

Ewolucja społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech

Blisko 30-letni okres funkcjonowania w Niemczech obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego pozwala na ocenę wprowadzanych zmian w jego funkcjonowaniu i ich znaczenia dla świadczeniobiorców. Ustawy wzmacniające instytucję ubezpieczenia pielęgnacyjnego służą nie tylko rozszerzaniu zakresu przedmiotowego świadczeń i podnoszeniu ich wartości, ale również zmianie sposobu orzekania o niesamodzielności. To jedna z najważniejszych zmian w tym ubezpieczeniu. Nowe stopnie niesamodzielności eksponują m.in. potrzeby osób dotkniętych demencją oraz ich opiekunów. Ogółem ze świadczeń pielęgnacyjnych korzysta w Niemczech 3,1 mln osób. Wartość świadczeń osiągnęła w 2016 r. 29 mld euro. Podstawowa składka wynosi 2,5 proc. podstawy wymiaru.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, ubezpieczenie pielęgnacyjne, ubezpieczenie społeczne, Niemcy

Otrzymano: 3.06.2018

Zaakceptowano po recenzjach: 17.12.2018

Wstęp

Wzrastająca liczba i odsetek osób niesamodzielnych w Niemczech ma swoją najważniejszą przyczynę w procesie demograficznego starzenia się ludności¹. Jak pokazują dane statystyczne, w miarę przechodzenia do wyższych grup wieku zwiększa się odsetek osób o ograniczonej sprawności, które wymagają pomocy przy samoobsłudze i codziennych czynnościach w gospodarstwie domowym. Wraz z wydłużaniem się przeciętnego czasu trwania życia wydłuża się również okres niesamodzielności i zwiększa obciążenie nieformalnych opiekunów, którymi są głównie członkowie rodziny osoby niesamodzielnej. Jeśli jednak uwzględnić i to, że coraz częściej może być w rodzinie w tym samym czasie więcej niż jedna wymagająca wsparcia osoba, możliwości włączenia rodziny do sprawowania opieki są coraz bardziej ograniczone. Zrozumiałe staje się w związku z tym oczekiwanie, iż część zadań związanych ze sprawowaniem opieki zostanie przejęta przez opiekunów formalnych lub instytucje. Organizacja opieki długoterminowej i pomocy osobom niesamodzielnym zaliczana jest w Niemczech – obok kształtowania sprzyjających zachowaniu samodzielności warunków mieszkaniowych i wspierania aktywności osób starszych w wolontariacie – do najważniejszych obszarów polityki senioralnej².

Dodatkowo należy uwzględnić, że zapewnienie właściwej opieki nad osobą niesamodzielną wymaga coraz większych nakładów finansowych. Zwykle przekraczają one możliwości gospodarstwa domowego. Stąd poszukiwanie rozwiązań pozwalających na rozłożenie kosztów opieki na całe społeczeństwo zgodnie z zasadą solidarności społecznej. Jedną z dróg rozwiązania tego problemu jest społeczne, a więc obowiązkowe, ubezpieczenie pielęgnacyjne. W Niemczech zostało ono wprowadzone w 1995 r.³ U jego podstaw leżała właśnie zasada solidarności społecznej. Uznano bowiem, że niesamodzielność (w języku niemieckim mówi się o zapotrzebowaniu na pielęgnację – *Pflegebedürftigkeit*) jest ryzykiem, którego skutki powinny zostać rozłożone równomiernie na całe społeczeństwo⁴. Istnieją jeszcze dwa inne powody sprzyjające decyzji o ustanowieniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Przede wszystkim wydatki na pielęgnację stanowiły z roku na rok coraz większą część budżetu społecznego ubezpieczenia chorobowego. Budziło to niepokój ekonomistów i polityków społecznych, bowiem fundusze te powinny być wydawane na leczenie – przywracanie do zdrowia – a nie na opiekę długoterminową. Ponadto już wówczas spodziewano się bardzo szybkiego przyrostu wydatków na świadczenia pielęgnacyjne, który byłby niemożliwy do sfinansowania w ramach ubezpieczenia chorobowego. Wysoki koszt opieki nad osobami niesamodzielnymi ponoszony przez gospodarstwa domowe prowadził do lawinowego wzrostu wydatków na finansowanie

1 Tylko w latach 2002–2017 liczba osób korzystających ze świadczeń ubezpieczenia pielęgnacyjnego zwiększyła się o 1 215 tys., czyli niemal o 2/3, a ryzyko niesamodzielności wśród osób w wieku 80 i więcej lat osiągnęło wartość 0,317.

2 K.P. Wallraven, C. Gennerich, *Seniorenpolitik aus der Akteursperspektive. Eine empirische Untersuchung von Abgeordneten und Verwaltungsangehörigen*, Darmstadt 2002, s. 56 i nast.

3 Ustawa z dn. 26 maja 1994 wprowadzająca XI Księgę Kodeksu Socjalnego, BGBl I, Nr. 30, s. 1014.

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

w większości przez gminy świadczenia pomocy społecznej. Samorząd terytorialny stał się w związku z tym jednym z najważniejszych i najbardziej aktywnych interesariuszy nowego rozwiązania, liczył bowiem na odciążenie swojego budżetu.

Wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech zostało poprzedzone trwającą 20 lat debatą publiczną na temat celów, zasad i sposobów organizacji, udzielania i finansowania świadczeń pielęgnacyjnych. Można zatem przyjąć, że kiedy Bundestag uchwalał XI Księgę Kodeksu Socjalnego (SGB XI) poświęconą ubezpieczeniu pielęgnacyjnemu, społeczeństwo Niemiec było świadome celów takiego rozwiązania oraz faktu, iż zadaniem nowego ubezpieczenia społecznego nie jest zastąpienie rodziny w sprawowaniu opieki, ale pomoc w możliwie najlepszym wypełnianiu jej funkcji socjalnej i opiekuńczej.

Organizacja tego ubezpieczenia i jego prawne aspekty są przedmiotem kilku publikacji wydanych w Polsce⁵. Ich autorzy zwracają uwagę na kompleksowy sposób budowy tamtejszego systemu zabezpieczenia społecznego. SGB XI zamyka obecnie listę ryzyk socjalnych objętych tym systemem⁶. Zabezpieczenie społeczne w odniesieniu do osób o ograniczonej samodzielności nakierowane jest na dwa najważniejsze aspekty ich życia, a mianowicie zdrowotny i społeczny. Ten drugi dotyczy nie tylko spraw związanych z czynnościami dnia codziennego⁷, ale również aktywności społecznej i uczestnictwa w życiu lokalnego środowiska. Aspekt medyczny jest ograniczony do czynności ściśle związanych z pielęgnacją osoby niesamodzielnej. Zadania wynikające z leczenia i profilaktyki nadal pozostają w zakresie ustawowego ubezpieczenia chorobowego.

Reformy ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech od roku 2012

Począwszy od roku 2015 Bundestag zaczął wprowadzać bardzo istotne zmiany w strukturze ustawowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Jednak już wcześniej, w czerwcu 2012 r., została uchwalona ustawa o zmianie kierunku ubezpieczenia pielęgnacyjnego (Pflegeneuaustrichtungsgesetz, PNG)⁸. W całości zaczęła obowiązywać 1 stycznia 2013 r. Zgodnie z tym aktem rozszerzono zakres podmiotowy tego ubezpieczenia o osoby dotknięte demencją, trwałą chorobą psychiczną lub zaburzeniami umysłowymi, które mają istotnie ograniczoną możliwość samodzielnego codziennego życia. Tym, których z tych przyczyn zakwalifikowano do tak zwanego stopnia 0 zapotrzebowania na pielęgnację, przysługiwało świadczenie w wysokości 120 euro w razie sprawowania opieki przez rodzinę lub 225 euro w przypadku korzystania z opieki formalnej. Osobom niesamodzielnym z demencją, zaliczonym

⁵ Zob. np. A. Przybyłowicz, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Warszawa 2017.

⁶ Zob. np. H. Rothgang, *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*, Münster 2009.

⁷ Zgodnie z § 14 ust. 4 XI Księgi Kodeksu Socjalnego do czynności dnia codziennego zalicza się higienę osobistą, spożywanie posiłków, przemieszczanie się i prowadzenie gospodarstwa domowego.

⁸ Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) vom 23. Oktober 2012, BGBl I, Nr. 51, s. 2246.

do ówczesnych stopni I–III, przyznano dodatkowe świadczenie z tytułu konieczności sprawowania szczególnej opieki z powodu tej choroby.

Ponadto ustawa wprowadziła możliwość finansowego wsparcia w tworzeniu mieszkań chronionych dla osób dotkniętych demencją. Katalog świadczeń z tego tytułu przewidywał dotacje w wysokości 2500 euro dla każdego, kto miałby zamieszkać w czteroosobowych wspólnotach, zasiłek na sfinansowanie wsparcia dla takiej grupy oraz sięgające 16 tys. euro środki na dostosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb i możliwości jej członków. Inną ważną zmianą potwierdzającą podmiotowość osoby niesamodzielnej i jej opiekunów było wprowadzenie zasady, zgodnie z którą w przypadku mniej skomplikowanych świadczeń (np. pomocy w porannej toalecie, przygotowaniu śniadania, ubraniu osoby niesamodzielnej) pora ich udzielania zostałaby dostosowana do potrzeb świadczeniobiorców.

Ustawa z 2012 r. wprowadziła jedną istotną zmianę jakościową, która stała się przesłanką do kolejnych reform. Polegała ona na rozszerzeniu zakresu świadczeniobiorców uprawnionych do różnych form wsparcia z tytułu niesamodzielności o osoby z demencją. Stanowią one pokaźną populację w każdym społeczeństwie, w którym jest zaawansowany proces demograficznego starzenia się ludności. Zwiększenie zakresu osób uprawnionych wpłynęło na dostępność świadczeń, poprawiając jakość życia ludzi dotkniętych demencją i ich rodzin, ale równocześnie zwiększyło wydatki kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Kolejnym krokiem na drodze ewolucyjnych transformacji ubezpieczenia pielęgnacyjnego była piąta ustawa o zmianie XI Księgi Kodeksu Socjalnego (Pflegerstärkungsgesetz I, PSG I)⁹. Pierwsza ustawa wzmacniająca świadczenia pielęgnacyjne, bo taki tytuł ma ten dokument, wprowadziła przede wszystkim podwyżkę świadczeń zarówno przewidzianych w ramach opieki środowiskowej udzielanej siłami rodziny i przez grupy nieformalne, jak i przeznaczanych na pielęgnację zapewnianą przez opiekunów zatrudnionych w stacjach socjalnych oraz na sfinansowanie świadczeń w ramach opieki stacjonarnej. Nowe zdefiniowanie stopni zapotrzebowania na pielęgnację polegało na uwzględnieniu w każdym z nich dodatkowych potrzeb wynikających z zaburzeń psychicznych, umysłowych albo demencji, niezależnie od niesamodzielności o charakterze fizycznym. Stawki za świadczenia pielęgnacyjne w instytucjach zostały podniesione do wysokości od 1064 euro dla mieszkańców placówek, którzy zostali zakwalifikowani do I stopnia, oraz do 1995 euro miesięcznie dla osób należących do III stopnia zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne¹⁰.

Inne zmiany wprowadzone przez PSG I mają charakter nie tylko finansowy. W przypadku konieczności zastąpienia osoby stale sprawującej opiekę został wydłużony z 4 do 6 tygodni w roku okres, w którym koszty takiej zastępczej opieki przejmuje kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego. O około 5 proc. wzrosła wysokość takiego świadczenia. Ponadto została stworzona możliwość zapewnienia ograniczonej do 4 tygodni opieki dziennej lub nocnej w przypadku niezdolności do niej osoby zazwyczaj sprawującej opiekę.

⁹ Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegerstärkungsgesetz, PSG I) vom 17. Oktober 2015, BGBl I, Nr. 61, s. 2222.

¹⁰ Należy podkreślić, że kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego finansuje koszty świadczeń pielęgnacyjnych udzielanych w domu opieki. Koszt pobytu (zakwaterowanie, wyżywienie) jest ponoszony przez mieszkańca lub jego rodzinę, a w dalszej kolejności – przez pomoc społeczną.

O osoby dotknięte demencją, zaburzeniami umysłowymi albo psychicznymi został rozszerzony zakres podmiotowy krótkookresowej (nie przekraczającej 4 tygodni) opieki instytucjonalnej zamiast środowiskowej.

Wprowadzone zmiany miały na celu przede wszystkim poprawę sytuacji opiekunów rodzinnych. Sprzyjać temu miało z jednej strony podniesienie wysokości świadczeń finansowych, a zwłaszcza zasiłku pielęgnacyjnego, a z drugiej – ułatwienie korzystania ze wsparcia udzielanego przez placówki instytucjonalne. Zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami pozostająca w domu osoba niesamodzielna może w ciągu roku spędzić 8 tygodni (a w pewnych przypadkach nawet do 10) w placówce zakładowej na koszt kasy ubezpieczeniowej. Pomaga to nie tylko w godzeniu opieki z pracą czy innymi obowiązkami rodzinnymi, ale również zapobiega wypaleniu opiekunów. W rezultacie zmniejsza się presja na umieszczenie podopiecznego w instytucji, co z zasady jest rozwiązaniem droższym i nie zawsze lepszym niż opieka domowa.

Uchwalona 13 listopada 2015 r. i obowiązująca od 1 stycznia 2017 r. druga ustawa wzmacniająca świadczenia pielęgnacyjne (*Pflegestärkungsgesetz II, PSG II*)¹¹ wprowadziła najbardziej istotną modyfikację ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech od chwili jego ustanowienia w 1995 r. Zmiana ta polega na odmiennym niż wcześniejszy sposobie ustalania uprawnień do świadczeń z tytułu tego ubezpieczenia. Zgodnie z uprzednio obowiązującą zasadą prawo do świadczeń przysługiwało z tytułu zapotrzebowania na wsparcie, a samo zapotrzebowanie wynikało z niesprawności fizycznej organizmu. Obecnie podstawą orzeczenia o udzieleniu wsparcia i świadczeń pielęgnacyjnych stała się ocena poziomu zachowanej samodzielności. Ma to fundamentalne znaczenie dla całej filozofii ubezpieczenia pielęgnacyjnego i zasad udzielania świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych finansowanych z tego zobowiązania.

W związku z takim podejściem zmianie uległ system orzekania o stopniu niesamodzielności¹². Służby medyczne ubezpieczenia chorobowego (MDK), które prowadzą orzecznictwo dla ustawowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, jak i MEDICPROOF na potrzeby prywatnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego stosują obecnie sześć kryteriów oceny stopnia zapotrzebowania na wsparcie. Należą do nich:

- mobilność (10 proc.),
- zdolności poznawcze i komunikacyjne (7,5 proc.),
- zachowanie i problemy psychiczne (7,5 proc.),
- samozaopatrzenie – dokonywanie zakupów, prowadzenie gospodarstwa domowego (40 proc.),
- możliwości uporania się z wyzwaniami wynikającymi z choroby, niesprawności lub odbywanej terapii (20 proc.),
- organizacja życia codziennego i kontaktów społecznych (15 proc.).

11 *Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz, PSG II)* vom 21. Dezember 2015, BGBl I, Nr. 54, s. 2424.

12 Od wejścia w życie reformy termin *Pflegestufe* (stopień zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne) został zastąpiony terminem *Pflegegrad*. Zarówno słowa *Grad*, jak i *Stufe* oznaczają w języku polskim stopień, ale mają nieco inne znaczenie. *Pflegegrad* brzmi nieco bardziej dynamicznie i bardziej odpowiada nowemu podejściu do orzekania o niesamodzielności.

Każdemu z wymienionych kryteriów przypisana została waga, zgodnie z którą stanowią część całościowej oceny. Jak wskazują liczby podane w nawiasach, największe znaczenie przypisuje się samozaopatrzeniu, a więc elementowi decydującemu w istocie o zachowaniu samodzielności. Na podkreślenie zasługuje wysoka ranga, jaką przywiązuje się w niemieckim systemie orzecznictwa do zdolności do samodzielnego organizowania sobie życia oraz zaspokajania potrzeb niematerialnych, w tym utrzymywania kontaktów społecznych. Świadczenia opiekuńcze w Polsce obejmują pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, ale nie biorą pod uwagę tak ważnego dla jakości życia osoby niesamodzielnej obszaru, jakim jest podtrzymanie kontaktów środowiskowych.

Konsekwencją zmiany przesłanek orzekania o niesamodzielności stało się wprowadzenie nowych zasad kwalifikacji do poszczególnych stopni zapotrzebowania na pielęgnację. W miejsce 3 wcześniej stosowanych stopni (*Pflegestufe*) uzupełnionych zróżnicowaniem wynikającym ze specjalnych potrzeb osób z demencją i najbardziej poważnych przypadków wprowadzono 5 nowych stopni (*Pflegegrad*). Osoby niesamodzielne, które w chwili wejścia w życie nowej metody oceny miały przyznane prawo do świadczeń, zostały automatycznie przeniesione do nowej struktury. Ustawowo zagwarantowano im, że świadczenia w nowym systemie nie będą niższe niż te otrzymywane dotychczas. Tabela 1 pokazuje istotę wprowadzonych zmian.

Tabela 1. Podstawowe informacje o zasadach kwalifikacji do nowych stopni zapotrzebowania na pielęgnację zgodnie z PSG II

Dawny stopień (<i>Pflegestufe</i>)	Nowy stopień (<i>Pflegegrad</i>)		
	numer	liczba punktów wymagana do zakwalifikowania do nowego stopnia	charakterystyka stopnia zapotrzebowania na pielęgnację
Dotychczas nie stosowano	I	12,5–poniżej 27	Niewielkie ograniczenie samodzielności
0; I	II	27–poniżej 47,5	Znaczne ograniczenie samodzielności
I ze szczególnymi potrzebami; II	III	47,5–poniżej 70	Ciężkie ograniczenie samodzielności
II ze szczególnymi potrzebami; III	IV	70–poniżej 90	Najcięższe ograniczenie samodzielności
III ze szczególnymi potrzebami; III najbardziej poważne przypadki	V	90 do 100	Najcięższe ograniczenie samodzielności powodujące specjalne wymagania w stosunku do służb pielęgnacyjnych

Uwaga: szczególne potrzeby, o których była mowa przy wcześniej obowiązujących stopniach niesamodzielności, związane były w przeważającej liczbie przypadków ze współwystępowaniem demencji lub zaburzeń umysłowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji na stronach internetowych: www.pflege.de; www.pflegestaerkungsgesetz.de; www.aok.de (18.04.2018)

Nowym stopniom niesamodzielności zostały przyporządkowane nowe wysokości świadczeń. Świadczenia wzrosły, ale zarazem zostały nieco bardziej zróżnicowane niż dawniej. Przegląd wysokości aktualnych świadczeń zawiera tabela 2. Najważniejszą zmianą w tym zakresie jest wprowadzenie świadczeń pieniężnych dla osób zakwalifikowanych do pierwszego, najniższego stopnia niesamodzielności. W mojej opinii to bardzo ważna i rozsądna decyzja, bowiem zmniejsza ryzyko pogłębienia niesamodzielności w przypadku osób, które odczuwają duże trudności w jednym rodzaju aktywności, na przykład w dokonywaniu zakupów. Umożliwienie tym osobom opłacenia pomocy w tym zakresie z przysługującego im zasiłku pielęgnacyjnego istotnie poprawia ich sytuację i ogranicza ryzyko niesamodzielności.

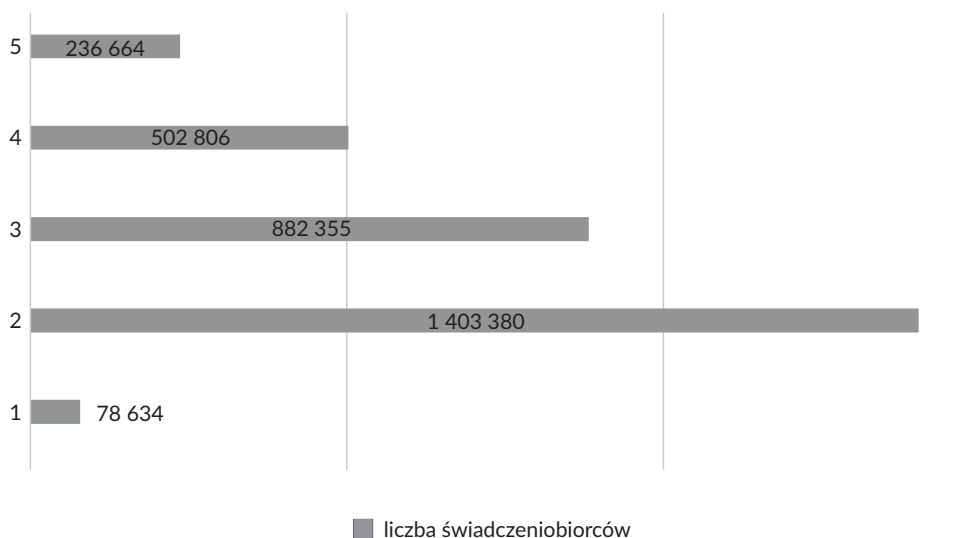
Tabela 2. Świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech po wejściu w życie PSG II (w euro miesięcznie)

Świadczenie	Stopnie zapotrzebowania na pielęgnację				
	I	II	III	IV	V
Zasiłek pielęgnacyjny	-	316	545	728	901
Zasiłek na sfinansowanie opieki formalnej w domu lub opieki półstacjonarnej	-	689	1298	1612	1995
Kwota na odciążenie osoby niesamodzielnej od wykonywania codziennych czynności	125	125	125	125	125
Świadczenie na sfinansowanie opieki stacjonarnej	125	770	1262	1775	2005

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji na stronach internetowych: www.pflege.de; www.pflegestaerkungsgesetz.de; www.aok.de (18.04.2018)

Przyporządkowanie wszystkich zarejestrowanych osób niesamodzielnych do poszczególnych stopni zapotrzebowania na pielęgnację pozwoliło ustalić, że 45,2 proc. tej populacji przypisanych zostało do II stopnia niesamodzielności (wykres 1). Pośrednio wskazuje to na znaczenie i potrzebę prowadzenia rehabilitacji i fizjoterapii w niesamodzielności, bowiem przesunięcie tych osób do wyższych stopni niesamodzielności wiązałoby się z nieuniknionym, znacznym wzrostem wydatków. Na podkreślenie zasługuje także to, że ponad 23 proc. świadczeniobiorców zaliczonych zostało do dwóch najwyższych stopni. Należy liczyć się z tym, że w przyszłości – w miarę wydłużania się przeciętnego trwania życia – odsetek osób najmniej samodzielnych będzie się zwiększał.

Wykres 1. Liczba osób zakwalifikowanych do poszczególnych stopni zapotrzebowania na pielęgnację w Niemczech po wprowadzeniu PSG II. Stan na 30.06.2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Bundesministerium für Gesundheit

Wśród innych zmian wprowadzonych przez PSG II warto zwrócić uwagę na m.in. przysługujące każdemu świadczeniobiorcy 40 euro miesięcznie na takie środki jak podkłady do łóżka, rękawiczki jednorazowe itp.; rozbudowę opieki dziennej i nocnej; wydłużenie do 8 tygodni w skali roku możliwości korzystania z placówek instytucjonalnych w przypadku przejściowego braku możliwości sprawowania opieki w domu czy uproszczenie formalności (np. rezygnacja z wniosków o sfinansowanie przez kasę ubezpieczeniową zakupu wózka inwalidzkiego lub innych urządzeń ułatwiających poruszanie się, o ile w dokumentacji znajduje się zalecenie korzystania z takich urządzeń). Opiekunom rodzinnym przysługuje prawo do dodatkowych 10 dni urlopu na sprawowanie opieki. Urlop jest finansowany przez kasę ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Osoba sprawująca opiekę ma prawo do korzystania przez okres do 2 lat ze skróconego czasu pracy z tytułu sprawowania opieki nad niesamodzielnym członkiem rodziny. Ze środków ubezpieczenia pielęgnacyjnego opłacana jest składka na ubezpieczenie emerytalne opiekunów, którzy z powodu świadczenia pomocy niesamodzielnemu członkowi rodziny przerwali pracę zawodową¹³. Niektórym z nich przysługuje również dopłata do składki na ubezpieczenie od bezrobocia.

Tak znaczne podniesienie wysokości dotychczasowych świadczeń i wprowadzenie nowych musiało spowodować wzrost wysokości składki ubezpieczeniowej. Od 1 stycznia 2017 r. wzrosła ona o 0,2 punktu procentowego i wynosi 2,5 proc. wynagrodzenia brutto. Osoby w wieku 23 lat i więcej, które nie mają dzieci, opłacają składkę w wysokości

¹³ H.J. Reinhard, *Long-Term Care in Germany* [w:] *Long-Term Care in Europe. A Juridical Approach*, ed. U. Becker, H.J. Reinhard, Springer 2018, s. 150.

2,8 proc. Podniesienie składki przyniosło w 2017 r. wpływy do kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego większe o około 2,5 mld euro.

Trzecia ustawa wzmacniająca świadczenia pielęgnacyjne (Pflegestärkungsgesetz III, PSG III)¹⁴ została uchwalona 28 czerwca 2016 r. i weszła w życie równocześnie z PSG II. Jej najważniejszym celem było wzmocnienie gmin w organizacji doradztwa dla osób niesamodzielnych i ich rodzin. Przeniesienie poradnictwa z poziomu krajowego (mam na myśli landy) na szczebel lokalny ułatwia lepsze zaspokojenie potrzeb w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych, koordynację działań konkretnych usługodawców i zapewnienie równego dostępu do świadczeń na terenie poszczególnych powiatów i gmin. W celu wypracowania najlepszych form doradztwa dla osób niesamodzielnych i ich rodzin od początku 2017 r. uruchomiono 60 modelowych rozwiązań dotyczących współpracy ze świadczeniobiorcami i koordynacji działań usługodawców. Najlepsze z nich zostaną wcielone w życie na terenie całej federacji. W gminach powstaną punkty wsparcia dla osób niesamodzielnych. Wsparcie obejmuje konsultacje oraz informacje i asystę w uzyskaniu świadczeń. Działalność tych punktów jest finansowana w różnych częściach przez gminy lub powiaty, kasy ubezpieczenia pielęgnacyjnego i chorobowego. Ponadto gminy są zobowiązane do udziału w organizacji wsparcia dla osób o najmniej ograniczonej samodzielności (stopień I oraz II) poprzez rozbudowę systemu usług socjalnych. PSG III wyposażyła również kasy ubezpieczeniowe w nowe instrumenty kontroli jakości działania opiekunów formalnych świadczących usługi pielęgnacyjne w domu osoby niesamodzielnej.

Rozwój ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech

§ 29 SGB XI stanowi, iż świadczenia muszą być udzielane z zachowaniem zasad rachunku ekonomicznego i wyłącznie w niezbędnym zakresie¹⁵. Ten ekonomiczny aspekt ustawowego wsparcia dla osób niesamodzielnych zyskuje systematycznie na znaczeniu, czego wyrazem są kolejne modyfikacje zasad funkcjonowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Zmiany te mają na celu lepsze dostosowanie świadczeń do faktycznych potrzeb, bardziej skuteczne wsparcie opieki ze strony rodziny oraz racjonalne wykorzystanie środków materialnych pozostających w gestii kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Istniejąca w Niemczech możliwość wyboru ustawowego lub prywatnego ubezpieczenia chorobowego została rozszerzona również na ubezpieczenia pielęgnacyjne. Te osoby, które korzystają z prywatnego ubezpieczenia chorobowego, automatycznie są objęte prywatnym ubezpieczeniem pielęgnacyjnym.

¹⁴ Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz, PSG III) vom 23. Dezember 2016, BGBl I, Nr. 65, s. 3191.

¹⁵ Więcej na ten temat zob. B. Pfau-Effinger, R. Och, M. Eichler, *Ekonomizacja, polityka opieki długoterminowej i struktura opieki nad osobami starszymi* [w:] *Niemiecka polityka społeczna. Ekonomizacja i przekraczanie barier*, red. A. Evers, R.G. Heinze, Warszawa 2010, s. 93 i nast.

Według stanu na koniec 2016 r. liczba osób objętych ustawowym ubezpieczeniem pielęgnacyjnym wyniosła 71,95 mln osób, natomiast objętych ubezpieczeniem prywatnym – 9,32 mln¹⁶. Wśród świadczeniobiorców – niezależnie od stopnia zapotrzebowania na pielęgnację – 73,6 proc. było objętych w tym czasie ubezpieczeniem ustawowym. Udział procentowy osób korzystających ze świadczeń środowiskowych i stacjonarnych w obu systemach był zbliżony do odsetka pobierających świadczenia ogółem.

Tabela 3 pokazuje strukturę osób, które korzystały ze świadczeń ustawowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego według stanu na połowę roku 2017, a więc już po wprowadzeniu nowej gradacji niesamodzielności. Jak nietrudno zauważyć, utrzymuje się tendencja do pozostawiania osób o mniejszej utracie samodzielności w ich miejscu zamieszkania. Wprowadzone w ramach PSG I oraz PSG II świadczenia ułatwiające przystosowanie mieszkań do potrzeb osób niesamodzielnych powinny sprzyjać pozostawianiu podopiecznych w domach. Do świadczeń środowiskowych zaliczone są również te o charakterze półstacjonarnym, czyli odpowiadające polskim domom dziennego pobytu.

Tabela 3. Świadczeniobiorcy ustawowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego według formy świadczeń i stopnia niesamodzielności (w proc.)

Stopień zapotrzebowania na pielęgnację	Rodzaj świadczeń		Ogółem
	środowiskowe	stacjonarne	
I	3,2	0,4	2,5
II	52,0	24,7	45,2
III	28,0	29,8	28,4
IV	12,1	28,6	16,2
V	4,7	16,5	7,6
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Źródło: dane Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3218> (15.03.2018)

Relatywnie wysoki udział osób o stosunkowo niewielkim stopniu zapotrzebowania na pielęgnację (stopnie 0, I i II) wśród korzystających z opieki stacjonarnej wynika głównie z objęcia opieką zakładową osób z demencją oraz zaburzeniami psychicznymi. Ich zapotrzebowanie na pielęgnację w tradycyjnej formie jest często niewielkie. Warto podkreślić, że z myślą o tej grupie zostały rozbudowane świadczenia polegające na opiece nocnej lub dziennej w przypadku braku możliwości sprawowania jej przez członków rodziny przez całą dobę, o ile jest to konieczne.

¹⁶ Dane liczbowe w tej części artykułu pochodzą z dwóch źródeł: *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2017 oraz ze strony internetowej Federalnego Ministerstwa Zdrowia, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3218> (15.03.2018).

W tabeli 4 zebrano dane dotyczące wpływów i wydatków kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Jak można dostrzec, od dziesięciu lat kasy osiągają dodatni wynik finansowy mimo znacznego wzrostu wydatków (aż o 78,6 proc.). Jest to przede wszystkim efekt zachowywanej dyscypliny finansowej i stopniowego podnoszenia składki ubezpieczeniowej, co wydaje się nieuniknione. Wniosek dla Polski, jaki się nasuwa przy tej okazji, to konieczność przyjęcia od samego początku założenia, iż niezależnie od źródła finansowania świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych wydatki będą musiały systematycznie wzrastać. Wynika to nie tylko z procesów demograficznych, ale i z konieczności inwestowania w infrastrukturę opieki, profesjonalizację świadczeń oraz podnoszenie jakości świadczeń w następstwie coraz lepszego przygotowania zawodowego opiekunów.

Tabela 4. Wpływy i wydatki kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego w latach 2002–2016 (w mld euro)

Rok	Wpływy łącznie	Wydatki łącznie	W tym:		Saldo
			na świadczenia środowiskowe	na świadczenia stacjonarne	
2002	16,98	17,36	8,3	8,2	-0,38
2003	16,86	17,56	8,2	8,4	-0,69
2004	16,87	17,70	8,2	8,6	-0,82
2005	17,49	17,88	8,2	8,7	-0,36
2006	18,49	18,03	8,2	8,9	0,45
2007	18,02	18,34	8,4	9,1	-0,32
2008	19,78	19,14	8,9	9,3	0,62
2009	21,31	20,33	9,6	9,8	0,99
2010	21,78	21,45	10,2	10,3	0,34
2011	22,24	21,93	10,4	10,5	0,31
2012	23,04	22,94	11,1	10,8	0,10
2013	24,96	24,33	12,3	10,9	0,63
2014	25,91	25,45	13,1	11,2	0,46
2015	30,69	29,01	14,6	12,1	1,68
2016	32,03	31,00	16,5	12,4	1,03

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Bundesministerium für Gesundheit, www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3218 (15.03.2018)

Wydatki na świadczenia służą w największej części sfinansowaniu zasiłku pielęgnacyjnego albo usług opiekunów formalnych w ramach pomocy środowiskowej lub stacjonarnej i półstacjonarnej. Wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego wpłynęło w decydującym stopniu na rozwój placówek opiekuńczych i służb społecznych w nich

zatrudnionych. Wystarczy powiedzieć, że w placówkach świadczących opiekę środowiskową oraz stacjonarną zatrudnionych było w 2015 r. łącznie aż 1 085 758 osób. Ponad połowa z nich, przede wszystkim w opiece środowiskowej, była zatrudniona na części etatu. Fakt, iż milion osób znalazł zatrudnienie w sektorze opieki, świadczy o niezwykłym potencjale tej sfery. Pracownicy byli zatrudnieni w 2015 r. w ponad 13,2 tys. placówek udzielających świadczeń środowiskowych oraz w 13,6 tys. domów opieki lub równoważnych instytucji. W ośrodkach stacjonarnych miejsce znalazło ponad 776 tys. mieszkańców. Przynajmniej te liczby, by unaocznić ogromną różnicę dzielącą Polskę i Niemcy pod względem organizacji opieki długoterminowej. Bez wprowadzenia w życie rozwiązań systemowych będziemy skazani na przysłowiowe „łatanie dziur” i doraźne działania, które trudno byłoby określić mianem polityki w tym obszarze.

Podsumowanie

Scharakteryzowane pokrótce najnowsze rozwiązania w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych w Niemczech pozwalają na sformułowanie kilku wniosków.

Po pierwsze można stwierdzić, że podmioty administracji publicznej i partie polityczne poważnie i odpowiedzialnie traktują kwestię niesamodzielności. Kolejne ustawy nie są przedmiotem walki politycznej, ale wynikiem dyskusji i kompromisów służących godzeniu aktualnych potrzeb i przyszłych oczekiwań ze strony osób niesamodzielnych.

Po drugie podejmowane działania służą racjonalizacji wydatków, ale ta nie jest traktowana jako synonim oszczędności. Przeciwnie, bardziej racjonalne rozwiązania pozwalają na lepsze zaspokojenie potrzeb powiększającej się populacji osób niesamodzielnych. Tylko w ciągu pierwszej połowy 2017 r., a więc po wprowadzeniu PSG II, liczba świadczeniobiorców zwiększyła się o ponad 354,6 tys., przekraczając 3,1 mln.

Po trzecie wprowadzone zmiany zdają się potwierdzać, iż specjaliści z zakresu ubezpieczeń społecznych oraz politycy zarzucili pomysł konstrukcji ubezpieczenia pielęgnacyjnego na zasadzie kapitałowej¹⁷. Wyraźnie daje się dostrzec preferowanie przez władze państwowe Niemiec zasady społecznej i solidaryzmu, co w zupełności odpowiada niemieckiej tradycji ubezpieczenia społecznego¹⁸. W związku z tym we wszystkich – poza Saksonią – krajach związkowych połowę składki opłaca pracodawca. Wzrost składki generuje wyższe koszty produkcji i może niekorzystnie wpływać na gospodarkę, ale

¹⁷ Bardziej szczegółową charakterystykę rozpatrywanych koncepcji finansowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego zob. P. Błędowski, *Reforma społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech – główne cele i uwarunkowania*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7.

¹⁸ Należy jednak zwrócić uwagę, że od roku 2004 całość składki na ubezpieczenie emerytalne jest pokrywana przez emerytów. Upřednio połowę składki opłacała kasa ubezpieczenia emerytalnego. Decyzja ta była spowodowana potrzebą zbilansowania wpływów i wydatków kas ustawowego ubezpieczenia rentowego (emerytalnego).

ustawodawca konsekwentnie przestrzega zasady równego udziału pracodawców i pracobiorców w finansowaniu składek ubezpieczeniowych.

Po czwarte w Niemczech utrzymuje się wysoki udział osób pielęgowanych w swoich domach. 3/4 osób niesamodzielnych pozostaje w mieszkaniu prywatnym. 91 proc. spośród nich otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny, co oznacza, że opieka nad nimi jest organizowana siłami rodziny i/lub przy udziale opiekunów nieformalnych. Osoby te mogą być opłacane z zasiłku pielęgnacyjnego. 15,2 proc. spośród nich korzysta z pomocy mieszanej, świadczonej przez opiekunów nieformalnych i formalnych, a niespełna 7 proc. wszystkich osób niesamodzielnych jest objętych wyłącznie opieką formalną. Te dane w połączeniu z dalszym wsparciem dla opiekunów nieformalnych zaprzeczają głoszoną niekiedy opinią, że ustawodawca w RFN chciałby się wycofać z wypłaty zasiłków pielęgnacyjnych z powodu braku możliwości kontroli ich faktycznego przeznaczenia.

Po piąte nowe podejście do ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego ma na celu z jednej strony lepsze wykorzystanie potencjału nieformalnych opiekunów (zwłaszcza rodzinnych) i bardziej trafne zidentyfikowanie obszarów życia, w których wsparcie jest konieczne, a z drugiej – uwzględnienie potrzeb o charakterze społecznym. Zakres świadczeń związanych z opieką długoterminową nie jest zawężony do medycznych i podstawowych socjalnych, ale obejmuje zapewnienie jednostce partycypacji w życiu społecznym na miarę jej potrzeb i możliwości.

Wobec wydłużającego się okresu korzystania ze świadczeń staje się konieczna lepsza organizacja pracy opiekunów formalnych i dalsza profesjonalizacja ich działań¹⁹. Sprzyja temu koordynacja opieki długoterminowej na poziomie poszczególnych placówek środowiskowych oraz urzędu socjalnego miasta czy gminy. Ponadto dla zapewnienia właściwej jakości świadczeń prowadzona jest ich kontrola.

Konkludując, należy podkreślić, iż zarówno kasy ubezpieczeniowe, jak i administracja publiczna w Niemczech odpowiedzialnie traktują organizację, finansowanie i jakość świadczeń udzielanych w ramach ustawowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Ubezpieczenie to stanowi ważny instrument polityki społecznej sprzyjającej bezpieczeństwu socjalnemu obywateli. Obszerna informacja o funkcjonowaniu tego ubezpieczenia, pojawiających się wyzwaniach oraz możliwych kierunkach działania sprawia, że poziom edukacji społecznej wzrasta. Stąd obserwowana akceptacja dla zachodzących zmian.

Zgodnie z prognozami w kolejnych latach należy spodziewać się dalszego wzrostu liczby osób niesamodzielnych²⁰. Zwiększać się jednak będzie równocześnie liczba osób objętych opieką nieformalną, która jest najtańszą formą pomocy dla korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych²¹. Reformy ubezpieczenia pielęgnacyjnego mają na celu poprawę sytuacji osób niesamodzielnych, czemu ma służyć zarówno podnoszenie jakości

19 Zob. R. Richter, *Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG I, II und III. Pflegebegriff, Vergütungen, Potenziale*, Hannover 2017. Autor do profesjonalizacji dodaje jeszcze „akademizację” pracy opiekunów, zwracając uwagę na konieczność systematycznego podnoszenia ich kwalifikacji zawodowych.

20 Zob. H. Rothgang, R. Müller, R. Unger, *Themenreport „Pflege 20230”*. Was ist zu erwarten, was ist zu tun?, Gütersloh 2012.

21 Por. H. Rothgang, *op. cit.*, s. 245 i nast.

świadczeń udzielanych przez opiekunów formalnych, jak i poprawa dostępu do opieki nieformalnej. Jest ona traktowana jako równoprawny element systemu wsparcia dla osób niesamodzielnych, czego dowodzą kolejne ułatwienia dla opiekunów nieformalnych wprowadzane przy okazji dalszych zmian w ustawie pielęgnacyjnej.

prof. dr hab. Piotr Błędowski
Szkoła Główna Handlowa
Instytut Gospodarstwa Społecznego

ŹRÓDŁA

- Błędowski P., *Reforma społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech – główne cele i uwarunkowania*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7.
- Błędowski P., *Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w RFN*, „Polityka Społeczna” 1998, nr 4.
- *Long-Term Care in europe. A Juridical Approach*, ed. U. Becker, H.J. Reinhard, Springer 2018.
- Pfau-Effinger B., Och R., Eichler M., *Ekonomizacja, polityka opieki długoterminowej i struktura opieki nad osobami starszymi* [w:] *Niemiecka polityka społeczna. Ekonomizacja i przekraczanie barier*, red. A. Evers, R.G. Heinze, Warszawa 2010.
- Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden 2017.
- Przybyłowicz A., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Warszawa 2017.
- Richter R., *Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG I, II und III. Pflegebegriff, Vergütungen, Potenziale*, Hannover 2017.
- Rothgang H., *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*, Münster 2009.
- Rothgang H., Müller R., Unger R., *Themenreport „Pflege 20230”. Was ist zu erwarten, was ist zu tun?*, Gütersloh 2012.
- Wallraven K.P., Gennerich C., *Seniorenpolitik aus der Akteursperspektive*, Darmstadt 2002.

The evolution of social care insurance in Germany

The 30-year period of the functioning of compulsory care insurance in Germany allows one to evaluate the changes in the functioning of insurance and their significance for beneficiaries. The acts strengthening the institution of nursing insurance serve not only to broaden the scope of benefits and increase their value, but also to change the way of ruling on dependence. This is one of the most important changes in this insurance benefit. New degrees of dependence are exhibited, among others the needs of people with dementia and their carers. In total, 3.1 million people benefit from care services in Germany. The value of benefits reached a value in 2016 of 29 billion Euro. The basic contribution is 2.5 percent of the base amount.

Keywords: long-term care, nursing insurance, social security, Germany