

SPOŁECZNE UBEZPIECZENIE PIELĘGNACYJNE – WADY I ZALETY

Łukasz Jurek

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

WSTĘP

Proces demograficznego starzenia w Polsce postępuje niezwykle intensywnie. Wyraźnie uwidacznia się ponadto proces tzw. podwójnego starzenia, co oznacza systematyczny wzrost udziału sędziwych starców w powiększającej się populacji ludzi starych. Konsekwencje tych zjawisk stanowią współcześnie niezwykle istotną kwestię społeczną, będącą wyzwaniem dla polityki społecznej.

Jednym z problemów podeszłego wieku jest funkcjonalna niesamodzielność (nazywana również niedołęstwem starczym lub starczą niewydolnością życiową). Jest to *taki stan starego człowieka, gdy na skutek zaniku i niewydolności narządów lub przewlekłej ciężkiej choroby staje się on niezdolny do wykonywania codziennych czynności, koniecznych w normalnym życiu* (Więckowska 2008, s. 52).

Polityka społeczna wobec ludzi starych powinna zapewniać system działań kompensujących malejącą wraz z wiekiem możliwość wykonywania czynności życia codziennego (pogłębiającą się wraz z wiekiem niesamodzielność funkcjonalną), a tym samym niwelować deficyt, jakim jest niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Niesamodzielność ludzi starych ma trwały charakter, więc i opieka nad nimi powinna mieć charakter długoterminowy. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę długoterminową jako system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, grupy samopomocowe) i/lub formalnych (medycznych, społecznych) mających na celu zapewnienie osobie niesamodzielnej utrzymanie najwyższej możliwej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej (Fathaj 2002, s. 36).

Około 80% beneficjentów środowiskowej opieki długoterminowej oraz 90% mieszkańców zakładów opieki długoterminowej to osoby w wieku powyżej 65 lat, dlatego opiekę długoterminową zwykło się traktować właśnie jako opiekę nad osobami starymi (OECD 2005, s. 25).

MODELE FINANSOWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Finansowanie opieki długoterminowej jest problemem aktualnym, a zważywszy na dokonujące się obecnie przeobrażenia demograficzne i społeczne – wręcz pilnym. W niektórych krajach ludzie indywidualnie zapewniają sobie usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne na okres starości. Zwykle jednak państwo stara się ingerować w system opieki długoterminowej i zabezpiecza swoich obywateli na wypadek funkcjonalnej niesamodzielności.

W zależności od tego, jak traktowana jest funkcjonalna niesamodzielność oraz z jakiego źródła opłacane są świadczenia, wyróżnić można generalnie trzy teoretyczne modele finansowania opieki długoterminowej: rezydualny, zaopatrzeniowy i ubezpieczeniowy.

W **modelu rezydualnym** usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne traktowane są jak zwykłe świadczenia nabywane na rynku, a każdy obywatel powinien indywidualnie zabezpieczyć się na wypadek funkcjonalnej niesamodzielności. Odpowiedzialność za ponoszenie kosztów opieki długoterminowej spoczywa na beneficjencie opieki i/lub jego najbliższej rodzinie, a dominującym narzędziem finansowania usług są wnoszone przez nich opłaty bezpośrednie (*out of pocket payments*). W ramach tego modelu stosuje się zasadę, że starość jest okresem konsumpcji zasobów zgromadzonych przez całe życie.

Programy socjalne finansujące opiekę długoterminową ze środków publicznych mają marginalne znaczenie i uruchamiane są dopiero wówczas, gdy wyczerpana zostanie zdolność indywidualnego jej finansowania.

Publiczne programy skierowane do najuboższych osób starych budzą jednak wiele kontrowersji, gdyż prowadzą do nadużyć i nieuczciwych praktyk, takich jak fikcyjne rozwody czy ukrywanie praw własności. W opinii T. Getzena *fakt, iż chcąc zyskać prawo do świadczeń, ludzie w podeszłym wieku uciekają się do różnego rodzaju nieuczciwych wybiegów sprawia, że proceder ten wydaje się jeszcze bardziej niesmaczny i podejrzanym moralnie* (Getzen 2000, s. 312).

Jedynie niewielka część populacji ludzi starych ma możliwość sfinansowania usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych z bieżących dochodów, dlatego ważnym czynnikiem kreującym popyt na tego typu usługi jest dostępność dodatkowych (alternatywnych) narzędzi finansowania. W modelu rezydualnym stosunkowo najbardziej rozpowszechnione są prywatne ubezpieczenia na wypadek niesamodzielności funkcjonalnej. Ich udział w finansowaniu opieki długoterminowej jest jednak ograniczony. Małe zainteresowanie ubezpieczycieli tym produktem finansowym jest efektem negatywnej selekcji oraz pokusy nadużyć (Scanlon 1992, s. 48).

Podstawowym i najcenniejszym dobrem posiadanym przez osoby starsze jest prawo własności nieruchomości. W celu sfinansowania opieki długoterminowej stosuje się więc odwróconą hipotekę (*reverse mortgage*), która jest lustrzanym odbiciem kredytu hipotecznego. Umożliwia ona uwolnienie kapitału kumulowanego przez wiele lat w nieruchomości.

W **modelu ubezpieczeniowym** niesamodzielność i związana z nią potrzeba opieki długoterminowej traktowana jest jako ryzyko społeczne objęte społecznym ubezpieczeniem pielęgnacyjnym. Usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne finansowane są ze specjalnego funduszu ubezpieczenia pielęgnacyjnego i przysługują każdej osobie ubezpieczonej.

Spoleczne ubezpieczenie pielęgnacyjne funkcjonuje na podstawie zasad:

- powszechny i obowiązkowy charakter;
- solidaryzm społeczny;
- samorządność;
- prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego;
- równy dostęp do świadczeń;

– prymat opieki domowej nad stacjonarną oraz rehabilitacji nad pielęgnacją (Błędowski 2008, s. 94–96).

Opieka długoterminowa opłacana jest ze społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech, Holandii, Japonii i Luksemburgu.

W **modelu zaopatrzeniowym** opieka długoterminowa traktowana jest jako prawo obywatelskie. Na podmiotach publicznych spoczywa odpowiedzialność zapewnienia osobom niesamodzielnym usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych, które finansowane są z podatków centralnych lub lokalnych. Model ten jest typowy dla krajów skandynawskich.

Obecnie w Polsce opieka długoterminowa podlega różnym sferom instytucjonalnej organizacji, koordynacji i kontroli. Kompetencje w tym zakresie rozdzielone są między dwa resorty: zdrowia oraz pracy i polityki społecznej, czego efektem są oddzielne metody organizacji (scentralizowana służba zdrowia i silnie zdecentralizowana pomoc społeczna) oraz odmienne metody finansowania (Golinowska 2006, s. 16). Usługi pielęgnacyjne opłacane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, a w opłacaniu usług opiekuńczych z pomocy społecznej partycypuje samorząd lokalny.

Ponadto wyodrębnić można obszar komercyjnych usług świadczonych poza sferą ingerencji władz publicznych. Wynika z tego, że w Polsce występuje **model hybrydowy** łączący elementy wszystkich modeli finansowania opieki długoterminowej.

Dominują generalnie dwie koncepcje usystematyzowania opieki długoterminowej w Polsce, z której jedna odpowiada rozwiązaniom modelu ubezpieczeniowego (wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego), a druga modelu zaopatrzeniowego (wyodrębnienie środków na finansowanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych z podatków ogólnych).

Wydaje się, że obecnie znacznie silniejsza jest pierwsza z tych koncepcji, czyli ta zakładająca wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego*. Takie rozwiązanie ma swoje wady i zalety.

ZALETY SPOŁECZNEGO UBEZPIECZENIA PIELĘGNACYJNEGO

Należy odpowiedzieć na zasadnicze pytanie, a mianowicie, czy ingerencja państwa w system opieki długoterminowej w ogóle jest potrzebna? Można przecież założyć (tak jak ma to miejsce w modelu rezidualnym), że ludzie zachowują się racjonalnie i w związku z tym są w stanie indywidualnie zabezpieczyć sobie odpowiednie świadczenia na okres niedołącznej starości.

Powyższe założenie nie jest jednak poprawne, gdyż ludzie nie zawsze postępują racjonalnie. Racjonalność jest efektem powtarzalności procedur i uczenia się na błędach. W ten sposób ucierają się odpowiednie schematy i powstają wzory właściwego postępowania.

* Minister Zdrowia (wówczas był nim Zbigniew Religa w rządzie Jarosława Kaczyńskiego) wydał 26 marca 2006 r. Zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania założeń projektu ustawy pielęgnacyjnej (DzUrz MZ 06.06.23). Jednym z zadań tego Zespołu miało być opracowanie zasad organizacji i finansowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych.

W odniesieniu do tych decyzji, które podejmowane są rzadko czy tylko raz w życiu, brak jest możliwości wypracowania racjonalnych decyzji i zachowań. Uzasadnione jest wówczas, aby władza publiczna, dla dobra obywateli, „przymuszała” ich do określanych (ogólnie uznanych za właściwe) zachowań. Taka sytuacja ma miejsce właśnie w odniesieniu do zabezpieczenia na wypadek niesamodzielnosci funkcjonalnej.

W połowie lat 70. XX w. H. Wilensky potwierdził bardzo istotną zależność między średnim wiekiem populacji a wielkością wydatków publicznych ponoszonych na sferę socjalną (Golinowska 2000, s. 4). Państwo zwiększa swoje wydatki w miarę postępu demograficznego starzenia. Związane jest to między innymi z koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego ludzi starych, w tym usług zaspokajających ich potrzeby opiekuńcze.

Stwarza to konieczność szukania coraz to nowych źródeł finansowania wydatków społecznych, a więc podnoszenia obciążeń podatkowych lub *quasi*-podatkowych. Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne stanowi odpowiedź na tę konieczność i zapewnia niezbędne środki do budżetów publicznych.

Niewątpliwą zaletą ubezpieczenia jest to, że chroni ono przed upolitycznieniem problemu niesamodzielnosci ludzi starych. Powiązanie opieki długoterminowej z podatkami (model zaopatrzeniowy) może spowodować, że stanie się ona płaszczyzną przetargów i kłótni politycznych. W tej sytuacji poziom jej finansowania uzależniony będzie nie od faktycznych potrzeb ludzi starych, lecz od siły nacisku, jaką będą oni wywierać na decydentów politycznych.

WADY SPOŁECZNEGO UBEZPIECZENIA PIELĘGNACYJNEGO

W literaturze przedmiotu można spotkać się również z takimi argumentami, że ingerowanie państwa w strukturę i funkcje rodziny może prowadzić do wielu negatywnych reakcji. Przede wszystkim ingerencja ta narusza podmiotowość rodziny, co prowadzi do osłabienia jej funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, a nawet kryzysu. Rozwój różnych instytucji, w tym systemu zabezpieczenia społecznego, zmniejsza automatycznie znaczenie rodziny jako podstawowej mikrostruktury społecznej gwarantującej jej członkom bezpieczeństwo socjalne. Przeobrażenia powstałe w ten sposób określone zostały jako przejście od wspólnoty z dominacją struktur rodzinnych do społeczności, w których dominują struktury instytucjonalne (Kotowska 2002, s. 3).

W odniesieniu do opieki długoterminowej oznacza to stopniową jej formalizację, czyli odejście od nieformalnego wsparcia świadczonego przez rodzinę do zinstytucjonalizowanej opieki formalnej.

Według P. Buchanana główną przyczyną zmian we wzorze i modelu opieki nad osobami starszymi jest właśnie wzrost interwencjonizmu państwowego w tę sferę. Jego zdaniem *uwalniają mężów, żony i dzieci od rodzinnych obowiązków, europejscy socjaliści wyeliminowali potrzebę istnienia rodziny* (Buchanan 2005, s. 22).

Kluczowa jest tu również opinia G. Himmelfarb, która twierdzi, że *subsydiując starych i zniechęcając rodziców, zarówno biednych, jak i bogatych, zwalnia się dzieci z ich synowskich funkcji. Zaledwie kilka pokoleń wstecz uważano to za powód do wstydu, kiedy stary człowiek popadał w zależność od opieki spo-*

lecznej – powód do wstydu dla rodziców i dzieci. Dla współczesnych rodziców wstydem jest mieć jakiegokolwiek zobowiązania wobec dzieci, a dzieci (...) czują się zwolnione z zobowiązań moralnych wobec rodziców (...). Wcześniej rodzinę wspomagało państwo, organizacje charytatywne lub tzw. samoubezpieczające się grupy przyjaciół, ale tylko w przypadkach, gdy pomoc wymagała środków wykraczających poza możliwości finansowe rodziny. Pełni najlepszych zamiarów postanowiliśmy zalegalizować, uregulować, rozszerzyć tę pomoc. Wspomaganie, przemianowane na opiekę społeczną, stało się naszym prawem, które możemy egzekwować od państwa. Mimowolnym efektem tej polityki było podkopanie fundamentów rodziny przez zwolnienie rodziców i dzieci z ich tradycyjnych obowiązków (Himmelfarb 2007, s. 70–71).

Według F. Fukuyamy państwo opiekuńcze, ingerując w rodzinę, przejmuje rolę ojca. Można to sparafrazować stwierdzeniem, że państwo opiekuńcze ingerując w rodzinę przejmuje również rolę córki opiekującej się zniedołężniałym ojcem.

Państwo opiekuńcze, reagując na konsekwencje procesu demograficznego starzenia, powoduje paradoksalnie dalsze jego wzmaganie. Rozszerzenie ubezpieczeń społecznych o ryzyko niesamodzielności funkcjonalnej może spowodować, że rodzenie i wychowywanie dzieci przestanie być inwestycją przynoszącą rodzicom korzyści w okresie starości. Efektem tego będzie dalszy spadek poziom dzietności, a w efekcie wzmożone starzenie „od dołu piramidy wieku ludności” i nawarstwianie się kolejnych problemów dla polityki społecznej.

Wzrost udziału potencjalnych osób niesamodzielnych oznacza, przy stałym poziomie świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, presję na ciągłe zwiększanie składek, którymi obciążane są młode pokolenia. Taka sytuacja może doprowadzić do osłabienia lub nawet załamania systemu zabezpieczenia społecznego opartego na zasadzie solidarności międzypokoleniowej (repartycyjnej).

Konflikt interesów między poszczególnymi pokoleniami może przybrać formę istniejącej „wojny pokoleń”. Zdaniem L. Thurowa w *nadchodzących latach prawdopodobnie zmieni się definicja walki klasowej, która nie będzie odtąd oznaczała walki biednych z bogatymi, lecz młodych ze starymi* (Thurow 2003, s. 94).

Rozwój ubezpieczeń społecznych rodzi także szereg negatywnych konsekwencji natury ekonomicznej. Zdaniem L. Balcerowicza podnosi to fiskalizm i ogranicza wzrost gospodarczy. Próbę wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Polsce nazwał on „chęcią zarznięcia gospodarki” (Balcerowicz 2007, s. 23). Opinia ta wynika z przekonania, że wprowadzanie nowych składek na ubezpieczenie społeczne (czyli *quasi*-podatków) podnosi zapłacone koszty pracy. Wysokie koszty pracy to wysokie koszty produkcji, a w efekcie wysokie ceny wytwarzanych towarów i usług, które nie są konkurencyjne na globalnym rynku.

Brak konkurencyjności cenowej można niwelować wysoką jakością i stosowaniem nowatorskich rozwiązań. Zwiększanie wydatków na zaspokajanie potrzeb ludzi starych może jednak spowodować deficyt środków na edukację, badania i rozwój, co w długim okresie osłabia innowacyjność przedsiębiorstw oraz hamuje wzrost wydajności pracy.

Efektami negatywnych zjawisk w sferze ekonomiczno-gospodarczej kraju może być fala emigracji zarobkowej młodych ludzi, którzy są naturalnymi opiekunami swoich niesamodzielnych członków rodziny. Pozostawienie tychże bez wsparcia młodego pokolenia diametralnie zwiększa zapotrzebowanie na formalne świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne.

Spoleczne ubezpieczenie pielęgnacyjne wymaga utworzenia nowego, z pewnością rozbudowanego aparatu administracyjnego (fundusz dysponujący środkami finansowymi, nowe zasady orzecznictwa). Implikuje to określone, z pewnością nie małe, koszty funkcjonowania systemu (kadry, wydatki rzeczowe). Idea ustanowienia tego ubezpieczenia może więc spotkać się z zarzutem zbędnego mnożenia biurokracji i nieefektywnego wykorzystania środków publicznych.

Niewątpliwie jedną z podstawowych wad społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest zjawisko pokusy nadużyć (*moral hazard*). Polega ono na tym, że podmiot ubezpieczony (osoba niesamodzielna) nabywa usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne w znacznie większej skali, niż gdyby nie był ubezpieczony. Takie zachowanie prowadzi do nieuzasadnionej nadkonsumpcji świadczeń, a w efekcie do nieracjonalnego wykorzystania zasobów i spadku dobrobytu.

W obszarze opieki długoterminowej skala występowania zjawiska *moral hazard* wydaje się być znacznie większa niż w przypadku innych zabezpieczonych ryzyk. Subsydowanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych może prowadzić do znacznego wzrostu ich konsumpcji. Spowodowane jest to z jednej strony wypełnianiem luki wcześniej niezaspokajanych potrzeb opiekuńczych (pod wpływem obniżenia ceny opieki długoterminowej staje się bardziej dostępna kosztowo), z drugiej zaś zamianą opieki dostarczanej przez rodzinę lub znajomych na opiekę formalną (pod wpływem obniżenia ceny opieki formalnej staje się bardziej korzystna niż opieka nieformalna) (Scanlon 1992, s. 49).

ZAKOŃCZENIE

Skala współczesnych przeobrażeń demograficznych i społecznych spowodowała, że niedogodności podeszłego wieku przestały być traktowane jako problem osobisty, lecz stały się kwestią społeczną. Niesamodzielność funkcjonalna osób starych i związana z nią potrzeba opieki długoterminowej stanowią w chwili obecnej bodaj najbardziej aktualne wyzwanie dla polityki społecznej. Podjęcie działań w tym obszarze wymaga jednak wcześniejszej analizy zarówno ich pozytywnych, jak i negatywnych konsekwencji.

Wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Polsce, czyli orientacja w stronę ubezpieczeniowego modelu finansowania opieki długoterminowej, jest bez wątpienia niezbędną koniecznością, która powinna zostać zrealizowana w najbliższych latach. Zabieg ten zapewni zaspokajanie potrzeb opiekuńczych gwałtownie rosnącej rzeszy niesamodzielnych starców. Wprowadzi także przejrzystość modelową i ujednotli zasady finansowania świadczeń w obszarze pomocy społecznej i opieki medycznej.

Nie należy jednak pozostać obojętnym wobec wad takiego rozwiązania. Wysokie koszty funkcjonowa-

nia systemu, pokusa nadużyć, naruszenie podmiotowości rodziny, konflikty międzypokoleniowe, ograniczenia ekonomiczno-gospodarcze to z pewnością nie wszystkie negatywne konsekwencje, które mogą być efektem rozszerzenia ubezpieczeń społecznych o ryzyko niesamodzielności funkcjonalnej.

W związku z powyższym wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego należy traktować jako wybór mniejszego zła. Nie jest to z pewnością rozwiązaniem doskonałym, jednak w porównaniu z alternatywnymi opcjami wydaje się być rozwiązaniem najlepszym.

LITERATURA

- Balcerowicz L. (2007), *Jedziemy szybko, nie należy dociskać pedału gazu*, „Gazeta Wyborcza” z 4 września.
- Błądowski P. (2008), *Ubezpieczenie społeczne i pielęgnacyjne wobec procesu starzenia się społeczeństwa*, w: *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Red. A. Karpiński, A. Rajkiewicz, Warszawa: Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN.
- Buchanan P. J. (2005), *Śmierć Zachodu*, Wrocław: Wekatory.
- Fathaj M. (2002), *Cultural Change In Long-Term Care Facilities: Changing Facilities or Changing the System*, w: *Cultural Change in Long-Term Care*, Red. A. S. Weiner, J. L. Ronch, New York: HAWORTH PRESS.
- Getzen T.E. (2000), *Ekonomia zdrowia*, Warszawa: PWN.
- Golinowska S. (2000), *Inna rola państwa także w sferze społecznej*, „Polityka Społeczna” nr 9.
- Golinowska S. (2006), *Przedmowa*, w: *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Red. K. Szczubińska, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Himmelfarb G. (2007), *Jeden naród, dwie kultury*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Kotowska I.E. *Zmiany modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna” nr 4.
- OECD (2005), *Long-Term Care for Older People*, Paris.
- Scanlon W.J. (1992), *Possible Reforms for Financing Long-Term Care*, „The Journal of Economic Perspectives” nr 6 (3).
- Thurow L.C. (2003), *Płyta trzecia: demografia – wzrost liczby ludności, mobilności, starzenie się*, w: *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*. Red. L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Więckowska B. (2008), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Warszawa: SGH.



SUMMARY

Nowadays demographic and social changes cause, that ensuring long-term care services to dependent elderly is important and urgent challenge for social policy. In Poland dominant conception how to solve this problem is enforcement social long-term care insurance. This solution, although seems to be necessary, above many advantages, has also many disadvantages.