

REFORMA SPOŁECZNEGO UBEZPIECZENIA PIELĘGNACYJNEGO W NIEMCZECH – GŁÓWNE CELE I UWARUNKOWANIA

Piotr Błędowski
Szkoła Główna Handlowa
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

WPROWADZENIE

W 1995 r. w Niemczech weszła w życie ustawa o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym (Błędowski 1998, 1999, s. 66). Bezpośrednią przyczyną jej uchwalenia była konieczność odciążenia społecznego ubezpieczenia chorobowego, którego fundusze w coraz większym stopniu były przeznaczane nie na leczenie, lecz na opiekę długoterminową. Świadczenia w ramach tej opieki adresowane były głównie do osób w podeszłym wieku, których stan zdrowia nie rokował nadziei na poprawę, toteż zabiegi medyczne miały na celu przede wszystkim zachowanie godności pacjenta i utrzymanie jego jakości życia na akceptowalnym poziomie.

Biorąc pod uwagę długotrwały proces demograficznego starzenia się ludności uznano, iż coraz większa część budżetu ochrony zdrowia musiałaby być przeznaczana na świadczenia nielecniczne, co groziłoby z kolei pogorszeniem jakości działania całego systemu ochrony zdrowia.

Dodatkowo za wprowadzeniem odrębnego funduszu przeznaczonego na finansowanie świadczeń opieki długoterminowej, określanymi jako świadczenia pielęgnacyjne, przemawiał fakt, iż obejmują one także działania związane z zapewnieniem samodzielnego w miarę możliwości prowadzenia gospodarstwa domowego i zapobieganiem wykluczeniu społecznemu osób niesamodzielnych. Wydatki te w coraz większej mierze obciążały lokalne budżety pomocy społecznej, finansowanej ze środków samorządowych.

Wspólnym staraniom kas ubezpieczenia chorobowego i samorządów terytorialnych towarzyszył korzystny klimat polityczny, następstwem czego było

podjęcie prac nad rozwiązaniem problemu opieki długoterminowej. Zdecydowano się na zastosowanie zasady ubezpieczeniowej i wprowadzenie finansowania wydatków pielęgnacyjnych poprzez system składkowy, przy czym obowiązywać miała zasada, w myśl której składka jest opłacana po połowie przez pracodawcę i ubezpieczonego¹.

Oszacowana składka miała zaspokajać potrzeby kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego przez okres 20 lat od momentu wprowadzenia ubezpieczenia.

Celem artykułu jest ogólna prezentacja zmian, jakie nastąpiły w 2008 r. w zakresie przedmiotowym i finansowaniu niemieckiego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Należy przy tym podkreślić, że zmiana w wysokości składki nie była podyktowana bieżącymi trudnościami w zbilansowaniu dochodów i wydatków kas ubezpieczenia, ale potrzebą zapewnienia im długookresowej stabilności finansowej wobec coraz bardziej zaawansowanego demograficznego starzenia się niemieckiego społeczeństwa.

ŚWIADCZENIA I ŚWIADCZENIOBIORCY SPOŁECZNEGO UBEZPIECZENIA PIELĘGNACYJNEGO

W ostatnich latach notowany był lekki niedobór środków, ale nie stanowił on jeszcze istotnego zagrożenia dla kas (tab. 1). Istniała jednak uzasadniona obawa, że kontynuowanie polityki udzielania świadczeń pielęgnacyjnych bez wprowadzenia bardziej racjonalnego modelu świadczeń i lepszego wykorzystania rodzin osób niesamodzielnych w roli nieprofesjonalnych opiekunów doprowadzi do coraz bardziej ekstensywnej gospodarki finansowej.

Tabela 1. Wpływy i wydatki społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech w latach 1995–2007 (w mld euro)

Wyszczególnienie	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Wpływy ze składek	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64	17,37	18,36	17,86
Wpływy razem	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02
Wydatki na świadczenia	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64	16,77	16,98	17,15	17,44
w tym:													
świadczenia pieniężne	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03
świadczenia ambulatoryjne	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47
świadczenia zakładowe	–	2,70	6,54	7,06	7,38	7,69	7,96	8,21	8,43	8,58	8,75	8,91	9,07
śłużba medyczna i orzecznictwo	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27	0,28	0,27	0,27
Wydatki administracyjne	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,58	0,59	0,62	0,62
Wydatki razem	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34
Bilans	3,44	1,18	0,80	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38	-0,69	-0,82	-0,36	0,45	-0,32

Źródło: dane Federalnego Ministerstwa Zdrowia.

Zgodnie z koncepcją autorów ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, świadczenia realizowane w domach pomocy społecznej i placówkach pielęgnacyjnych zostały w całości objęte finansowaniem z ubezpieczenia dopiero od połowy 1996 r. Pierwsze 18 miesięcy obowiązywania ustawy były okresem, w którym ubezpieczeni opłacali składkę w wysokości 1,6%, nie korzystając jeszcze ze świadczeń zakładowych. Czas ten pozwolił na zgromadzenie rezerwy finansowej, która wzrosła w kolejnych latach do 5,3 mld euro i pozwoliła na sfinansowanie występującego w niektórych okresach deficytu.

Obecnie skumulowana nadwyżka dochodów nad wydatkami wynosi nieco ponad 2,5 mld euro. Pozwoliło to ministrowi zdrowia na przyjęcie założenia, iż po wprowadzonej w 2008 r. podwyżce składki do 2025 r. nie będzie konieczności ponownej zmiany jej wysokości.

Należy jednak liczyć się z tym, że utrzymanie ze względów politycznych niezmienną wysokość składki przy oczekiwanym wzroście liczby świadczeniobiorców może prowadzić do obniżenia standardu świadczeń.

Obawa ta staje się tym bardziej realna, że od momentu wprowadzenia w Niemczech społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego daje się zauważyć tendencja do wzrostu mediany wieku świadczeniobiorców. Obecnie ponad połowę tej grupy stanowią osoby w wieku 75 lat i więcej, w tym 18,9% w przedziale 85–89 lat i 14% w grupie 90 lat i więcej².

Powoli zmienia się też struktura udzielanych świadczeń (tab. 2). Stopniowo maleje odsetek osób korzystających z zasiłków pielęgnacyjnych, wypłacanych jako ryczałt zależny od stopnia niesamodzielności i przeznaczanych na sfinansowanie organizowanych we własnym zakresie świadczeń (opieka udzielana

przez członków rodziny, pomoc sąsiedzka, usługi samodzielnie kupowane na rynku świadczeń pielęgnacyjnych). Część usług udzielanych przez usługodawców jest opłacana bezpośrednio przez kasę ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

W niewielkim zakresie zwiększa się udział świadczeniobiorców otrzymujących pomoc, polegającą na czasowym zastąpieniu opiekunów rodzinnych niemogących z różnych przyczyn (np. urlop, choroba) przez krótki czas kontynuować opieki nad osobą niesamodzielną. Zwiększa się także odsetek osób korzystających ze świadczeń krótkookresowych, udzielanych najczęściej na czas niezbędny do adaptacji mieszkania do potrzeb osoby niesamodzielnej opuszczającej szpital. Osoba taka przyjmowana jest na okres do trzech miesięcy do placówki zamkniętej, a po przystosowaniu mieszkania wraca do swojego środowiska i korzysta z pomocy ambulatoryjnej lub finansowanej za pomocą zasiłku.

Należy przy tym podkreślić, że środki przeznaczone na sfinansowanie pielęgnacji w zakładzie opiekuńczym lub odpowiedniku polskiego domu pomocy społecznej nie obejmują kosztów zakwaterowania i wyżywienia. Są one w dalszym ciągu opłacane przez mieszkańca lub ze środków pomocy społecznej.

Mimo znacznego obciążenia mieszkańców kosztami (niekiedy finansują oni również część świadczeń pielęgnacyjnych, nieobjętych zakresem ubezpieczenia lub wykraczających pod względem ceny poza przyznaną zależnie od stopnia niesamodzielności kwotę), odsetek korzystających z takiej formy świadczeń powoli zbliża się do 1/3.

Można oczekiwać, że w przyszłości – wobec dalszego demograficznego starzenia się społeczeństwa – zapotrzebowanie na świadczenia zakładowe będzie silnie wzrastać.

Tabela 2. Struktura świadczeniobiorców społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech w latach 1995–2007 (w %)

Lata	Ogółem	Zasiłek pielęgnacyjny	Świadczenia w miejscu zamieszkania	Pielęgnacja podczas urlopu opiekuna rodzinnego	Pielęgnacja w nocy i w czasie pracy opiekuna rodzinnego	Pielęgnacja krótkookresowa	Pielęgnacja w instytucji
1995	100,0	83,0	7,7	1,0	0,2	0,3	–
1996*	100,0	60,4	6,8	0,4	0,2	0,4	23,1
1997	100,0	56,3	6,9	0,2	0,3	0,3	23,8
1998	100,0	53,6	7,5	0,2	0,4	0,3	28,4
1999	100,0	52,0	8,1	0,3	0,5	0,4	28,6
2000	100,0	50,7	8,5	0,3	0,5	0,4	29,3
2001	100,0	50,0	8,4	0,4	0,6	0,4	29,7
2002	100,0	49,6	8,4	0,4	0,7	0,4	30,1
2003	100,0	49,0	8,6	0,5	0,7	0,5	30,5
2004	100,0	48,4	8,5	0,6	0,8	0,5	31,0
2005	100,0	47,9	8,5	0,7	0,8	0,6	31,2
2006	100,0	47,4	8,8	0,9	0,8	0,6	31,3
2007	100,0	46,9	8,8	1,1	0,8	0,6	31,4

* Świadczenia instytucjonalne weszły w życie w drugiej połowie 1996 r.
Źródło: dane Federalnego Ministerstwa Zdrowia.

Tabela 3 pokazuje, jak zmieniał się odsetek świadczeniobiorców według miejsca korzystania przez nich ze świadczeń pielęgnacyjnych.

Należy jednak pamiętać, że wśród osób pielęgowanych w miejscu zamieszkania znajdują się zarówno te, które pozostają pod opieką członków rodziny i/lub samodzielnie organizują sobie pomoc, finansując ją

z otrzymywanego zasiłku pielęgnacyjnego, jak i te, które są objęte świadczeniami udzielanymi przez profesjonalne placówki. W 2007 r. takich osób było łącznie 1,54 mln, czyli 68% ogółu świadczeniobiorców (*Pflege-statistik 2007 2008*, s. 12). Z tej liczby 1,03 mln pielęgowana jest wyłącznie przez członków rodziny, a 504 tys. wyłącznie lub przy współdziałaniu służb pielęgnacyjnych.

Tabela 3. *Struktura świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych w ramach społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech w latach 1996–2007 (w %)*

Rok	W miejscu zamieszkania			W placówkach			Razem		
	stopień I	stopień II	stopień III	stopień I	stopień II	stopień III	stopień I	stopień II	stopień III
1996	43,8	43,7	12,6	29,1	42,3	28,6	40,1	43,3	16,6
1997	47,5	40,6	11,9	34,5	41,0	24,5	43,9	40,7	15,4
1998	50,3	38,5	11,3	36,7	41,2	22,1	46,3	39,3	14,5
1999	52,2	36,9	10,9	37,4	41,5	21,1	47,8	38,3	14,0
2000	54,1	35,6	10,4	37,6	41,8	20,6	49,0	37,5	13,5
2001	55,3	34,6	10,1	37,9	42,0	20,1	49,8	36,9	13,2
2002	56,3	33,8	9,9	38,4	41,6	20,0	50,6	36,3	13,1
2003	57,2	33,1	9,6	38,7	41,4	19,8	51,2	35,8	12,9
2004	57,5	32,9	9,6	39,0	41,2	19,8	51,5	35,6	12,9
2005	58,0	32,5	9,5	39,2	40,9	20,0	51,8	35,3	12,9
2006	58,6	32,0	9,4	40,3	40,2	19,6	52,5	34,7	12,8
2007	59,2	31,4	9,3	40,7	39,7	19,6	53,1	34,2	12,7

Uwaga: odsetki obliczone zostały oddzielnie dla świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń w miejscu zamieszkania i w ramach instytucji oraz razem dla obu grup.

Źródło: dane Federalnego Ministerstwa Zdrowia.

Daje się przy tym zauważyć, że o ile wśród pielęgowanych przez rodzinę 8,3% zaliczonych zostało do III, najwyższej grupy niesamodzielności, to w grupie korzystającej z profesjonalnej pielęgnacji takich osób było już 12,1%. Wskazuje to pośrednio na fakt, że służby medyczne w odpowiedzialny sposób dokonują kwalifikacji osób pielęgowanych do poszczególnych świadczeń.

Z pielęgnacji w placówkach zamkniętych korzystało według stanu na koniec 2007 r. 709 tys. osób. W grupie tej 20,5% stanowiły osoby zaliczone do III, najwyższego stopnia niesamodzielności. Z kolei odsetki zakwalifikowanych do I grupy niesamodzielności wynosiły: 61,8% osób pielęgowanych w miejscu zamieszkania, 52,5% tych, którzy organizują sobie pomoc, oraz 35,7% tych, którymi opiekują się placówki.

Kasy ubezpieczenia pielęgnacyjnego poszukują zatem możliwości obniżania kosztów świadczeń poprzez wspieranie funkcji opiekuńczych rodziny w stosunku do osób niesamodzielnych³.

Z danych tabeli 3 można odczytać, że w miarę wydłużania się okresu obowiązywania ustawy pielęgnacyjnej zwiększa się odsetek osób pielęgowanych, zakwalifikowanych do pierwszego stopnia niesamodzielności, czyli potrzebujących świadczeń w mniejszym zakresie niż osoby zaliczone do dwóch pozostałych stopni. Specjaliści notują równocześnie wydłużenie okresu pozostawania w niższej grupie pielęgnacyjnej. Wskazuje to na ścisły związek między zakresem udzielanych świadczeń i momentem podjęcia działań a efektem, polegającym na spowolnieniu tempa pogarszania poziomu samodzielności lub wręcz na zahamowaniu degradacji organizmu.

Warto wspomnieć, że ustawa o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym nałożyła na Federalne Ministerstwo Zdrowia obowiązek przygotowywania co trzy lata i prezentowania opinii publicznej raportu na temat rozwoju ubezpieczenia pielęgnacyjnego (*Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung*).

Raporty te są źródłem ciekawych informacji, pozwalają śledzić kierunki rozwoju świadczeń i dyskusję nad niezbędnymi korektami. Jestem przekonany, że w przypadku wprowadzenia w Polsce takiego ubezpieczenia również ważnym elementem ekonomicznej i społecznej edukacji społeczeństwa byłoby wprowadzenie obowiązku opracowywania takiego dokumentu⁴.

W wyniku nowelizacji ustawy cykl przygotowywania kolejnych raportów został zmieniony na czteroletni, ale jego znaczenie jako dokumentu stanowiącego podstawę do dalszych prac nad doskonaleniem tej formy osłony przed ryzykiem niesamodzielności pozostaje bardzo duże.

REFORMA SPOŁECZNEGO UBEZPIECZENIA PIELĘGNACYJNEGO

Po początkowym okresie powszechnej akceptacji dla przyjętych w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego rozwiązań w Niemczech rozpoczęła się dyskusja nad zmianą zasady finansowania tego ubezpieczenia – z reparycyjnej na kapitałową. Bezpośrednim pretekstem do zaprezentowania takich poglądów stała się dyskusja nad reformą ubezpieczenia emerytalnego i potrzebą zwiększenia odpowiedzialności społeczeństwa za własne bezpieczeństwo socjalne. Jakkolwiek celowość rozszerzenia katalogu ryzyk społecznych o ryzyko niesamodzielności nie jest w Niemczech poddawana w wątpliwość, zdania w sprawie powiązania ubezpieczenia pielęgnacyjnego z metodą kapitałową są podzielone. Kilka przykładów zawarto w tab. 4.

Wprawdzie porównanie poszczególnych projektów utrudnia fakt, że przedstawione koncepcje bazują często na różnicowanym katalogu świadczeń, ale generalnie można przyjąć, że wszystkie zakładają istnienie pewnej górnej granicy zakresu świadczeń, powyżej której wszelkie dodatkowe świadczenia są finansowane przez samą osobę pielęgowaną.

Niezależnie od wprowadzanych w całym okresie obowiązywania ustawy zmian w jej zakresie przedmiotowym, obowiązuje nadal zasada, iż społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne ma zapewnić co najmniej pewien minimalny poziom świadczeń. Jej celem nie jest natomiast rozwiązanie wszelkich problemów osób wymagających pielęgnacji.

Uwaga ta wydaje się konieczna, bowiem krytycy rozwiązania ubezpieczeniowego podkreślają często, że jego wprowadzenie w Niemczech nie rozwiązało wszystkich problemów osób niesamodzielnych. W istocie celem tego ubezpieczenia było zapewnienie wszystkim osobom pielęgowanym świadczeń w podstawowym zakresie i o porównywalnej jakości.

Tabela 4. *Koncepcje dalszego finansowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech*

Wyszczególnienie	Zasada finansowania	Krąg świadczeniobiorców	Ustalenie składki/ wyrównanie dochodów kasy	Składka opłacana przez pracodawcę	Struktury zarządzania
Kronberger-Kreis	Natychmiastowe przejście na zasadę kapitałową w stosunku do wszystkich ubezpieczonych	Wszyscy obywatele w jednolitym systemie ubezpieczenia prywatnego	Stosowne do rozmiarów ryzyka bez komponentów zasady solidarności; składka ograniczona początkowo do około 50 € miesięcznie; dodatkowe dofinansowanie z budżetu	Nie występuje (równowartość dotychczasowej składki opłacanej przez pracodawcę ma być doliczana do wynagrodzenia brutto i podlega opodatkowaniu zgodnie z obowiązującymi zasadami)	Zasada konkurencji; przy zmianie ubezpieczyciela zgromadzone składki podlegają przeniesieniu; cel: integracja z ubezpieczeniem chorobowym
Herzog-Kommission	Przejście do systemu finansowanego według zasady kapitałowej do 2030 r. poprzez stworzenie odpowiedniej rezerwy kapitałowej	Do czasu przejścia na zasadę kapitałową – utrzymanie podziału na ubezpieczenie ustawowe i prywatne	Do 2030 r. składka 3,2% od wszystkich dochodów albo wyższa składka od dochodów emerytów; po 2030 r. składki zależne od grupy wieku między 52 a 60 € miesięcznie; dodatkowe dofinansowanie z budżetu	Do 2030 r. parytetowo ustalona składka opłacana przez pracodawcę; rezygnacja przez pracowników z jednego dnia świątecznego lub urlopowego	Brak stanowiska w tej sprawie
Kohortenmodell (Sachverständigenrat)	Przejście na finansowanie wg zasady kapitałowej dla osób urodzonych po 1951 r.; stopniowe odejście od zasady repartycji	Wszyscy obywatele w jednolitym systemie z ustawowymi i prywatnymi ubezpieczycielami	Dla roczników od 1951 r.: składki zależne od grupy wieku plus ryczałt; dla roczników do 1950 r.: miesięcznie 50 €, składka podnoszona co roku o 1 euro miesięcznie, dodatkowe dofinansowanie z budżetu	Nie występuje (równowartość dotychczasowej składki opłacanej przez pracodawcę ma być doliczana do wynagrodzenia brutto i podlega opodatkowaniu zgodnie z obowiązującymi zasadami)	Zasada konkurencji; przy zmianie ubezpieczyciela zgromadzone składki podlegają przeniesieniu; wyrównanie dla kas słabszych ekonomicznie ze względu na strukturę ubezpieczonych
PKV-Verband	Zasada repartycji plus długookresowe ubezpieczenie dodatkowe wg zasady kapitałowej	Dalszy podział na ubezpieczenie ustawowe i prywatne	Zamrożona obecna wysokość składki plus stała zryczałtowana składka na ubezpieczenie dodatkowe w wysokości 8,50 € miesięcznie, podnoszona corocznie o 1 euro	Bez zmian, w wysokości 50% zamrożonej składki	Brak konkurencji; podział kompetencji między ubezpieczeniem ustawowym i prywatnym, możliwe konflikty interesów
Rürup-Kommission	Zasada repartycji plus uzupełniająca, czasowe finansowanie wg metody kapitałowej	Dalszy podział na ubezpieczenie ustawowe i prywatne	Zamrożona obecna wysokość składki; dla emerytów składka podniesiona o „międzygeneracyjne wyrównanie obciążeń” o max. 2,8%	Bez zmian, w wysokości 50% zamrożonej składki	Brak stanowiska w tej sprawie
Pauschal-Beitragsmodell	Zasada repartycji plus możliwość uzupełniającego ubezpieczenia indywidualnego wg zasady kapitałowej	Wszyscy obywatele w jednolitym systemie z ustawowymi i prywatnymi ubezpieczycielami	Składka zryczałtowana, ustalana przez kasy ubezpieczenia; dodatkowe dofinansowanie z budżetu	Nie występuje (równowartość dotychczasowej składki opłacanej przez pracodawcę ma być doliczana do wynagrodzenia brutto i podlega opodatkowaniu zgodnie z obowiązującymi zasadami)	Zasada konkurencji; wyrównanie dla kas słabszych ekonomicznie ze względu na strukturę ubezpieczonych
Lauterbach-Modell	Zasada repartycji plus możliwość uzupełniającego ubezpieczenia grupowego według zasady kapitałowej	Wszyscy obywatele w jednolitym systemie z ustawowymi i prywatnymi ubezpieczycielami	Oddzielne składki od dochodów z pracy i świadczeń emerytalnych oraz od dochodów kapitałowych	Składka parytetowa od dochodów z pracy	Brak stanowiska w tej sprawie

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Jacobs, Drähter 2005, s. 27).

Generalnie można uznać, że osią dyskusji na temat sposobu finansowania świadczeń pielęgnacyjnych był wybór między modelem repartycyjnym a kapitałowym, natomiast w ogóle nie brano pod uwagę możliwości powrotu do zasady zaopatrzeniowej w finansowaniu tych świadczeń.

Jak wynika z tab. 4, opinie w tej sprawie były bardzo zróżnicowane: od radykalnych, domagających się natychmiastowej zmiany zasady finansowania na kapitałową po takie, które sugerowały zachowanie status quo i umożliwienie dodatkowego finansowania, opartego już na zasadzie kapitałowej, ale niemającego charakteru ubezpieczenia komercyjnego.

Zwolennicy zachowania dotychczasowego modelu podnosili argument, iż wprowadzenie zasady kapitałowej wymaga długiego okresu gromadzenia składek, co w praktyce eliminuje osoby starsze z grona potencjalnych beneficjentów, a ponadto powoduje konieczność powrotu do finansowania już udzie-

lanych świadczeń pielęgnacyjnych z funduszy kas ubezpieczenia chorobowego i samorządowych środków przeznaczonych na pomoc społeczną.

W rezultacie postanowiono pozostać przy dotychczasowej formie finansowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ale należy oczekiwać, że rola metody kapitałowej w tym ubezpieczeniu nadal będzie przedmiotem dyskusji. Przemawia za tym fakt, iż proces demograficznego starzenia się ludności Niemiec będzie nadal postępował, toteż obciążenie młodszych roczników kosztami finansowania świadczeń społecznych będzie wzrastało (Rothgang 2005), pociągając za sobą skutki gospodarcze, wyrażające się m.in. w podnoszeniu kosztów pracy i malejącej zdolności konkurencyjnej niemieckiej gospodarki.

Trwająca ponad cztery lata dyskusja doprowadziła do uchwalenia 28 maja 2008 r. Ustawy o dalszym rozwoju strukturalnym ubezpieczenia pielęgnacyjnego (Gesetz... 2008, s. 874). Ustawa dokonała nowelizacji

niektórych rozwiązań, nie dokonując jednak zmiany zasady finansowania ubezpieczenia. Nadal obowiązuje zasada repartycyjna, ale składka została podniesiona o 0,25% i wynosi obecnie 1,95% podstawy wymiaru. Jest opłacana po połowie przez ubezpieczonego i pracodawcę⁵, natomiast emeryci opłacają ze swoich dochodów całą wysokość składki.

Ożywiona dyskusja nad potrzebą nowelizacji Ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym podporządkowana była dwóm wątkom: finansowaniu i jakości usług. Opublikowany przez służbę medyczną ubezpieczenia chorobowego⁶ raport wskazywał na liczne nieprawidłowości w działaniu świadczeniodawców, zwłaszcza w placówkach zamkniętych, toteż reforma ubezpieczenia miała na celu lepszą kontrolę świadczeń i ułatwienie płatnikowi oraz świadczeniobiorcom egzekwowania świadczeń o określonej w umowie jakości⁷.

Przyjęto w związku z tym zasadę, iż placówki udzielające świadczeń zakładowych i środowiskowych podlegać będą corocznej, wcześniej nieanonosowanej kontroli. Jej wyniki będą publikowane w przystępnej formie, ułatwiając świadczeniobiorcom wybór placówki.

Ustawa, która weszła w życie 1 lipca 2008 r., przewiduje wyasygnowanie dodatkowych środków na wsparcie działań grup samopomocy, placówek dziennego pobytu i organizacji pozarządowych oferujących usługi opiekuńcze. Działania tych grup adresowane są do osób wymagających mniej profesjonalnych świadczeń i mają wpłynąć na obniżenie kosztów udzielanych świadczeń.

Wydłużeniu uległ okres, w ramach którego sprawujący opiekę członkowie rodziny mogą korzystać z dni wolnych od pracy, jak i okres, w którym osoby te mogą zostać zastąpione przez pracowników profesjonalnych na koszt płatnika. Podobnie, jak wskazane wyżej działania, także i te mają przynieść efekt w postaci większej gotowości rodzin do dalszej opieki nad osobami niesamodzielnymi i sprzyjać ograniczeniu kosztów świadczeń pielęgnacyjnych. Temu samemu celowi ma służyć rozszerzenie możliwości korzystania z poradnictwa, które przybiera formę *case management*.

Celem takiego zarządzania jest szybkie podjęcie kompleksowych działań zapobiegających pogorszeniu stanu osoby pielęgnowanej i związanemu z tym podniesieniu stopnia jej niesamodzielności, czemu towarzyszy tak pogorszenie jakości życia, jak i zwiększenie niezbędnych wydatków kas pielęgnacyjnych (Pabst 2002, s. 129 i n.). Dzięki wielostronnym działaniom, wymagającym początkowo większych nakładów, w długim okresie możliwe ma być uzyskanie oszczędności wynikających z pozostawiania osoby pielęgnowanej w niższej grupie niesamodzielności.

Znowelizowana ustawa przewiduje podniesienie wysokości niektórych świadczeń: pozostające w swoim miejscu zamieszkania osoby o poważnie ograniczonej możliwości samodzielnej egzystencji, wymagające dodatkowych świadczeń (np. osoby chore psychicznie, dotknięte demencją lub niepełnosprawnie fizycznie), otrzymują po nowelizacji tytułem dodatkowych wydatków związanych z organizacją opieki w godzinach nocnych, podczas czasowej nieobecności opiekunów rodzinnych, czy pokryciem kosztów udzielania pomocy przez dodatkową opiekunkę/opiekuna kwotą 1200 euro rocznie. Świadczenie to,

wprowadzone nowelą w 2002 r., wynosiło dotychczas 460 euro.

Najczęściej komentowaną zmianą w ustawie było podniesienie wysokości świadczeń finansowych i wartości świadczeń udzielanych w ramach opieki środowiskowej oraz zakładowej. Świadczenia finansowe, mimo stosunkowo częstych opinii o ich małej skuteczności, zostały zachowane. Stało się tak głównie ze względów finansowych – ryczałtowe świadczenie, na które decyduje się osoba niesamodzielną lub jej opiekun, ma zaspokajać potrzeby związane z organizacją pielęgnacji we własnym zakresie.

Jest to bardzo ważne, bowiem mimo znacznego rozwoju infrastruktury pielęgnacji nie wszędzie dostępne są wszystkie usługi świadczone przez profesjonalne służby, jak też nie zawsze usługi tych służb są niezbędne dla zapewnienia dobrej sytuacji życiowej pielęgnowanej osoby. Nowela wprowadza jednak częstsze niż dawniej wizyty przedstawicieli płatnika w domach osób pobierających takie świadczenia i nakłada większe restrykcje na opiekunów rodzinnych, niewywiązujących się należycie ze swoich obowiązków.

Ze świadczeń finansowych korzystają relatywnie częściej osoby w tych regionach Niemiec, gdzie dostępność profesjonalnych usług pielęgnacyjnych nie jest zbyt duża. Są to rejony wiejskie w zachodnich landach oraz wsie i małe miasta we wschodniej części Niemiec.

Obowiązujące od wejścia w życie omawianej nowelizacji stawki świadczeń będą wzrastać co dwa lata do stycznia 2012 r. i osiągną następujące wartości: w przypadku zasiłków pielęgnacyjnych dla I grupy – 235 euro, dla II – 440 euro, a dla III grupy – 700 euro. Oznacza to, że w stosunku do sytuacji sprzed reformy stawki zwiększą się w ciągu czterech lat o 30 euro.

W przypadku świadczeń udzielanych w domach osób niesamodzielnych świadczenia wzrosną najbardziej, bo zależnie od grupy odpowiednio o 66, 179 i 118 euro, natomiast w przypadku świadczeń dla osób umieszczonych w placówkach zmiana dotyczy jedynie najmniej samodzielnych osób: mieszkańcy zaliczeni do III grupy otrzymywać będą w 2012 r. po kolejnych podwyżkach po 118 euro miesięcznie więcej.

Przyjęcie tak zróżnicowanego poziomu zmian wysokości świadczeń zmusi usługodawców do bardziej racjonalnego gospodarowania, choć nie można wykluczyć niebezpieczeństwa, polegającego na ograniczeniu liczby zatrudnionych opiekunów, co może niekorzystnie odbić się na jakości świadczeń.

Problem zatrudnienia należy rozpatrywać nie tylko w skali zakładów opiekuńczych i punktów ambulatoryjnych, ale i w skali makroekonomicznej. Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne, które udziela usług ponad 2 mln osób, daje zatrudnienie dla ponad 800 tys. pracowników. W 11,5 tys. placówek środowiskowych pracuje bowiem 236 tys. osób, a w 11 tys. domach opieki i placówkach pielęgnacyjnych – aż 574 tys. (*Pflegestatistik 2007*, s. 12).

Dokonując jakichkolwiek ocen instytucji ubezpieczenia pielęgnacyjnego, nie można abstrahować od jego wpływu na sytuację na rynku pracy, zwłaszcza że pracę w tym sektorze znalazły najczęściej osoby o stosunkowo słabej pozycji na rynku pracy, o niewysokim poziomie kwalifikacji, przeszkolone do zawodu opiekuna.

ZAKOŃCZENIE

Realizowana w Niemczech reforma społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego ma na celu bardziej racjonalną gospodarkę finansową i sprostanie wyzwaniom niesionym przez niekorzystny rozwój sytuacji demograficznej.

Wprowadzone zmiany generalnie wzmacniają strukturę organizacji świadczeń pielęgnacyjnych, nie naruszają bowiem status quo z punktu widzenia relacji między ubezpieczeniem obowiązkowym a prywatnym, ale podnoszą konkurencyjność tego pierwszego poprzez wymuszenie bardziej prorynkowych postaw usługodawców.

Uchwalenie nowelizacji odsuwa na dalszy plan, ale nie likwiduje potrzeby podjęcia dyskusji na temat formy finansowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Jakkolwiek zachowanie metody repartycyjnej jest uzasadnione ze społecznego punktu widzenia, względy ekonomiczne (zwłaszcza długookresowa stabilność finansowania oraz konkurencyjność gospodarki) przemawiają za lobbowaniem w przyszłości za rozwiązaniem kapitałowym. Powinno ono być wprowadzane stopniowo, początkowo jako dobrowolne, a później – obowiązkowe uzupełnienie istniejącego systemu. Stopniowo można będzie wówczas zwiększyć zakres świadczeń finansowanych na podstawie zasady kapitałowej.

¹ Jedynym wyjątkiem jest land Saksonia.

² Dane Federalnego Ministerstwa Zdrowia. Analizę zmian zapotrzebowania na pielęgnację zależnie od wieku zob. (Gillberg 2000).

³ Na temat wsparcia dla rodziny w różnych krajach, w tym w Niemczech, zob. (Lamura i in. 2008).

⁴ Wypada podkreślić, że praktyka publikowania szczegółowych informacji na temat poszczególnych obszarów polityki społecznej jest w Niemczech szeroko stosowana. Bardzo dobrym przykładem są opracowywane przez niezależnych ekspertów co cztery lata raporty na temat sytuacji ludzi starych w Niemczech. Raporty te są przyjmowane przez rząd federalny i jako dokument rządowy poddawane ocenie Bundestagu.

⁵ Wyjątek stanowi tu kraj związkowy Saksonia, gdzie składka w wysokości 1,475% opłacana jest przez pracobiorców, natomiast składkę w wysokości 0,475% podstawy wymiaru opłacają pracodawcy. W zamian za to pracobior-

com przysługuje jeden dzień wolny w roku więcej, niż we wszystkich pozostałych landach.

⁶ *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung* (MDK) – instytucja obsługująca również kasy ubezpieczenia pielęgnacyjnego, zajmująca się m.in. określeniem stopnia niesamodzielności osób ubiegających się lub korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych.

⁷ Jednym z istotnych elementów warunkujących jakość usług pielęgnacyjnych w sektorze ambulatoryjnym i szpitalowym jest liczba zatrudnionych i poziom ich kwalifikacji. Zwraca się na to uwagę w pracy E. v. Kardorff i H.-J. Kondratowicz (2002).

LITERATURA

Błędowski P. (1998), *Spoleczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w RFN*, „Polityka Społeczna” nr 4.

Błędowski P. (1999), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech*, w: S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym Polska 1999*, Warszawa: UNDP.

Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (2008), „Bundesgesetzblatt” nr 20, s. 874.

Gillberg R. (2000), *Hilfe- und pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen*, Berlin: Max-Planck-Institut.

Jacobs K., Drähter H. (2005), *Wer bezahlt die Pflege?*, „Gesundheit und Gesellschaft” nr 9.

Kardorff E. v., Kondratowicz H.-J., Hrsg. (2002), *Personalbemesung in der Altenhilfe. Wissenschaftliche, peaxisbezogene und sozialpolitische Verständigungsversuche*, Regensburg: Transfer Verlag.

Lamura G., Döhner H., Kfahl Ch., red. (2008), *Family Carers of Older People in Europe. A Six-Country Comparative Study*, Berlin: LIT-Verlag.

Motel-Klingebiel A., Kondratowicz H.-J., Tesch-Römer C., Hrsg. (2002), *Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servivesysteme im sozialen Wandel*, Opladen: Leske + Budrich.

Pabst S. (2002), *Systemwechsel Pflegeversicherung: Pflegepolitische Akture und Honfliktlinien im Wandel*, w: *Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servivesysteme im sozialen Wandel*, A. Motel-Klingebiel, H.-J. Kondratowicz, C. Tesch-Römer (Hrsg.), Opladen: Leske + Budrich.

Pflegestatistik 2007 (2008), *Bundesministerium für Gesundheit*, Berlin.

Rothgang H. (2005), *Finanzbedarf und Finanzierungsoptionen für eine Reform der Pflegeversicherung*, „Soziale Sicherheit” nr 4.

SUMMARY

The law on Long-Time Care Insurance, which is in force since 1995, was in 2008 subjected to a thorough revision. As a result, the catalog of the financial benefits has been extended and the amount of part of these benefits was raised. These changes are intended to adjust the benefits to the actual needs of dependent people. Furthermore, more attention is paid to ensuring the quality of benefits. For this aim, the scope of the audit by the care insurance fund has been extended. One of the effects of the availability of nursing services is the fact that pace of transition of the nursed people in the higher groups of dependency has been slowed down. This fact favors the reduction of expenditures of the insurances, which in recent years are forced to cover the accumulated deficit from the earlier provisions. There is no change in financing of the Long-Term Care Insurance.

NOWE KSIĄŻKI

Bożena Balcerzak-Paradowska (red.), Danuta Graniewska, Dorota Głogosz, Bożena Kołaczek, Aneta Wójcik, SYTUACJA RODZIN I POLITYKA RODZINNA W WYMIARZE LOKALNYM, Seria: Studia i Monografie, IPISS, Warszawa 2009, stron 360.

Jacek Jaworski, PRACA DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZWALCZANIU ICH WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO. OCENA POLSKIEGO SYSTEMU WSPIERANIA ZATRUDNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, Seria: Opracowania PBZ, IPISS, Warszawa 2009, stron 180.

Maria Jarosz, OBYŚ ŻYŁ W CIEKAWYCH CZASACH. FAKTY, WYDARZENIA, ANEGDOTY, Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2009, stron 251.