata lub istotne odchylenie od stanu prawidłowego, pozwalającym zawęzić je do medycznie zasadnych sytuacji.

Istotne jest przy tym podkreślenie, że w odniesieniu do tak rozumianego „wsparcia” ustawa powinna wymagać wyłącznie „potrzeby” jego udzielenia, a nie „konieczności”. W ten sposób uwypuklono by, że ryzyko niesamodzielności nie ogranicza się do osób, co do których udzielenie świadczeń opieki długoterminowej jest (bezwarunkowo) konieczne, nieodzowne, niezbędne, ale dotyczy także osób, którym trudno byłoby się obejść bez takiego wsparcia³².

Ponadto definicja ryzyka niesamodzielności powinna jednoznacznie wskazywać, że upośledzenie funkcji organizmu skutkuje potrzebą wsparcia ze strony innych osób przez znaczny okres — chodzi przecież o zdarzenie losowe potrzeby opieki długoterminowej. Kwestią społeczno-polityczną jest przy tym, czy okres ten zostanie ustawowo sprecyzowany (przez wskazanie minimalnego okresu, na przykład 6 lub 12 miesięcy), czy też ustawodawca zdecyduje się na zastosowanie zwrotu nieostrego (na przykład „długoterminowo”, „przez dłuższy czas” lub „stale”).

³² W tym kontekście różnicę między proponowanym rozumieniem niesamodzielności a ryzykiem niezdolności do samodzielnej egzystencji, *nota bene* szeroko interpretowanym zarówno w judykaturze, jak i w piśmiennictwie. Por. B. Gudowska, *Komentarz*, [w:] *Emerytury i renty z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Komentarz*, red. K. Ślęzak, B. Gudowska, Warszawa 2013, s. 186–187; J. Ceglarska-Jóźwiak, *Niezdolność do samodzielnej egzystencji*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2011, nr 11, s. 10–20; a także wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 19 października 2017 roku, III AUa 872/16, Legalis 1713209 i przytoczone w jego uzasadnieniu orzeczenia. Podsumowująco — D.E. Lach, *Niesamodzielność...*, s. 130–134.

Konkludując, zasadne wydaje się sformułowanie następującej definicji niesamodzielności jako ryzyka socjalnego: jest to wynikająca z upośledzenia funkcji organizmu potrzeba znacznego wsparcia ze strony innych osób, obejmującego świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i asystenckie, przez dłuższy czas.

2.3. STOPNIOWANIE NIESAMODZIELNOŚCI

Uzupełnieniem tak szerokiej definicji niesamodzielności powinno być jej stopniowanie. Chodzi bowiem o to, aby uwzględnić zarówno szerokie spektrum rozmaitych sytuacji faktycznych skutkujących potrzebą długoterminowej opieki, jak i ograniczoność środków stojących w dyspozycji organizatora systemu świadczeniowego. Należałoby zatem dokonać ustawowej typizacji świadczeniobiorców według zobiektywizowanych i zryczałtowanych kryteriów, aby umożliwić adekwatne powiązanie świadczeń ze stopniem niesamodzielności, uwzględniając skąpość zasobów, które ustawodawca mógłby i chciałby przeznaczyć na sfinansowanie systemu świadczeniowego.

Postulowane stopniowanie powinno zatem przede wszystkim zapobiec nadmiernemu rozszerzeniu zakresu podmiotowego systemów świadczeń opieki długoterminowej. Służyłoby ono bowiem doprecyzowaniu objętego ustawową gwarancją stopnia potrzeby wsparcia przez dookreślenie, jaki poziom upośledzenia funkcji organizmu (ustalany obiektywnie z zastosowaniem jednego z istniejących³³ lub — co wobec klasyfikacji ICF i szerokiego rozumienia pojęcia „wsparcie” wydaje się bardziej zasadne — nowo stworzonego instrumentu oceny niesamodzielności) uprawnia do świadczeń z tytułu niesamodzielności. W ten sposób powiązано by prawo do określonych świadczeń (lub ich zakresu/wysokości) z ustaleniem w stosunku do danej osoby określonego stopnia niesamodzielności. Po drugie, stopniowanie ryzyka niesamodzielności pozwala precyzyjnie uwzględnić stopień upośledzeń danej osoby i jej zapotrzebowanie na określony rodzaj wsparcia. Mogłoby ono zatem posłużyć optymalnemu powiązaniu zakresu/wysokości świadczeń z zakresem (pielęgnacja, opieka, asysta) lub celem (samoobsługa, wykonywanie podstawowych czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego itp.) wsparcia zindywidualizowanego świadczeniobiorcy.

Oczywiście co się tyczy szczegółów, sprawa jest bardzo skomplikowana. Instrumentem służącym stopniowaniu niesamodzielności może być na przykład liczenie/szacowanie czasu potrzebnego na opiekę w związku z określonym upośledzeniem funkcji organizmu (jak na przykład w systemie austriackim, a pierwotnie także w systemie niemieckim) lub też punktowa ocena poszczególnych kryteriów (przyporządkowanych do określonych kategorii, jak na przykład w obecnym sys-

³³ Instrumenty mierzące podstawowe czynności życia codziennego, tak zwane ADL — *activities of daily living* (np. skale Katza, Barthel), oraz złożone czynności życia codziennego, tak zwane IADL — *instrumental activities of daily living* (np. skala Lawtona). Por. D.E. Lach, *Niesamodzielność...*, s. 31–32.

temie niemieckim). W odniesieniu do obu tych instrumentów należy zauważyć, że rozgraniczenie i wyznaczenie stopni niesamodzielności przez skonkretyzowanie ich granic nie tylko wymaga specjalistycznej wiedzy z zakresu gerontologii i pielęgniarstwa, ale także wiąże się ze społeczno-polityczną decyzją prawodawcy realizującego swoje cele polityczne na podstawie posiadanych zasobów. W tym kontekście można zauważyć, że punktowy system oceniania i stopniowania niesamodzielności jest instrumentem bardzo elastycznym. Ewentualne uaktualnianie punktacji (przez dowartościowanie lub dewaluację określonych kryteriów) lub ważenia poszczególnych obszarów umożliwia szybką zmianę systemu orzekania bez konieczności przebudowy całego systemu, na przykład gdy zmienia się priorytety polityki społecznej lub wystąpi taka potrzeba z uwagi na wyniki analizy skutków funkcjonowania ustawy³⁴.

Tylko na marginesie trzeba przy tym przypomnieć, że różnicując sytuację prawną wyodrębnionych grup podmiotów, ustawodawca musi baczyć, by przyjęte kryterium klasyfikacji podmiotów prowadzące do różnicowania ich sytuacji prawnej miało charakter obiektywny, by uwzględniane różnice między podmiotami były relewantne prawnie i pozostawały w bezpośrednim, racjonalnym związku z celem i zasadniczą treścią przepisów oraz służyły realizacji tego celu i treści, wreszcie by przyjęte kryterium dyferencjacji/typizacji miało charakter proporcjonalny. Należy także podnieść, że ustawowa klasyfikacja podmiotów skutkująca zróżnicowaniem ich sytuacji prawnej musi być sprawiedliwa, to znaczy wybór określonego kryterium dyferencjacji powinien wynikać z przyjętego systemu wartości, zasad lub norm konstytucyjnych, uzasadniających odmienne traktowanie podobnych podmiotów³⁵.

2.4. PROBLEMATYKA USTALANIA POTRZEBY OPIEKI I STOPNIA NIESAMODZIELNOŚCI W ODNIESIENIU DO DZIECI I MŁODZIEŻY

Odrębną kwestią jest ustalanie potrzeby opieki i stopnia niesamodzielności w odniesieniu do dzieci i młodzieży. W przypadku tych podmiotów określony, a zmniejszający się w czasie stopień niesamodzielności w odniesieniu do czynności życia codziennego (co dotyczy zwłaszcza małych dzieci), a także niedojrzałości psychicznej (również w odniesieniu do młodzieży) jest związany z ich wiekiem. Z tego względu przy ocenie niesamodzielności dzieci i młodzieży i jej stopniowaniu pojawia się problem obiektywizowania ich indywidualnego rozwoju. Podobnie jak w odniesieniu do stopniowania ryzyka niesamodzielności osób dorosłych także i w tym przypadku konieczne jest stworzenie odrębnego instrumentu oceny na podstawie specjalistycznej wiedzy pedagogicznej i pielęgniarckiej³⁶.

³⁴ Por. D.E. Lach, *Niesamodzielność...*, s. 113.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ Por. B. Gansweid, K. Wingefeld, A. Büscher, *Definition der Pflegebedürftigkeit*, „Sozialer Fortschritt” 2010, nr 2, s. 57–59.

WNIOSKI

Rekapitulując, można sformułować najistotniejsze wnioski dotyczące zabezpieczenia społecznego potrzeby długoterminowej opieki.

1. Można opisać wiele zróżnicowanych a zindywidualizowanych sytuacji związanych ze stanem zdrowia lub wiekiem danej osoby, skutkujących wynikłym z zaburzeń funkcji fizycznych, psychicznych, poznawczych lub umysłowych ograniczeniem jej samodzielności, a w konsekwencji potrzebą objęcia takiej osoby długoterminową opieką.

2. Sytuacje te występują na skalę masową, a z prognoz demograficznych wynika jednoznacznie, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową będzie rosnąć. Skutki tych sytuacji dotyczą nie tylko jednostki, ale wpływają na funkcjonowanie całego społeczeństwa, grożąc wykluczeniem społecznym całych grup podmiotów. W konsekwencji potrzeba długookresowej opieki jest kwestią społeczną, której rozwiązanie wymaga zaangażowania środków polityki społecznej.

3. Sytuacje życiowe powodujące konieczność zapewnienia długoterminowej opieki mają charakter losowy i biotyczny. Możliwe jest, na podstawie danych statystycznych, określenie prawdopodobieństwa ich wystąpienia w odniesieniu do całej populacji.

4. Na ich podstawie możliwe jest zatem konstruowanie ryzyka socjalnego, rozumianego jako prawna konkretyzacja poszczególnych sytuacji (zdarzeń losowych) przez dookreślenie, jakie przejawy potrzeby długoterminowej opieki aktualizują i zarazem konkretyzują prawo do gwarantowanych świadczeń, wraz z analizą, czy w stosunku do danego zdarzenia losowego nie zachodzą okoliczności, które wyłączałyby obowiązek spełnienia/sfinansowania świadczenia.

5. Proponowana definicja niesamodzielności jako ryzyka socjalnego brzmi: Niesamodzielność to wynikająca z upośledzenia funkcji organizmu potrzeba znacznego wsparcia ze strony innych osób, obejmującego świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i asystenckie, przez dłuższy czas.

6. Niesamodzielność powinna podlegać stopniowaniu, aby uwzględnić zarówno szerokie spektrum rozmaitych sytuacji faktycznych skutkujących potrzebą długoterminowej opieki, jak i ograniczoność środków będących w dyspozycji organizatora systemu świadczeniowego.

7. Konieczne jest stworzenie odrębnego instrumentu służącego ocenie niesamodzielności dzieci i młodzieży i jej stopniowaniu.

SOCIAL SECURITY OF THE NEED FOR LONG-TERM CARE. DEPENDENCY AND ITS STAGING

Summary

The subject of the study is to discuss the issue of social security of the need for long-term care. The author formulates the thesis according to which the need for long-term care is a social issue, the solution of which requires the involvement of social policy measures, and a random event that may constitute the basis for constructing dependence as a new, separate, and widespread social risk and also defines dependence as a social risk.

Keywords: dependency, long-term care, social security, social risk, social question

BIBLIOGRAFIA

- Anioł W., Bakalarczyk R., Frysztacki K., Piątek K., *Nowa opiekuńczość? Zmieniająca się tożsamość polityki społecznej*, Toruń 2015.
- Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012.
- Augustyn M., *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2010.
- Bakalarczyk R., *Deficyt bezpieczeństwa emerytalnego opiekunów osób niesamodzielnych jako skutek dezaktywizującego zawodowo systemu opieki w Polsce*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2017, nr 4.
- Bakalarczyk R., *Wybrane problemy zabezpieczenia społecznego osób opiekujących się niesamodzielnyymi bliskimi — wyzwania dla Sejmu VIII kadencji*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2016, nr 3.
- Bień B., *Rodzina w opiece nad człowiekiem starszym — sytuacja w Polsce i w Europie*, [w:] *Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej*, red. A. Jakrzewska-Sawińska, Poznań 2007.
- Błędowski P., *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012.
- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012.
- Brosius-Gersdorf F., *Kompensowanie w systemach emerytalnych okresów poza zatrudnieniem poświęconych opiece nad dziećmi i chorymi członkami rodziny*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 1.
- Ceglarska-Jóźwiak J., *Niezdolność do samodzielnej egzystencji*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2011, nr 11.
- Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011.
- Czapiński J., Panek T., *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2009.
- Gansweid B., Wingenfeld K., Büscher A., *Definition der Pflegebedürftigkeit*, „Sozialer Fortschritt” 2010, nr 2.
- Gębska-Kuczerowska A., Miller M., Zbonikowski A., *Problemy starości i starzenia się spostrzegane współcześnie*, „Zdrowie Publiczne” 109, 1999, nr 5.
- Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014.
- Gudowska B., [w:] K. Ślęzak, B. Gudowska, *Emerytury i renty z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Komentarz*, Warszawa 2013.

- Halik J., *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa 2002.
- Jędrasik-Jankowska I., *Pozbawienie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1986, nr 5–6.
- Jędrasik-Jankowska I., *Ryzyka ubezpieczeniowe*, [w:] *Problemy prawa ubezpieczeń społecznych*, red. B. Wagner, Kraków 1996.
- Jończyk J., *Zagadnienia trwałej opieki pielęgnacyjnej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2009, nr 6.
- Józwiak A., *Rola geriatry w rozpoznawaniu i leczeniu otępień*, [w:] *Kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy*, red. A. Jakrzewska-Sawińska, Poznań 2011.
- Kałuża D., Szukalski P., *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Łódź 2010.
- Kotowska I., Sztanderska U., Wóycicka I., *Między domem a pracą. Rekomendacje*, Warszawa 2007.
- Lach D.E., *Niesamodzielnosc jako ryzyko socjalne*, Poznań 2018.
- Lach D.E., *Problematik der sozialen Absicherung der informellen Pflegepersonen: polnische Lösungen in europäischer Perspektive*, „Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht” 2019, nr 1.
- Lach D.E., *Zabezpieczenie społeczne nieformalnych opiekunów osób niesamodzielnych. Rozwiązania polskie na tle wybranych systemów zagranicznych*, „Forum Prawnicze” 2018, nr 5.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Long-Term Care in Europe. A Juridical Approach*, red. U. Becker, H.J. Reinhard, New York 2018.
- Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- Pączkowska M., *Samopomoc, pomoc i opieka społeczna*, [w:] *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, red. J. Halik, Warszawa 2002.
- Piekarczyńska M., Wiczorkowski R., Zajenkowska-Kozłowska A., *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.
- Raible A., *Bessere Absicherung des Pflegebedürftigkeit als ordnungspolitisches Problem und Problem der Kostenumschichtung im Gesundheitswesen*, „Zeitschrift für Sozialreform” 1983, nr 12.
- Reinhard H.J., *Comparision*, [w:] *Long-Term Care in Europe. A Juridical Approach*, red. U. Becker, H.J. Reinhard, New York 2018.
- Renn-Żurek A., *Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla zespołu opieki interdyscyplinarnej*, Łódź 2013.
- Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2017.
- Roszevska K., *Ryzyko niezdolności do pracy*, Warszawa 2018.
- Rothgang H., *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*, Münster 2009.
- Sawiński K., *Wyzwania współczesnej geriatry i gerontologii*, Poznań 2014.
- Siuda J., Piotrowicz K., Boczarzka-Jedynak M., Skalska A., Krzysztanek K., Wizner B., Grodzicki T., *Zaburzenia funkcji poznawczych u osób w starszym wieku*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski, Poznań 2012.
- Skuban R., *Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt*, Wiesbaden 2004.
- Stöckl E., *Die Reform der österreichischen Pflegesicherung. Europäische Pflegesicherungsmodelle im Vergleich*, Wien 2011.
- Wallner S., *Eine Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich — Bausteine einer kleinen sozialpolitischen Realutopie*, [w:] *Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich*, red. W.J. Pfeil, Wien 2007.
- Warkalło W., *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1974.
- Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski, Poznań 2012.