

Dariusz Lipski

## Wysokość świadczeń emerytalnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych a finansowanie instytucjonalnej opieki długoterminowej w Polsce

### Pension benefits from the Social Security Fund and the financing of institutional long-term care in Poland

The objective of this study is to introduce the topic of old-age infirmity risk and to analyse the sources of its financing in the current legal framework, based on social insurance retirement benefits paid by the Social Insurance Institution. The problems of estimating the scale of old-age infirmity risk in Poland will be considered, and on the example of the average cost of living in a nursing home in selected cities conclusions and recommendations on possible sources of financing institutional long-term care in the future will be presented. Undertaking a discussion of the economic dimension of old age is justified primarily by the assumption that financing the specific needs of the elderly can generate extraordinary costs, both for individual households and for the public sector as a whole.

<b>DOI</b>	<a href="https://doi.org/10.31268/StudiaBAS.2022.32">https://doi.org/10.31268/StudiaBAS.2022.32</a>
<b>Słowa kluczowe</b>	opieka długoterminowa, emerytury, ryzyko starości, niedołęstwo starcze, niesamodzielność
<b>Keywords</b>	long-term care (LTC), pensions, risk of ageing, old-age infirmity, dependency
<b>O autorze</b>	doktorant w Szkole Doktorskiej Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie • ✉ <a href="mailto:dl110957@doktorant.sgh.waw.pl">dl110957@doktorant.sgh.waw.pl</a> • <a href="https://orcid.org/ORCID_0000-0001-6472-0478">https://orcid.org/ORCID_0000-0001-6472-0478</a>



Artykuł został udostępniony na licencji Creative Commons – Uznanie Autorstwa 3.0 Polska (CC BY 3.0 PL).

## Wstęp

Tematem przewodnim większości rozpraw na temat okresu starości współczesnych Polaków są bez wątpienia przyszłe emerytury. Dyskusja zasadniczo zogniskowała się na dwóch problemach: wieku przejścia na emeryturę oraz wysokości przysługującego świadczenia. W konsekwencji debata publiczna, a także dyskurs akademicki zostały zdominowane przez rozważania nad tym, jak skutecznie odkładać środki na przyszłą emeryturę oraz jak zmobilizować kolejne pokolenia Polaków do oszczędzania na starość. Zagadnienie to można określić finansjalizacją emerytur. Oczywiście, w kontekście polityki społecznej kwestia priorytetów państwa opiekuńczego i indywidualnej odpowiedzialności jednostek za swój los jest niezwykle istotna, aczkolwiek jest też nieustannym przedmiotem sporu zarówno naukowego, jak i przede wszystkim politycznego<sup>1</sup>. Konieczność dywersyfikacji źródeł dochodu przyszłych emerytów wydaje się jednak nieunikniona, a jej forma jest i z pewnością będzie w przyszłości przedmiotem licznych dyskusji i polemik.

1 Por. J. Supińska, *Wartości i prawa człowieka w polityce społecznej* [w:] *Polityka społeczna. Materiały do studio-*  
*wania*, red. A. Rajkiewicz, J. Supińska, M. Księżopolski, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1998,  
s. 69–70.

Wysokość przyszłych emerytur i oszczędzanie na starość wydają się z perspektywy przeciętnego człowieka najistotniejsze, aczkolwiek takie postawienie akcentów prowadzi do daleko idącego uproszczenia kwestii starości jako stanu mającego znacznie szerszy kontekst społeczny. Starość, rozumiana jako pewien rozdział w życiu jednostki, cechuje się chociażby odmiennym wzorcem i rozkładem ryzyka<sup>2</sup>, w szczególności ryzyka socjalnego. Występowanie ryzyk rodzi z kolei naturalne pytanie o źródła finansowania, w szczególności gdy uwzględni się całokształt rozwiązań systemowych, jakie przewidział ustawodawca. Niewątpliwie fundamentem tych rozwiązań jest zabezpieczenie emerytalne w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, aczkolwiek nie należy zapominać o wielu rozwiązaniach mających charakter zaopatrzeniowy, np. z zakresu świadczeń rodzinnych lub pomocy społecznej. W dalszym ciągu to jednak wysokość świadczenia emerytalnego będzie określała stopień zasobności portfela emerytów i możliwości zaspokojenia przez nich określonych potrzeb.

W zaleceniu nr 67 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącym zabezpieczenia dochodu wymieniono następujące ryzyka, które powinny być objęte ubezpieczeniem społecznym: chorobę, macierzyństwo, inwalidztwo, podeszły wiek, śmierć żywiciela rodziny, bezrobocie, wydatki nadzwyczajne oraz obrażenia (kalectwo i choroby) wynikające z zatrudnienia<sup>3</sup>. Literalne wymienienie podeszłego wieku odnosi się zasadniczo do kwestii zabezpieczenia dochodu w okresie braku aktywności zawodowej, wynikającego wprost z osiągnięcia określonego wieku uprawniającego według przyjętych obiektywnych kryteriów do świadczenia emerytalnego. Niemniej jednak okres starości wiąże się niejednokrotnie ze zwiększeniem ryzyka choroby, inwalidztwa i wynikających z nich nadzwyczajnych wydatków. W literaturze wyodrębniono także ryzyko niedołęstwa starczego, aczkolwiek wydaje się ono w pewnym stopniu pokrywać z ryzykiem choroby lub inwalidztwa, gdyż to właśnie choroba lub niepełnosprawność leżą u podstaw problemu. Nie brakuje jednak postulatów wyodrębnienia tego rodzaju ryzyka w celu „[...] uwolnienia w ten sposób od czynnika niedołężności ryzyka choroby czy ryzyka starości”<sup>4</sup>. Niezależnie od przyjętej terminologii zniedołężnienie polega na niesamodzielności jednostki, a zatem uzależnieniu zaspokojenia wielu jej potrzeb bytowych od pomocy innych podmiotów w związku z niewydolnością czynnościową wieku starczego<sup>5</sup>.

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie zagadnienia okołoemerytalnego ryzyka niesamodzielności (ryzyka niedołęstwa starczego) oraz analiza możliwości finansowania całodobowej opieki instytucjonalnej w obecnym stanie prawnym i faktycznym dzięki świadczeniom emerytalnym z ubezpieczenia społecznego wypłacanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Omówione zostaną również podstawowe problemy z oszacowaniem skali ryzyka niedołę-

2 Za wiodącą przyjęto definicję ryzyka proponowaną przez Jana Łazowskiego. Przez ryzyko należy rozumieć możliwość powstania potrzeby majątkowej wskutek zdarzenia losowego, zob. J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Warszawa 1934, s. 3–9.

3 Zbliżony katalog ryzyka socjalnego zawiera konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego.

4 Zob. T. Szumlicz, *O niedostatecznej ochronie prawnej jako ryzyku społecznym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 1.

5 *Ibidem*.

stwa starczego w Polsce, a na przykładzie obserwacji średniego kosztu utrzymania mieszkańca domu pomocy społecznej dla miast wojewódzkich zostaną również przedstawione wnioski i rekomendacje możliwych źródeł finansowania tego ryzyka w przyszłości. Podjęcie szerszej dyskusji nad ekonomicznym wymiarem starości znajduje uzasadnienie przede wszystkim w założeniu, że finansowanie specyficznych potrzeb osób starszych może generować ponadprzeciętne koszty zarówno dla pojedynczych gospodarstw domowych, jak i dla całego sektora publicznego<sup>6</sup>. Nie-równowaga obciążeń fiskalnych może również prowadzić do konfliktów międzypokoleniowych, które mogą skutkować kontestowaniem zasady solidarności społecznej, jak również zasady sprawiedliwości i równości międzypokoleniowej<sup>7</sup>.

## Rodzinne gospodarstwo domowe jako wspólnota ryzyka

Szczególna rola gospodarstw domowych jako elementarnych komórek społecznych, które na co dzień mierzą się z różnego rodzaju ryzykiem, wydaje się nieoceniona. Innymi słowy, gospodarstwo domowe tworzy najmniejszą wspólnotę ryzyka, która działa w określonym kontekście społecznym. Każdy bowiem człowiek przynależy do jakiegoś, chociażby jednoosobowego, gospodarstwa domowego<sup>8</sup>. Należy również wyakcentować osobliwą rolę rodziny, która determinuje decyzje gospodarstw domowych, w których właśnie rodzinne więzi społeczne tworzą jednocześnie określone powiązania finansowe<sup>9</sup>. Powszechnie używane pojęcie finansów osobistych również odnosi się w gruncie rzeczy do gospodarstwa domowego<sup>10</sup>. Decyzje finansowe np. o zakupie polisy ubezpieczeniowej w razie zaistnienia zdarzenia losowego mogą mieć bezpośrednie przełożenie na sytuację pozostałych członków gospodarstwa domowego. Przykładowo, śmierć osoby ubezpieczonej wywołuje skutek w postaci wypłaty sumy ubezpieczenia osobom uposażonym lub zstępny. Również kredyty nie pozostają ekonomicznie obojętne dla gospodarstw domowych, ponieważ w razie śmierci kredytobiorcy w pewnym uproszczeniu następuje dziedziczenie zobowiązań przez spadkobierców<sup>11</sup>.

Ustrojodawca przewidział w art. 18 Konstytucji RP szczególną pozycję rodziny w polskim porządku prawnym, co znajduje odzwierciedlenie w działalności ustawodawcy zwykłego. Namacalnym przykładem jest chociażby ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, w której posłużono się pojęciami rodziny i dochodu rodziny, czyli sumy dochodów jej członków.

6 B. Błaszczyk, *Dodatkowe systemy oszczędzania na starość w krajach rozwiniętych. Przesłanki, rozwiązania i doświadczenia*, Instytut Nauk Ekonomicznych PAN, Warszawa 2021, s. 15.

7 M. Kawiński, *Ubezpieczenia publiczne i prywatne w polityce społecznej. Skuteczność i efektywność*, C.H. Beck, Warszawa 2011, s. 187.

8 M. Mierzejewska, *Gospodarstwo domowe – rozważania o składkach i podatkach* [w:] *Doubezpieczenie społeczne. Idea i kontynuacja*, red. M. Kawiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2015, s. 45–47.

9 T. Szumlisz, *Świadomość ryzyka społecznego jako podstawa wiedzy o systemie ubezpieczeń społecznych*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2017, nr 1(132), s. 5.

10 M. Kawiński, *Ubezpieczenie społeczne a finanse osobiste* [w:] *Doubezpieczenie społeczne. Idea i kontynuacja*, red. M. Kawiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2015.

11 Zob. M. Yunus, *Poverty Alleviation: Is Economics Any Help? Lessons from the Grameen Bank Experience*, „Journal of International Affairs” 1998, t. 52, nr 1.

Ustawa odwołuje się również do kwestii pozostawiania na utrzymaniu innych członków rodziny, co stanowi wyraz wspomnianych wcześniej więzi ekonomicznych. To zarówno więzi faktyczne, jak i więzi usankcjonowane prawnie przez państwo, czego wyrazem są określone prawa i obowiązki rodziny i jej członków.

Poszczególne kategorie ryzyka socjalnego mogą skutkować zróżnicowanymi potrzebami finansowymi gospodarstw domowych, które – jeśli nie zabezpieczyły się w inny sposób – będą zmuszone korzystać ze środków własnych, a więc spieniężyć posiadany majątek lub sięgnąć do posiadanych rezerw finansowych. Według K. Ducha istnieją jednakże trzy warunki, które muszą być spełnione, by gospodarstwo domowe posiadało rezerwy: uzyskiwanie dochodów na odpowiednio wysokim poziomie pozwalającym na więcej niż tylko „opędzenie najważniejszych potrzeb dnia”, względna stałość zatrudnienia oraz gwarancja, że ewentualne nadwyżki zostaną zaoszczędzone, a nie skonsumowane<sup>12</sup>. Brak odpowiednich środków finansowych może z kolei prowadzić do ubóstwa. Ponieważ wiele zagrożeń współwystępuje, a każde kolejne zdarzenie powoduje kurczenie się zasobów własnych gospodarstwa domowego, dochodzi do powstania tzw. błędnego koła<sup>13</sup> – spirali niekorzystnych zdarzeń (spirali ryzyka). Warto przytoczyć w tym miejscu słowa A.B. Danielewicza, polskiego matematyka i statystyka przełomu XIX i XX w. Stwierdza on mianowicie, że „do rzędu najdotkliwszych cierpień moralnych człowieka przeciętnego należy bez wątpienia obawa przed nędzą na stare lata i troska o byt potomstwa w razie przedwczesnej śmierci ojca rodziny”<sup>14</sup>. Trudno o bardziej obrazowe przedstawienie koncepcji ryzyka socjalnego.

Zmiany społeczne i gwałtowny rozwój przemysłowy doprowadziły do istotnych zmian w strukturze rodziny jako takiej. Pojawienie się tzw. rodziny nuklearnej skutkowało stopniowym odchodzeniem od wielopokoleniowego modelu rodziny na rzecz pomniejszych rozproszonych dwupokoleniowych gospodarstw domowych<sup>15</sup>. Taki stan rzeczy doprowadził z oczywistych względów do zmiany modelu opieki nad osobami starszymi. Szczególnie w ośrodkach miejskich zaczął zanikać model rodziny, w którym młodsze pokolenie, żyjące pod wspólnym dachem ze swoimi rodzicami i dziadkami, otaczało ich opieką<sup>16</sup>. W badaniu PolSenior 2 wykazano, że zaledwie 1,3% osób starszych przebywających w mieszkaniach prywatnych zamieszkiwało w zbiorowych gospodarstwach domowych, a aż 20% żyło samotnie<sup>17</sup>. Wydaje się, że obecnie wzorzec zachowania, zgodnie z którym seniorzy zamieszkują razem z dziećmi, jest najczęstszy

12 K. Duch, *Ubezpieczenia społeczne*, Libris, Warszawa 1934, s. 13–14.

13 J. Michałak, *Ryzyko społeczne a ochrona ubezpieczeniowa* [w:] *Studia ubezpieczeniowe*, red. J. Handschke, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2009, s. 490.

14 B. Danielewicz, *Ubezpieczenia życiowe*, M. Arcta, Warszawa 1903, s. 3.

15 K. Zamorska, M. Makuch, *Starzenie się społeczeństwa. Wymiar społeczny, gospodarczy i polityczny*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2018, s. 179.

16 Por. Z. Szweda-Lewandowska, *Zapotrzebowanie na instytucjonalne formy pomocy osobom starszym w perspektywie dwudziestu pięciu lat w świetle aktualnych determinant w mikro- i makroskali* [w:] *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski. Przyczyny, etapy, następstwa*, red. J.T. Kowalewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 183–189.

17 B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne* [w:] *PolSenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 870.

na terenach wiejskich, chociażby ze względu na typ dominującej zabudowy mieszkalnej (zabudowa jednorodzinna). Mimo tych zmian o charakterze strukturalnym paradoksalnie to wciąż rodzina pozostaje podstawowym środowiskiem, w jakim funkcjonują seniorzy<sup>18</sup>. Wynikać to może m.in. z ograniczonych możliwości utrzymywania rozległych kontaktów zewnętrznych, w tym z ograniczeń zdrowotnych czy braku aktywności zawodowej.

Opieka nad członkami rodziny o specjalnych potrzebach wydaje się naturalna w świetle zasad pożycia społecznego. Pokrywa się to z twierdzeniem, że rodzina jest podstawową instytucją spośród wszystkich założonych przez ludzi, a rolą państwa jest reagowanie tam, gdzie rodzina jako taka zawodzi<sup>19</sup>. Niewypełnienie obowiązku opieki nad osobami o specjalnych potrzebach wcale nie musi wynikać ze złej woli czy z zaniechania. Przyczyny mogą być obiektywne, takie jak chociażby potrzeba utrzymania zatrudnienia, inne zobowiązania rodzinne, warunki lokalowe, czynniki zdrowotne, migracja zarobkowa, złożoność i wysokospecjalistyczny charakter niezbędnych świadczeń pielęgnacyjnych lub po prostu względy finansowe. Opieka pociąga za sobą znaczne wydatki, a wraz ze wzrostem jej jakości i intensywności, zwłaszcza zaś stopnia jej wyspecjalizowania, łączne koszty mogą istotnie przewyższać możliwości finansowe gospodarstwa domowego. Między innymi z tych powodów system zabezpieczenia społecznego oferuje wiele instrumentów wsparcia finansowego i możliwość uzyskania opieki o charakterze instytucjonalnym. Niezależnie od tego to jednak rodzina pozostaje podstawową podporą w razie wystąpienia określonego ryzyka socjalnego. Co więcej, gdy uwzględni się obowiązujące w Polsce normy społeczne, jest znamienne, że ciężar opieki nad innymi członkami rodziny spoczywa w zdecydowanej większości na kobietach, które w związku z tym niejednokrotnie są poza rynkiem pracy<sup>20</sup>.

## Wybrane formy instytucjonalnej opieki długoterminowej nad osobami starszymi

Polskie ustawodawstwo rozdziela zadania związane z opieką nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami dotkniętymi niedołęstwem starczym, między instytucje pomocy społecznej oraz instytucje realizujące świadczenia zdrowotne. W tym pierwszym przypadku usługi opiekuńcze są realizowane w ośrodkach wsparcia, rodzinnych domach pomocy społecznej, domach pomocy społecznej, ewentualnie w miejscu zamieszkania. Należy przy tym podkreślić, że w przypadku osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niefunkcjonujących samodzielnie, którym nie można zapewnić niezbędnej

18 *Ibidem*, s. 866.

19 W.H. Beveridge, *The Pillars of Security*, George Allen & Unwin Ltd., London 1943, s. 36–38.

20 Z. Czepulis-Rutkowska, *Long-term Care for Elderly in Poland* [w:] *Long-term Care for Elderly in Europe*, red. B. Greve, Routledge, Nowy Jork 2017, s. 41–42. Należy jednocześnie zaznaczyć, że wzrost aktywności zawodowej kobiet jest jednym z czynników warunkujących popyt na długoterminową opiekę instytucjonalną. Por. Z. Szweda-Lewandowska, P. Łuczak, *Przesłanki demograficzne, społeczne i ekonomiczne zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, red. P. Błęadowski, Koalicja „Na Pomoc Niesamodzielnym”, Warszawa 2019, s. 14.

pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia ich w domu pomocy społecznej<sup>21</sup>. Ośrodki pomocy społecznej odpowiadają również za wypłatę różnych świadczeń związanych z niepełnosprawnością i opieką nad osobami niepełnosprawnymi, np. zasiłków pielęgnacyjnych, świadczeń pielęgnacyjnych i specjalnych zasiłków opiekuńczych. Z kolei z ubezpieczenia zdrowotnego może być finansowany pobyt w zakładzie opiekuńczo-lecznym (ZOL) lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńszym (ZPO). Co do zasady dotyczy to osób, które nie wymagają hospitalizacji, chociaż ze względu na stan zdrowia pozostają niesamodzielne. Pomimo zązębiana się części funkcji opiekuńczych z założenia domy pomocy społecznej są skierowane do osób, które nie mogą skorzystać z innych możliwości opieki, natomiast zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze są przeznaczone dla osób wymagających stałego nadzoru lekarskiego.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce systematycznie rośnie liczba placówek opiekuńczych, zarówno zakładów opiekuńczo-leczniczych, jak i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. W 2020 r. były to odpowiednio 442 placówki i 171 placówek dysponujących bazą 26 953 i 7904 łózek. W 2020 r. w ZPO przebywało średnio 3,5 osoby na 10 tys. mieszkańców, a w ZOL – aż 12,1 osoby na 10 tys.<sup>22</sup> Dla porównania w 2009 r. w Polsce funkcjonowały łącznie 453 zakłady długoterminowej opieki zdrowotnej, które dysponowały bazą 23,1 tys. łózek<sup>23</sup>. Z kolei na koniec 2021 r. na terenie całego kraju działało 2015 zakładów stacjonarnych pomocy społecznej oferujących łącznie 127,3 tys. miejsc, w których przebywało 114,3 tys. mieszkańców. W tej liczbie domów pomocy społecznej było 897 z 84 200 miejscami, a mieszkało w nich 79 919 osób. Wśród mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej 66,6% stanowiły osoby w wieku powyżej 60 lat, a 25,5% – osoby w wieku 80 lat i więcej. Zapewniało to przeciętnie 33,4 miejsca na 10 tys. mieszkańców<sup>24</sup>. Dla porównania w 2009 r. w Polsce funkcjonowało 1398 zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, w tym 829 domów pomocy społecznej o łącznej liczbie 102,5 tys. miejsc, czyli 26,9 miejsca na każde 10 tys. mieszkańców. Blisko 48% wszystkich mieszkańców stanowiły osoby w wieku od 61. roku życia wzwyż<sup>25</sup>.

21 W niniejszym artykule celowo pominięto zagadnienie placówek opiekuńczych prowadzonych w ramach działalności gospodarczej, które – zdaniem autora – powinny stanowić przedmiot odrębnych rozważań. Z kolei w przypadku tzw. opieki półinstytucjonalnej, jak słusznie zauważa P. Błędowski, stanowi ona wciąż margines ogółu placówek opiekuńczych; zob. P. Błędowski, *Cele i struktura systemu opieki długoterminowej zgodnie z zasadą subsydiarności* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, red. P. Błędowski, Koalicja „Na Pomoc Niesamodzielnym”, Warszawa 2019, s. 30.

22 Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, [https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/11/1/zdrowie\\_i\\_ochrona\\_zdrowia\\_2020\\_korekta.pdf](https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/11/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_2020_korekta.pdf) [dostęp: 15 sierpnia 2022 r.].

23 Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, [https://stat.gov.pl/download/cps/rde/xbcr/gus/zos\\_podst\\_dane\\_z\\_zakr\\_ochr\\_zdr\\_w\\_2009.pdf](https://stat.gov.pl/download/cps/rde/xbcr/gus/zos_podst_dane_z_zakr_ochr_zdr_w_2009.pdf) [dostęp: 27 września 2022 r.].

24 Główny Urząd Statystyczny, *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2021 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2021-roku,18,6.html> [dostęp: 15 sierpnia 2022 r.].

25 Główny Urząd Statystyczny, *Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 roku*, [https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zos\\_pomoc\\_spoeczna\\_2009.pdf](https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zos_pomoc_spoeczna_2009.pdf) [dostęp: 27 września 2022 r.].

## Niesamodzielnosc osób starszych – skala zjawiska

Ponieważ krajowe ustawodawstwo, co do zasady, posługuje się pojęciem osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji, a sam system orzecznictwa jest instytucjonalnie rozproszony, w celu oszacowania skali zjawiska niesamodzielnosci osób starszych należy się posiłkować informacjami cząstkowymi dostępnymi chociażby na stronie GUS, ZUS czy Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Przykładowo GUS oszacował liczbę osób w wieku 60 lat i więcej korzystających w 2020 r. z usług opiekuńczych na 85 548, z czego blisko 32% przypada na województwa: mazowieckie, wielkopolskie i śląskie<sup>26</sup>. Według innych pomiarów GUS opracowanych na podstawie połączonych zbiorów danych z systemów informacyjnych ZUS na koniec 2020 r. w Polsce żyło blisko 2409 tys. osób z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy, z czego około 42% stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej<sup>27</sup>. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 60. do 64. roku życia (15%), następnie od 65. do 69. roku życia (13,5%) oraz od 70. do 74. roku życia (11,6%). Po przyjęciu, że przeciętna długość życia w 2020 r. wynosiła w Polsce 72,6 roku dla mężczyzn i 80,7 roku dla kobiet<sup>28</sup>, dane te obrazują, jaki odsetek osób dotkniętych niepełnosprawnością dożywa ponadprzeciętnego wieku, a co za tym idzie – pobiera świadczenia z ubezpieczenia społecznego oraz musi korzystać w mniejszym lub większym stopniu z innych form wsparcia ze strony państwa, chociażby opieki lekarskiej<sup>29</sup>. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wraz z przekroczeniem wieku 75 lat rośnie zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze wobec pogarszającego się stanu zdrowia. Z kolei wiek powyżej 85 lat wiąże się z reguły z potrzebą stałej opieki<sup>30</sup>. Innymi słowy, dane o niepełnosprawności i stanie zdrowia seniorów obrazują w pewnym stopniu skalę ryzyka niedołęstwa starczego.

W 2021 r. świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji otrzymało około 586,7 tys. osób<sup>31</sup>. Jednym z warunków uzyskania tego świadczenia jest m.in. otrzymanie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Niestety, dane te w żaden sposób nie pokazują struktury wiekowej świadczeniobiorców. Co więcej, ze względu na kryterium dochodowe można domniemywać, że część osób niesamodzielnich nie mogłaby sko-

26 Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.*, [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/3/1/sytuacja\\_osob\\_starszych\\_w\\_polsce\\_w\\_2020\\_r.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/3/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2020_r.pdf) [dostęp: 28 września 2022 r.].

27 Główny Urząd Statystyczny, *Osoby niepełnosprawne w 2020 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/osoby-niepelnosprawne-w-2020-roku,33,2.html> [dostęp: 15 sierpnia 2022 r.].

28 Główny Urząd Statystyczny, *Trwanie życia w 2020 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2020-r-,5,1.html> [dostęp: 15 sierpnia 2022 r.].

29 Na marginesie należy jednak zaznaczyć, że dane są naznaczone zwiększoną śmiertelnością z powodu pandemii COVID-19, a zatem można przypuszczać, że w innych okolicznościach szansa dożycia późnej starości byłaby wyższa.

30 Z. Szweda-Lewandowska, *op. cit.*, s. 179.

31 Informacja Ministra Rodziny i Polityki Społecznej na temat wykonania planu finansowego Funduszu Solidarnościowego w 2021 roku, <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy9.nsf/0/0D056E335DC6B641C1258871003EE33F/%24File/0271709.pdf> [dostęp: 15 sierpnia 2022 r.].

rzystać ze świadczenia uzupełniającego. Również w przypadku innych świadczeń, które w domyśle przysługiwałyby osobom niesamodzielnym lub ich opiekunom, tj. specjalnego zasiłku opiekuńczego, zasiłku pielęgnacyjnego albo dodatku pielęgnacyjnego, ich konstrukcja prawna uniemożliwia oszacowanie skali zjawiska niesamodzielnności wśród seniorów. Specjalny zasiłek pielęgnacyjny przysługuje opiekunowi osoby niesamodzielnej, który rezygnuje z zatrudnienia lub go nie podejmuje. Stanowi on zatem pewien ekwiwalent dochodu z tytułu zatrudnienia, aczkolwiek ustawowo obwarowany kryterium dochodowym. Zasiłek pielęgnacyjny i dodatek pielęgnacyjny są natomiast świadczeniami alternatywnymi, wypłacanymi albo przez instytucje pomocy społecznej, albo przez organ emerytalno-rentowy. Prawo do ich pobierania może być jednak uzależnione od tego, czy dana osoba korzysta z instytucjonalnej formy opieki, czy nie. Co więcej, przepisy prawa regulują to inaczej dla obu świadczeń, w zależności od tego, czy jest to zakład opiekuńczo-leczniczy, czy dom pomocy społecznej.

W literaturze można spotkać się z szacunkami, zgodnie z którymi „[...] około 2% osób w wieku 65 i więcej lat nie jest w stanie samodzielnie wykonać podstawowych czynności dnia codziennego, a ponad 10% wymaga znacznej pomocy innej osoby”<sup>32</sup>. Dodatkowo w badaniu PolSenior 2 wykazano, że potrzebę systematycznej pomocy ze strony rodziny lub innych osób zgłasza 28% respondentów, co stanowiło odpowiednio 31,4% kobiet i 24,5% mężczyzn biorących w nim udział. Jednocześnie z tego samego badania wynika, że pomocy ze strony innych osób o charakterze stałym lub kilka razy dziennie wymaga aż 55,8% seniorów. Podkreślono również, że swoistą wartością graniczną jest 80. rok życia, powyżej którego następuje skokowy wzrost zapotrzebowania na pomoc ze strony innych osób<sup>33</sup>. Powyższe dane odzwierciedlają pewną prawidłowość, według której wraz z osiągnięciem ponadprzeciętnej długości życia istotnie wzrasta ryzyko niesamodzielnności. Oczywiście odrębnym pytaniem jest to, w jakim stopniu te osoby będą wymagać wsparcia instytucjonalnego. To z kolei będzie wypadkową nie tylko określonych procesów demograficznych, lecz także innych czynników społeczno-kulturowych, chociażby zmian w modelu rodziny czy uwarunkowań rynku pracy (np. upowszechnienie pracy zdalnej).

## Finansowanie instytucjonalnych form opieki długoterminowej

Instytucjonalna opieka długoterminowa podlega ścisłym regulacjom prawnym określającym pewne jej minimalne standardy. Każda procedura medyczna, np. w zakładach opiekuńczo-leczniczych, jest rozliczana według z góry określonych reguł. Również w przypadku domów pomocy społecznej jest wymagane określenie średniego kosztu pobytu mieszkańca, a ta wartość stanowi podstawę odpłatności w danym okresie rozliczeniowym.

Rodzinna forma opieki nad seniorami, a zatem alternatywna dla opieki instytucjonalnej, mimo oczywistych zalet i walorów społeczno-kulturowych stwarza liczne problemy. Po pierwsze, w razie konieczności zapewnienia np. wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych

32 P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze* [w:] *PolSenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 915.

33 *Ibidem*, s. 916–919.



barierą może być ich dostępność. Dzieje się tak m.in. dlatego, że popyt na niektóre z nich zdecydowanie przewyższa ich podaż, a więc dostęp do nich jest utrudniony. Ponieważ procesy demograficzne, w szczególności starzenie się społeczeństwa, zdają się nieubłagane, można wyobrazić sobie sytuację, w której wraz ze wzrostem liczby osób wymagających opieki, przy jednoczesnym niedoborze personelu medycznego, dostępność części świadczeń może ulec dalszemu ograniczeniu. Podobnie rzecz może wyglądać w przypadku innych usług z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną. Warto wspomnieć, że według prognoz ZUS w 2056 r. w Polsce będzie żyło blisko 12,3 mln osób w wieku poprodukcyjnym, a zatem mężczyzn w wieku 65 lat i więcej oraz kobiet w wieku 60 lat i więcej. Jednocześnie populacja osób w wieku produkcyjnym będzie sukcesywnie maleć – z 60% w 2019 r. do 47,1% w 2059 r. i 48,9% w 2080 r. Około 2050 r. populacja osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym zapewne przewyższy populację osób w wieku produkcyjnym<sup>34</sup>.

Drugim istotnym ograniczeniem rodzinnej formy opieki jest częste wykluczanie z rynku pracy osób bezpośrednio sprawujących tę opiekę. Nie tylko powoduje to chwilowy spadek po stronie dochodowej gospodarstwa domowego, lecz także może skutkować w długoterminowej perspektywie m.in. zauważalnym obniżeniem wysokości przyszłej emerytury. Opiekun osoby starszej może być bowiem zmuszony do całkowitej rezygnacji z zatrudnienia, zmniejszenia jego wymiaru lub do wcześniejszego przejścia na emeryturę. Każda z tych opcji oznacza oczywistą stratę i zmniejszenie składek emerytalnych<sup>35</sup>.

Po trzecie, opieka nad osobą niesamodzielną wymaga siły fizycznej. Nie mniej ważne są też aspekty zdrowia psychicznego. Długotrwałe sprawowanie opieki nad osobą ze specjalnymi potrzebami może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych po stronie opiekunów. Innymi słowy, dany sposób postępowania z ryzykiem niesamodzielnosci może generować wiele następstw w postaci np. ryzyka choroby czy niepełnosprawności innych członków gospodarstwa domowego.

W przypadku skierowania osoby niesamodzielnej do ZOL lub ZPO w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidziano odpłatność wyłącznie za wyżywienie i zakwaterowanie świadczeniobiorcy. Wszelkie świadczenia o charakterze medycznym są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ustawodawca przewidział jednak górną granicę odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie, która co do zasady wynosi 250% najniższej emerytury, nie więcej jednak niż 70% miesięcznego dochodu, a zatem – w domyśle – renty lub emerytury. Powyższe uregulowanie nie dyskryminuje więc osób o najniższych dochodach, które nie pozwoliłyby na pokrycie kosztów wyżywienia i zakwaterowania. Bariery dostępu do tego typu opieki całodobowej pozostają aktualna dostępność miejsc oraz uzyskanie stosownego skierowania od lekarza.

34 Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Emerytalnego do 2080 roku*, Warszawa 2019, [https://bip.zus.pl/documents/493361/494125/Prognoza\\_Fundusz\\_Emerytalny\\_2020-2080.pdf/6adcc789-79bf-b08e-4261-8fc5184a4e95](https://bip.zus.pl/documents/493361/494125/Prognoza_Fundusz_Emerytalny_2020-2080.pdf/6adcc789-79bf-b08e-4261-8fc5184a4e95) [dostęp: 15 sierpnia 2022 r.].

35 Szerzej o konsekwencjach rezygnacji z zatrudnienia w odniesieniu do opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem pisze O. Komorowska w: *eadem, Szacunek wysokości przyszłej emerytury matki dziecka z niepełnosprawnością aktywnej zawodowo i emerytury matki pobierającej świadczenie pielęgnacyjne*, „Polityka Społeczna” 2022, nr 7.

Kwestia odpłatności za korzystanie z opieki całodobowej istotnie się komplikuje w przypadku domów pomocy społecznej. Charakteryzują się one przede wszystkim dużym zróżnicowaniem wysokości odpłatności za pobyt pensjonariusza. Może to po części wynikać ze standardu, jaki oferuje dana placówka, jak również z jej specjalizacji, tj. przeznaczenia dla osób przewlekle psychicznie chorych, przewlekle somatycznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie, osób uzależnionych od alkoholu i osób w podeszłym wieku. Należy jednak podkreślić, że trudno jest wskazać rzeczywiste determinanty wysokości średniego kosztu pobytu w domu pomocy społecznej, co znajduje potwierdzenie również w dotychczasowych badaniach<sup>36</sup>. W praktyce można się jednak spotkać z ofertą domów pomocy społecznej przeznaczonych np. wyłącznie dla kobiet, z ofertą dla małżeństw, jak również ofertą mieszaną łączącą uprzednio wymienione specjalizacje. Organami założycielskimi domów opieki społecznej są z reguły jednostki samorządu terytorialnego (JST), na których terenie działają domy. Częstą praktyką jest również zlecenie prowadzenia domu pomocy społecznej na rzecz JST innym podmiotom, np. zgromadzeniom zakonnym i organizacjom pozarządowym.

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Koszt ten jest ustalany corocznie i ogłaszany przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta, starostę lub marszałka województwa w wojewódzkim dzienniku urzędowym nie później niż do 31 marca. Średni miesięczny koszt utrzymania nie ma jednak ustalonej górnej granicy, zatem brak w tym przypadku również sztywnego limitu odpłatności, jak to jest w przypadku ZOL i ZPO. Odpłatność ponosi w pierwszej kolejności mieszkaniec domu pomocy społecznej do wysokości 70% dochodu, a następnie: małżonek, zstępni przed wstępnymi i gmina, z której dana osoba została skierowana do domu pomocy społecznej. Jeśli mieszkaniec domu pomocy społecznej nie jest w stanie samodzielnie pokryć kosztów utrzymania, to ten obowiązek spoczywa w pierwszej kolejności na rodzinie, jest to więc swego rodzaju substytut obowiązku alimentacyjnego, aczkolwiek i w tym przypadku ustawodawca przewidział wiele wyłączeń. Przykładowo wprowadzono kryterium dochodowe wynoszące 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie. Wówczas odpłatność może być ponoszona wyłącznie z dochodu uzyskiwanego ponad to kryterium. Z odpłatności mogą zostać zwolnione również osoby wchodzące w skład Korpusu Weteranów Walk o Niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej oraz działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych. Zwolnienie może być całkowite lub częściowe, przy czym decyzje w tej sprawie podejmują gminy indywidualnie. Katalog zwolnień z odpłatności osób obowiązanych obejmuje również wiele innych okoliczności losowych, np. bezrobocie, ciężę czy samotne wychowywanie dziecka.

Analiza danych zebranych z wojewódzkich dzienników urzędowych dla miast wojewódzkich od 2011 do 2021 r. dostarcza wielu istotnych informacji o możliwości finansowania opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej. Wybór miast wojewódzkich nie jest przy-

<sup>36</sup> Zob. J. Gwarda-Żurańska, *Lokalne uwarunkowanie średniego kosztu utrzymania mieszkańców domów pomocy społecznej w latach 2013–2016*, „Polityka Społeczna” 2017, nr 10.

padkowy. Po pierwsze, 18 miast wojewódzkich koncentruje ok. 20% całej ludności Polski. Po drugie, migracje zarobkowe i osiedlanie się nowych mieszkańców w największych ośrodkach miejskich wpisują się w proces rozproszenia współczesnej rodziny. Po trzecie, w nie tak odległej przyszłości to właśnie duże ośrodki miejskie mogą stanąć w obliczu najpoważniejszych wyzwań demograficznych, w tym m.in. związanych z dostępnością odpowiedniej infrastruktury i usług dla seniorów<sup>37</sup>. Co więcej, badania mające na celu projekcję liczby niepełnosprawnych seniorów w wieku 75 lat i więcej oraz w konsekwencji oszacowanie zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej wskazują, że największy popyt na tego typu usługi może wystąpić w 2035 r. i dotknie w najwyższym stopniu województw o wysokim odsetku ludności miejskiej<sup>38</sup>.

Średni koszt pobytu w domu pomocy społecznej w badanych miastach wojewódzkich cechował się dużym rozstępem uzyskanych wartości (wykres 1), przy jednoczesnym niewielkim zróżnicowaniu średniej arytmetycznej i mediany (wykres 2). W badanym okresie przeciętny średni koszt wzrósł o 63,3% w stosunku do 2011 r., a koszt maksymalny i minimalny odpowiednio o 77,38% i 72,99%<sup>39</sup>. W tym samym czasie najniższa oraz przeciętna emerytura z ZUS (z uwzględnieniem dodatków pielęgnacyjnych) wzrosły odpowiednio o 71,78% i 47,64%. Płaca minimalna oraz przeciętne wynagrodzenie wzrosły odpowiednio o 102,2% oraz 66,57%.

W zestawieniu jest wyraźnie dostrzegalny wyższy wzrost wartości skrajnych, tj. najniższego oraz najwyższego średniego kosztu pobytu w domu pomocy społecznej. Pomimo że przeciętny średni koszt pobytu wzrósł w mniejszym stopniu, i tak osiągnął on wyższy przyrost niż przeciętna emerytura w tym samym okresie. Na wykresie 3 przedstawiono relację przeciętnej emerytury z uwzględnieniem dodatków pielęgnacyjnych do przeciętnego średniego kosztu pobytu w domu pomocy społecznej. Z każdym kolejnym rokiem w coraz mniejszym stopniu jest możliwe pokrycie kosztu pobytu w domu pomocy społecznej z przeciętnej emerytury, przy czym w zdecydowanie gorszej sytuacji znajdują się kobiety z różnicą ponad 20 p.p. w stosunku do mężczyzn w całym zbadanym okresie. Na wykresie 4 porównano przeciętny średni koszt pobytu w domu pomocy społecznej z przeciętną emeryturą z ZUS bez dodatków pielęgnacyjnych. Relacja przeciętnej emerytury z uwzględnieniem dodatków pielęgnacyjnych i bez nich do przeciętnego średniego kosztu pobytu w domu pomocy społecznej wydaje się nie wykazywać na tyle istotnych różnic, aby miały one znaczenie dla całościowej oceny możliwości finansowania opieki długoterminowej za pomocą świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

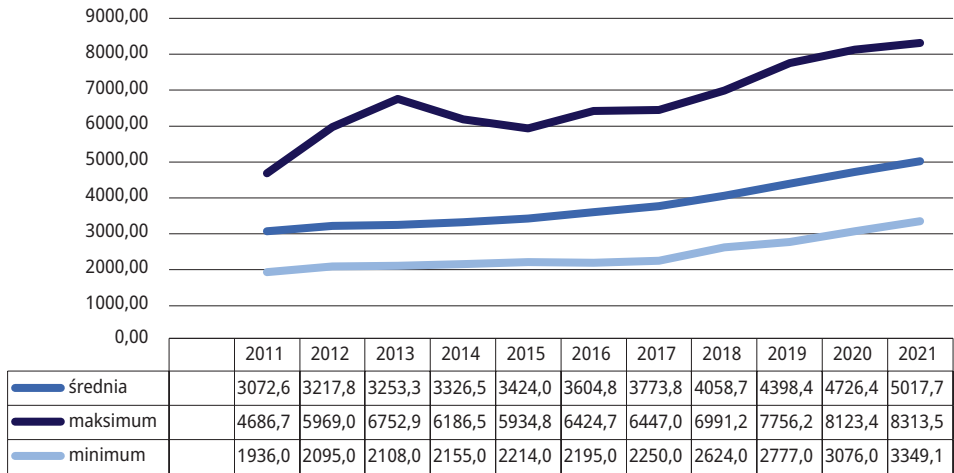
Na wykresie 5 przedstawiono z kolei relację najniższej emerytury do przeciętnego średniego kosztu pobytu w domu pomocy społecznej. W całym badanym okresie stosunek ten utrzymywał się na zbliżonym poziomie i wynosił około 25%. Tym samym sytuacja emerytów o najniższych gwarantowanych świadczeniach w badanym okresie nie uległa zmianie. Finansowanie opieki

37 Por. P. Szukalski, *Starzenie się ludności miast wojewódzkich – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn informacyjny” 2017, nr 12, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/24279/2017-12%20Starzenie%20sie%20ludno%C5%9Bci%20miast%20wojew%C3%B3dzkich.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 15 sierpnia 2022 r.].

38 Z. Szweda-Lewandowska, *op. cit.*, s. 200–211.

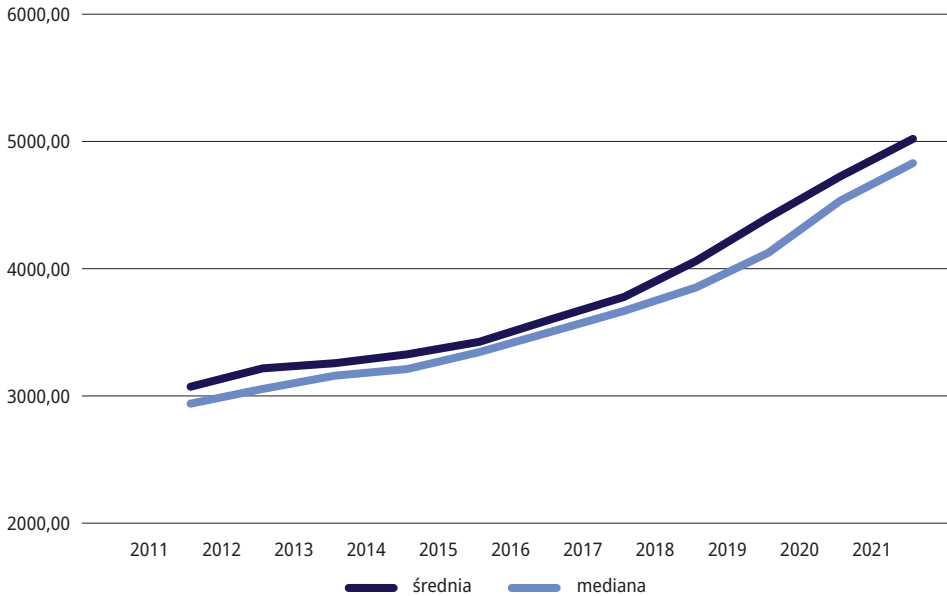
39 Przedstawione w niniejszym rozdziale obliczenia są wyrażone w wartościach nominalnych.

**Wykres 1. Średni koszt pobytu mieszkańca domu pomocy społecznej w miastach wojewódzkich w latach 2011–2021**



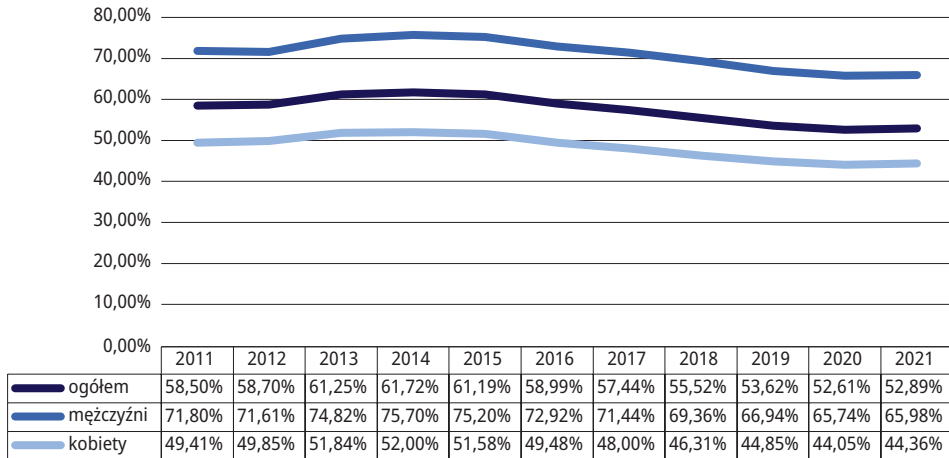
Źródło: opracowanie własne.

**Wykres 2. Średnia arytmetyczna i mediana średniego kosztu pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej w miastach wojewódzkich w latach 2011–2021**



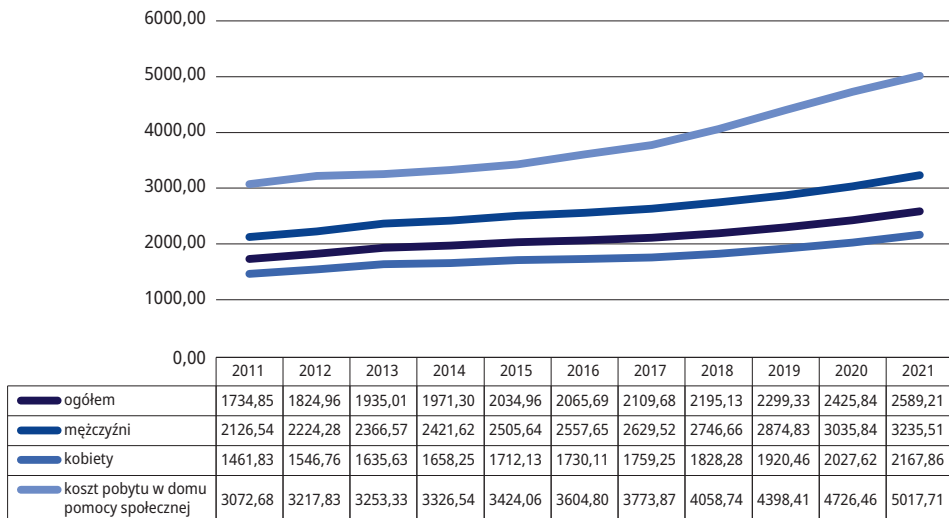
Źródło: opracowanie własne.

### Wykres 3. Relacja przeciętnej emerytury z ZUS z uwzględnieniem dodatku pielęgnacyjnego do przeciętnego średniego kosztu utrzymania mieszkańca domu pomocy społecznej w latach 2011–2021



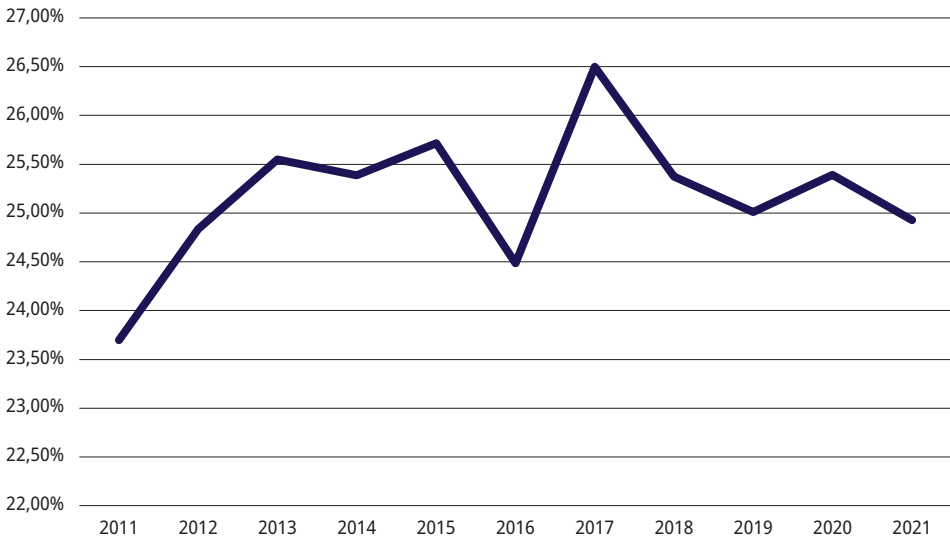
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Portal Statystyczny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, <https://psz.zus.pl/kategorie/emerytury/stan-na-grudzien> [dostęp: 15 sierpnia 2022 r.].

### Wykres 4. Porównanie przeciętnej emerytury z ZUS bez dodatków pielęgnacyjnych z przeciętnym średnim kosztem pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej w miastach wojewódzkich w latach 2011–2021 (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych ZUS udostępnionych przez Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS o przeciętnej wysokości emerytur bez dodatków pielęgnacyjnych wypłacanych przez ZUS w grudniu w latach 2011–2021.

**Wykres 5. Relacja najniższej emerytury brutto do przeciętnego średniego kosztu pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej w miastach wojewódzkich w latach 2011–2021**



Źródło: opracowanie własne.

długoterminowej w domach pomocy społecznej w przypadku takich osób spoczywa zasadniczo na rodzinie lub właściwym samorządzie gminnym.

Gdy uwzględni się 70-procentowy limit odpłatności, należy przyjąć, że aby w pełni pokryć przeciętny średni koszt pobytu w domu pomocy społecznej przez mieszkańca, jego emerytura w 2021 r. powinna znacznie przekraczać kwotę 7000 zł. Świadczenie emerytalne wypłacane wraz z dodatkami pielęgnacyjnymi przez ZUS w kwocie 7000 zł i więcej w 2021 r. pobierało jednak zaledwie 1,2% emerytów ogółem. W 2021 r. ze świadczenia emerytalnego wypłacanego wraz z dodatkami pielęgnacyjnymi w wysokości 4500,01–5000 zł mogło z kolei skorzystać zaledwie 3,1% emerytów ogółem. Co więcej, świadczenie wraz z dodatkami pielęgnacyjnymi 70,2% emerytów w 2021 r. nie przekraczało 3000 zł, a 34,7% emerytów pobierało świadczenie nieprzekraczające 2000 zł. Oznacza to, że ciężar współfinansowania instytucjonalnej opieki długoterminowej w większości będzie spoczywał na rodzinie lub gminie. Tymczasem w przypadku opieki długoterminowej w ZOL i ZPO emerytura z ZUS w większości nie pokrywa kosztów wyżywienia ani zakwaterowania w wysokości 250% najniższej emerytury.

## Dyskusja

Po uwzględnieniu obecnej sytuacji demograficznej, w której symptomatyczny jest rosnący udział osób starszych w populacji ogółem, problem finansowania opieki długoterminowej może stanowić jedno z ważniejszych wyzwań polityki społecznej XXI w. Nawet jeśli udałoby się

odwrócić niekorzystne procesy demograficzne, pierwsze namacalne efekty byłyby dostrzegalne dopiero w odległej przyszłości. Jednocześnie malejące stopy zastąpienia dochodów z pracy powodują, że przeciętna emerytura w coraz mniejszym stopniu pozwala na pokrycie kosztów instytucjonalnej opieki długoterminowej<sup>40</sup>. Oczywiście kwoty te – po uwzględnieniu 70-procentowego limitu partycypacji świadczeniobiorcy – nie stanowią nawet połowy średniego kosztu pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej. Tym samym będą rosnąć obciążenia rodziny osoby niesamodzielnej albo gmin w przypadku, gdy rodziny nie ma lub gdy nie ma ona możliwości pełnego, ani nawet częściowego, partycypowania w kosztach. Rodzi to obawę o dostępność miejsc opieki o odpowiednim standardzie. Średni koszt pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej przynajmniej częściowo może być odzwierciedleniem jakości dostępnej opieki i warunków bytowych. Wzrost obciążeń zwłaszcza po stronie jednostek samorządu terytorialnego może skutkować kierowaniem osób do domów pomocy społecznej o niższym standardzie opieki, a zatem przedkładaniem kryterium finansowego nad kryterium faktycznych potrzeb osoby niesamodzielnej.

W przypadku opieki długoterminowej finansowanej z ubezpieczenia zdrowotnego spadek wysokości przeciętnej emerytury oznacza również, że większy odsetek przyszłych emerytów nie będzie w stanie samodzielnie sfinansować kosztów wyżywienia i zakwaterowania w ZOL i ZPO. Jest przy tym znamienne, że instytucja sprawująca opiekę nie ma możliwości wysuwania roszczenia wobec rodziny o ewentualne wyrównanie powstałej różnicy. Wyłącznie świadczeniobiorca mógłby ubiegać się o stosowne świadczenie alimentacyjne ze strony osób obowiązanych. Tym samym należy w przyszłości zakładać znaczący wzrost wydatków publicznych na utrzymanie finansowania pobytu osób starszych w zakładach opiekuńczych. Do rozważenia oczywiście pozostaje kwestia możliwości zwiększenia dostępnej bazy łóżkowej, stosownie do zmieniających się z upływem lat potrzeb.

W świetle powyższych analiz średniego kosztu pobytu w domu pomocy społecznej kwestia wyboru momentu przejścia na emeryturę może nie mieć większego znaczenia z perspektywy rozwiązań systemowych. Każdy rok dodatkowej aktywności zawodowej jest niewątpliwie korzystnym rozwiązaniem zarówno dla gospodarki, finansów publicznych, jak i finansów osobistych przyszłego emeryta, ale decyzja o wydłużeniu aktywności zawodowej nie odgrywa kluczowej roli w finansowaniu opieki długoterminowej. Koszty wciąż będą przewyższać możliwości ich pokrycia przez jednostki. Jest także możliwe dalsze funkcjonowanie opieki długoterminowej w obecnym kształcie, a zatem finansowane przez rodzinę i wspólnotę lokalną, czyli gminę.

Należy mieć na uwadze, że finansowanie potrzeb wynikających z ryzyka starości na szczeblu gospodarstwa domowego odbywa się przez wyprzedzającą sprzedaż majątku, transfery w obrębie rodziny lub społeczności lokalnej albo indywidualną przezorność jej członków<sup>41</sup>. W przypadku realizacji scenariusza, w którym populacja osób nieaktywnych zawodowo znacznie przeważa nad osobami pracującymi, zagregowane koszty opieki długoterminowej nad osobami starszymi mogą stanowić niewspółmierne obciążenie budżetów gospodarstw domowych w stosunku do ich

40 OECD, *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris 2021, s. 145, <https://doi.org/10.1787/ca401ebd-en>.

41 M. Kawiński, *Ubezpieczenia publiczne...*, s. 195.

możliwości. Dotyczyć to będzie w szczególności transferów pieniężnych. Wyprzedaż majątku mogłaby polegać na sprzedaży nieruchomości np. w drodze odwróconej hipoteki, aczkolwiek to rozwiązanie nie cieszy się popularnością w Polsce. Trzeba również pamiętać, że wysokość środków uzyskiwanych z odwróconej hipoteki zależy od wielu czynników, np. wartości nieruchomości i wieku kredytobiorcy. Problematiczne może być jednak samo spieniężenie majątku osoby, która na skutek choroby lub niepełnosprawności ma ograniczone możliwości podejmowania czynności prawnych. Wówczas jedyną skuteczną drogą jest postępowanie sądowe. Do czasu jego rozstrzygnięcia może się jednak okazać, że posiadany majątek generuje koszty np. w postaci opłat czynszowych i podatków.

Indywidualna prezorność często jest utożsamiana z prezornością ubezpieczeniową. Rzeczywiście, posiadanie stosownej polisy ubezpieczeniowej z pewnością stanowi przejaw prezorności, aczkolwiek prezorność jako taka może dotyczyć również zabezpieczenia się na wypadek przyszłych zdarzeń losowych przez zgromadzenie odpowiednich oszczędności. W kwestii ubezpieczenia na wypadek niesamodzielności, czyli tzw. ubezpieczenia pielęgnacyjnego (ang. *long-term care insurance*), należy odnotować, że krajowy rynek ubezpieczeniowy w zasadzie nie oferuje tego typu produktów. W państwach, gdzie ubezpieczenie pielęgnacyjne od wielu lat jest stałym instrumentem zarządzania ryzykiem niedołęstwa starczego, może być ono rozwiązaniem zarówno dobrowolnym (np. USA), jak i obowiązkowym (Niemcy)<sup>42</sup>.

## Wnioski

Po uwzględnieniu przytoczonej wyżej argumentacji wydaje się, że w dłuższej perspektywie pożądana jest refleksja nad alternatywnymi sposobami finansowania okołoemerytalnego ryzyka niesamodzielności w Polsce. Konieczne może być dalsze zaangażowanie państwa jako organizatora wspólnoty ryzyka. Możliwe jest poszukiwanie nowych rozwiązań, również tych obowiązkowych, opartych na powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych, jak również dobrowolnym doubezpieczeniu. Ponieważ ubezpieczenia społeczne ograniczają się do wybranych rodzajów ryzyka socjalnego, mają one duży potencjał rozwojowy. Wraz z pojawieniem się nowych zagrożeń i oczekiwań społecznych istnieje możliwość rozszerzania ubezpieczeń o odpowiednie rozwiązania, w tym również te dotyczące sfery opieki nad seniorami. Z pewnością warto rozważyć każdy pomysł, który zabezpieczy finansowo rodzinne gospodarstwo domowe na wypadek konieczności zapewnienia kosztownej opieki długoterminowej jego członkom. Wydaje się bowiem, że w świetle aktualnych badań i dorobku naukowego istnieje konsensus co do tego, że seniorzy i ich rodziny nie będą w stanie udźwignąć takiego ciężaru finansowego<sup>43</sup>.

42 Szerzej o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym w Republice Federalnej Niemiec pisze A. Przybyłowicz w: *eadem, Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

43 Por. P. Błędowski, *Organizacja i finansowanie świadczeń – rozwiązania wariantowe* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, red. P. Błędowski, Koalicja „Na Pomoc Niesamodzielnym”, Warszawa 2019, s. 45.



## Bibliografia

- Beveridge W.H., *The Pillars of Security*, George Allen & Unwin Ltd., London 1943.
- Błaszczak B., *Dodatkowe systemy oszczędzania na starość w krajach rozwiniętych. Przesłanki, rozwiązania i doświadczenia*, Instytut Nauk Ekonomicznych PAN, Warszawa 2021.
- Błądowski P., *Cele i struktura systemu opieki długoterminowej zgodnie z zasadą subsydiarności* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, red. P. Błądowski, Koalicja „Na Pomoc Niesamodzielnym”, Warszawa 2019.
- Błądowski P., *Organizacja i finansowanie świadczeń – rozwiązania wariantowe* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, red. P. Błądowski, Koalicja „Na Pomoc Niesamodzielnym”, Warszawa 2019.
- Błądowski P., *Potrzeby opiekuńcze* [w:] *PolSenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.
- Czepulis-Rutkowska Z., *Long-term care for elderly in Poland* [w:] *Long-term Care for Elderly in Europe*, red. B. Greve, Routledge, Nowy Jork 2017.
- Danielewicz B., *Ubezpieczenia życiowe*, M. Arcta, Warszawa 1903.
- Duch K., *Ubezpieczenia społeczne*, Libris, Warszawa 1934.
- Gwarda-Żurańska J., *Lokalne uwarunkowanie średniego kosztu utrzymania mieszkańców domów pomocy społecznej w latach 2013–2016*, „Polityka Społeczna” 2017, nr 10.
- Informacja Ministra Rodziny i Polityki Społecznej na temat wykonania planu finansowego Funduszu Solidarnościowego w 2021 roku, <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy9.nsf/0/0D056E335DC6B641C1258871003EE33F/%24File/0271709.pdf>.
- Kawiński M., *Ubezpieczenia publiczne i prywatne w polityce społecznej. Skuteczność i efektywność*, C.H. Beck, Warszawa 2011.
- Kawiński M., *Ubezpieczenie społeczne a finanse osobiste* [w:] *Doubezpieczenie społeczne. Idea i kontynuacja*, red. M. Kawiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2015.
- Komorowska O., *Szacunek wysokości przyszłej emerytury matki dziecka z niepełnosprawnością aktywnej zawodowo i emerytury matki pobierającej świadczenie pielęgnacyjne*, „Polityka Społeczna” 2022, nr 7.
- Łazowski J., *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Warszawa 1934.
- Michalak J., *Ryzyko społeczne a ochrona ubezpieczeniowa* [w:] *Studia ubezpieczeniowe*, red. J. Handschke, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2009.
- Mierzejewska M., *Gospodarstwo domowe – rozważania o składkach i podatkach* [w:] *Doubezpieczenie społeczne. Idea i kontynuacja*, red. M. Kawiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2015.
- OECD, *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris 2021, s. 145, <https://doi.org/10.1787/ca401ebd-en>.
- Przybyłowicz A., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.
- Supińska J., *Wartości i prawa człowieka w polityce społecznej* [w:] *Polityka społeczna. Materiały do studiowania*, red. A. Rajkiewicz, J. Supińska, M. Książkowski, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1998.
- Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne* [w:] *PolSenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.

- Szukalski P., *Starzenie się ludności miast wojewódzkich – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość* [w:] „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn informacyjny” 2017, nr 12, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/24279/2017-12%20Starzenie%20sie%20ludno%C5%9Bci%20miast%20wojew%C3%B3dzkich.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Szumlicz T., *O niedostatecznej ochronie prawnej jako ryzyku społecznym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 1.
- Szumlicz T., *Świadomość ryzyka społecznego jako podstawa wiedzy o systemie ubezpieczeń społecznych*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2017, nr 1(132).
- Szweda-Lewandowska Z., *Zapotrzebowanie na instytucjonalne formy pomocy osobom starszym w perspektywie dwudziestu pięciu lat w świetle aktualnych determinant w mikro- i makroskali* [w:] *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski. Przyczyny, etapy, następstwa*, red. J.T. Kowalewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.
- Szweda-Lewandowska Z., Łuczak P., *Przesłanki demograficzne, społeczne i ekonomiczne zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, red. P. Błądowski, Koalicja „Na Pomoc Niezależnym”, Warszawa 2019.
- Yunus M., *Poverty Alleviation: Is Economics Any Help? Lessons from the Grameen Bank Experience*, „Journal of International Affairs” 1998, t. 52, nr 1.
- Zamorska K., Makuch M., *Starzenie się społeczeństwa. Wymiar społeczny, gospodarczy i polityczny*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2018.

## Akty prawne i dokumenty

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483).
- Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego (Dz.U. 2005, nr 93, poz. 775).
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. nr 228, poz. 2255, ze zm.).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. nr 64, poz. 593, ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135, ze zm.).
- Zalecenie nr 67 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące zabezpieczenia dochodu.

## Strony internetowe

- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).
- Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych, [www.zus.pl](http://www.zus.pl).