
Reforma systemu orzecznictwa o niesamodzielności w Niemczech

W 1995 r. w Niemczech wprowadzono społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne. Od tego czasu było ono wielokrotnie reformowane w reakcji na zmianę warunków otoczenia społecznego, demograficznego i gospodarczego. Jednym z elementów, który został poddany zasadniczej modyfikacji, był system orzecznictwa o niesamodzielności (zmiany przeprowadzone w latach 2013–2017). Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie idei tej reformy, jej przesłanek i konsekwencji. Ponadto dokonana została ocena reformy pod względem społecznym (zgodność z oczekiwaniami społecznymi), organizacyjnym (skuteczność realizacji celów) i finansowym (utrzymanie stabilności budżetowej).

Słowa kluczowe: niesamodzielność, opieka długoterminowa, ubezpieczenie społeczne

Otrzymano: 10.10.2019

Zaakceptowano po recenzjach: 30.06.2020

DOI: 10.32088/0000_34

Wstęp

Niesamodzielność i związana z nią potrzeba opieki długoterminowej to obecnie przedmiot wielu badań naukowych. W Polsce tematyka tych badań oscyluje najczęściej wokół zagadnień związanych z zapotrzebowaniem na opiekę¹, organizacją i finansowaniem świadczeń², zadaniami polityki społecznej³ oraz z infrastrukturą opiekuńczą⁴.

Organizacja systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi to nie tylko aktualne i ważne zagadnienie naukowe, ale także (przede wszystkim) bardzo istotny problem praktyczny. Jego znaczenie wzrosło ostatnimi czasy na skutek różnorodnych przeobrażeń cywilizacyjnych (demograficznych, gospodarczych, ekonomicznych, społeczno-kulturowych), które doprowadziły do tego, że rodziny i społeczności lokalne – będące dotychczas dominującym podmiotem opiekuńczym – utraciły zdolność skutecznego wypełniania tradycyjnych powinności względem przedstawicieli starszego pokolenia⁵. W rezultacie zadania opiekuńcze zostały w dużej części scedowane z osób bliskich na podmioty formalne, działające w sposób zawodowy i odpłatny.

Formalizacja opieki zrodziła zasadniczy problem ekonomiczny związany z finansowaniem świadczeń. W wielu krajach, wobec deficytu środków prywatnych oraz słabo rozwiniętego rynku ubezpieczeń komercyjnych, uznano niesamodzielność za ryzyko socjalne i objęto je zabezpieczeniem społecznym. W ten sposób władza publiczna poszerzyła zakres swoich funkcji socjalnych oraz wzięła na siebie obowiązek finansowania opieki długoterminowej. Dało to początek nowemu wyzwaniu, którym było dostarczanie usług spełniających jednocześnie – przy zachowaniu stabilności fiskalnej – warunki niskiej ceny, wysokiej jakości i zgodności z preferencjami beneficjentów⁶.

1 Por. m.in.: B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce* [w:] *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, red. G. Ciura, W. Zgliczyński, „Studia BAS” 2012, nr 2 (30), s. 59–76; P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych* [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012, s. 449–466; Główny Urząd Statystyczny, *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, Warszawa 2016.

2 Por. m.in.: P. Błędowski, A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7, s. 9–13; *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, red. M. Augustyn, Warszawa 2010; Ł. Jurek, *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa 2012; B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Warszawa 2008.

3 Por. m.in.: B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa 2000; P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa 2002; J. Hryniewicz, *Polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności* [w:] *Wybrane problemy współczesnej demografii*, red. J. Balicki, E. Frątczak i in., Łódź 2003, s. 83–117; E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2003.

4 Por. m.in.: A. Kozierkiewicz, K. Szczerbińska, *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Kraków 2007; Z. Szweda-Lewandowska, *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” 2009, nr 231, s. 243–254.

5 Problem niesamodzielności może dotyczyć osób w każdym wieku, jednakże najczęściej jest on łączony z osobami starszymi, a zwłaszcza z osobami bardzo starymi, u których osłabienie psychofizyczne organizmu jest na tyle duże, że w sposób naturalny ogranicza zdolność samodzielnego wykonywania rutynowych aktywności codziennego życia.

6 Ł. Jurek, *Opieka nad osobami niesamodzielnymi: model realizowany a model pożądaný*, „Polityka Społeczna” 2018, nr tematyczny 2, s. 24–29.

Dotychczas wykształciły się różne metody publicznego zarządzania ryzykiem niesamodzielności. W niektórych krajach (np. w krajach nordyckich, Anglii, Francji) dominuje metoda zaopatrzenia społecznego oparta na uniwersalnym dostępie do świadczeń finansowanych ze środków budżetowych. W innych zaś (np. w Niemczech, Japonii, Korei Płd.) dominuje metoda ubezpieczenia społecznego bazująca na funduszach ubezpieczeniowych, do których wpływają opłacane przymusowo składki i z których finansowane są świadczenia⁷.

Ważnym elementem systemu opieki długoterminowej są kryteria dostępu (ang. *eligibility criteria*) do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Z reguły każdy kraj wypracowuje swój własny, unikatowy system orzekania o niesamodzielności, czyli sposób po pierwsze definiowania kategorii osób niesamodzielnych, którym przysługuje prawo do świadczeń, a po drugie ustalania gradacji niesamodzielności, w oparciu na której różnicuje się wysokość (zakres) udzielanych świadczeń. Właśnie ten system orzecznictwa stanowi przedmiot zainteresowania w niniejszym artykule. Przedstawiono w nim rozwiązania funkcjonujące w różnych krajach, ze szczególnym uwzględnieniem Republiki Federalnej Niemiec. Tam bowiem sytuacja kształtuje się szczególnie ciekawie. Niemiecki system opieki długoterminowej ma długą i bogatą tradycję, co nie zmienia jednak faktu, że boryka się także z poważnymi problemami, przez co stale poddawany jest różnym modyfikacjom. Ostatnimi czasy zreformowany został właśnie system orzecznictwa o niesamodzielności. Na czym polegała ta reforma? Czym była podyktowana i jakie są jej konsekwencje? Na właśnie te pytania poszukiwane będą odpowiedzi. Ponadto dokonana zostanie ogólna ocena przeprowadzonych zmian pod kątem finansowym (zachowanie stabilności budżetowej), społecznym (zgodność z oczekiwaniami i potrzebami społecznymi) i organizacyjnym (skuteczność realizacji założonych celów). W toku prac badawczych wykorzystana została literatura przedmiotu, akty prawne oraz raporty branżowe.

Sposoby orzekania o niesamodzielności: porównanie międzynarodowe

Niesamodzielność może mieć różne stopnie nasilenia: od lekkiego – związanego z koniecznością korzystania z okazjonalnego wsparcia przy wykonywaniu tylko niektórych czynności codziennego życia, aż do znacznego – w którym niezbędne jest korzystanie z całodobowej opieki i nadzoru przy wykonywaniu większości czy wręcz wszystkich codziennych aktywności. Ocena stopnia utraty autonomii jest kluczowa dla ustalenia potrzeb w sferze opieki. Opracowanie dobrego

⁷ Ł. Jurek, *Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne: porównanie międzynarodowe*, „Wrocławskie Studia Politologiczne” 2013, nr 15, s. 78–89.

narzędzia pomiaru w tym obszarze ułatwia standaryzację działań opiekuńczych oraz daje możliwość w miarę szybkiego i skutecznego ustalenia planu opieki dla każdego analizowanego przypadku, z uwzględnieniem potencjalnych zagrożeń i newralgicznych obszarów.

Obecnie nie ma jednego, uniwersalnego i powszechnie uznanego sposobu orzekania o niesamodzielnosci⁸. Wydaje się, że jeszcze do niedawna najpopularniejszy był podział na trzy stopnie niesamodzielnosci, wykorzystujący skalę Barthel, skalę Katza albo jeszcze inne zestandaryzowane narzędzia oceny poziomu utraty autonomii. Właśnie taki wariant był brany pod uwagę również w Polsce, gdy kilka lat temu podejmowano próbę stworzenia systemu pomocy dla osób niesamodzielnosci⁹. Mimo upływu lat sytuacja pod tym względem nie uległa zasadniczej zmianie i ten wariant wciąż jest brany pod uwagę przy ustalaniu potencjalnych rozwiązań instytucjonalno-prawnych w naszym kraju¹⁰.

W innych krajach można spotkać nieco odmienne sposoby orzekania o niesamodzielnosci. W Republice Czeskiej np. od 2007 r. stosuje się podział na cztery stopnie niesamodzielnosci: niewielką, średnią, ciężką i całkowitą. Przydział do poszczególnych stopni dokonywany jest (od 2012 r.) na podstawie oceny zdolności samodzielnego wykonywania czynności w 10 obszarach: mobilność, orientacja, komunikacja, spożywanie posiłku, ubieranie się, higiena, potrzeby fizjologiczne, zdrowie, czynności osobiste oraz dbanie o gospodarstwo domowe¹¹.

We Francji z kolei tzw. skala AGGIR wyróżnia aż sześć stopni utraty samodzielnosci (przy czym najniższy stopień wiąże się nie z ograniczeniami w wykonywaniu czynności samoobsługowych, a jedynie z koniecznością wsparcia w utrzymaniu gospodarstwa domowego). Podobnie jest w Japonii, gdzie wyróżnionych jest pięć stopni niesamodzielnosci (osoby z ograniczeniami w samoobsłudze) oraz dodatkowa kategoria osób „wymagających wsparcia”, które mają problemy z wykonywaniem złożonych czynności gospodarskich¹².

Natomiast w niektórych krajach (np. w Holandii, Luksemburgu) w ogóle nie stosuje się podziału na stopnie, a zakres niezbędnej opieki określany jest w sposób opisowy. Specjalnie powołane do tego instytucje oceniają (biorąc pod uwagę kondycję psychofizyczną, sytuację rodzinną i mieszkaniową) potrzeby opiekuńcze osoby niesamodzielnosci i na tej podstawie ustalają indywidualny plan opieki¹³.

8 E. Bojanowska, *Niesamodzielnosc – nowym ryzykiem socjalnym w systemie zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna” 2018, nr tematyczny 2, s. 1–5.

9 Por. projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.

10 J. Mirosław, I. Poliwczak, A. Smóder, *Definicja i kryteria oceny niesamodzielnosci badanej zbiorowosci – wyniki badan*, „Polityka Społeczna” 2018, nr tematyczny 2, s. 15–23.

11 P. Łuczak, *System oceny stopnia niesamodzielnosci a realizacja celów reformy opieki długoterminowej. Przykład Czech*, „Polityka Społeczna” 2018, nr tematyczny 2, s. 30–33.

12 Ł. Jurek, *Społeczne...*, *op. cit.*, s. 78–89.

13 *Ibidem*.

Stary system orzecznictwa o niesamodzielności w Niemczech

Problematyka związana z organizacją i finansowaniem opieki długoterminowej w Niemczech cieszy się w Polsce dużym zainteresowaniem. Prace naukowe w tym zakresie są publikowane głównie przez Piotra Błędowskiego¹⁴, ale również przez wielu innych badaczy¹⁵. To duże zainteresowanie wynika przede wszystkim z bliskości terytorialnej i kulturowej Polski i Niemiec, w związku z czym rozwiązania wypracowane u naszych zachodnich sąsiadów często traktowane są jako punkt odniesienia, a czasami wręcz jako wzorzec prawidłowego działania. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż w Niemczech jako pierwszym kraju na świecie stworzony został kompleksowy system instytucjonalno-prawny, w ramach którego niesamodzielność została objęta ubezpieczeniem społecznym. Regulacje prawne w tym zakresie w sposób naturalny służą zatem jako benchmark dla innych państw (w tym również dla Polski), które decydują się na podobne posunięcie.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech zostało wprowadzone 1 stycznia 1995 r. po niespełna dwudziestoletniej debacie nad zasadnością takiego rozwiązania¹⁶. Zgodnie z bogatą niemiecką tradycją socjalną zdecydowano się na „uspołecznienie” ryzyka niesamodzielności, tzn. rozłożenie jego skutków na całe społeczeństwo. Uznano bowiem, że zapotrzebowanie na opiekę jest zagrożeniem niezawinionym, dotyczącym każdego obywatela i powodującym poważne straty finansowe w zasobach jego gospodarstwa domowego. Co istotne, straty te mogą mieć charakter zarówno pieniężny, gdy opieka świadczona jest odpłatnie przez podmioty formalne, jak i niepieniężny (w postaci kosztu alternatywnego), gdy świadczona jest przez bliskie osoby.

Poza troską o kondycję finansową gospodarstw domowych z osobami niesamodzielnymi kluczowym argumentem za wprowadzeniem omawianej reformy było „przeciążenie” systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Wzrost wydatków publicznych ponoszonych na opiekę z kas chorych oraz z budżetów samorządowych w połączeniu z problemami organizacyjnymi i infrastrukturalnymi przesądził o wyodrębnieniu niesamodzielności jako nowego ryzyka socjalnego i objęciu jej ubezpieczeniem społecznym.

14 P. Błędowski, *Lokalna...*, op. cit.; P. Błędowski, *Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w RFN*, „Polityka Społeczna” 1998, nr 4; P. Błędowski, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech* [w:] *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym Polska 1999*, red. S. Golinowska, Warszawa 1999, s. 66; P. Błędowski, *Reforma społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech – główne cele i uwarunkowania*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7, s. 22–27; P. Błędowski, *Ewolucja społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 3 (138), s. 55–69.

15 C. Sowada, *Powszechne społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w starzejącym się społeczeństwie. Sukces czy porażka modelu bismarckowskiego w Niemczech?*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2016, nr 33, s. 13–34; A. Przybyłowicz, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Warszawa 2017; M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja* [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hryniewicz, Warszawa 2012, s. 159–189; R. Bakalarczyk, *Zabezpieczenie osób niesamodzielnych w Niemczech*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2014, nr 2 (119), s. 26–33.

16 M. Geraedts, G. Heller, C. Harrington, *Germany's long-term care insurance: putting a social insurance model into practice*, „The Milbank Quarterly” 2000, No. 78, s. 375–401.

Regulacje prawne dotyczące społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego zostały zawarte w księdze XI Kodeksu socjalnego (SGB XI). To właśnie tam określony został sposób orzekania o niesamodzielności¹⁷. Jest to kluczowy element całego systemu. Po pierwsze definiuje niesamodzielność, czyli określa kryteria (warunki), jakie należy spełnić, aby zostać uznanym za osobę niesamodzielną i w związku z tym ubiegać się o świadczenia. Jest to więc, jak to ujął Ariel Przybyłowicz: „materialnoprawna przesłanka do nabycia świadczeń z ubezpieczenia”¹⁸. Po drugie ustala stopnie niesamodzielności, czyli gradację poziomu utraty autonomii i związanego z tym zapotrzebowania na opiekę. Na podstawie tej gradacji różnicuje się wysokość (zakres) udzielanych świadczeń.

W świetle SGB XI (art. 14, ust. 1) za niesamodzielną uznaje się osobę, która z powodu fizycznej lub psychicznej choroby bądź upośledzenia nie jest zdolna do wykonywania rutynowych czynności codziennego życia, w związku z czym wymaga pomocy innych osób przez przewidywany okres przynajmniej sześciu miesięcy. Osoba niesamodzielną jest zatem długotrwale uzależniona od pomocy, przy czym tę pomoc należy rozumieć jako (art. 14, ust. 3) instruowanie, nadzorowanie, wspieranie lub zastępowanie (całkowite lub częściowe) w wykonywaniu czynności codziennego życia.

Czynności codziennego życia, które były brane pod uwagę przy ocenie niesamodzielności, zostały podzielone na cztery grupy, z czego pierwsze trzy odnoszą się do czynności podstawowych (samoobsługowych), a czwarta do czynności złożonych (gospodarskich). Pierwszą grupę stanowi higiena osobista, w skład której wchodzi następujące czynności: mycie się, branie prysznica, kąpanie się, mycie zębów, czesanie się, golenie, korzystanie z toalety. Drugą grupą jest odżywianie, w skład której wchodzi spożywanie posiłków. Trzecia grupa to mobilność, zawierająca: wstawanie i kładzenie się do łóżka, ubieranie i rozbieranie się, wchodzenie po schodach, poruszanie się w mieszkaniu oraz poza nim. Ostatnią, czwartą grupę stanowi prowadzenie gospodarstwa domowego, w jej skład wchodzi takie czynności, jak: robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprzątanie, zmywanie naczyń, pranie, zmiana pościeli, ogrzewanie mieszkania.

Wyróżnione zostały trzy stopnie niesamodzielności, przy czym za kryterium podziału przyjęto czas niezbędny do udzielenia pomocy oraz częstotliwość jej udzielania (art. 15, ust. 3):

- stopień I: pomoc w wykonywaniu przynajmniej dwóch podstawowych czynności (z grupy odżywianie, higiena lub mobilność) jest niezbędna raz dziennie, a także dodatkowo kilka razy w tygodniu konieczna jest pomoc przy pracach gospodarskich; czas niezbędny do jej udzielenia wynosi nie mniej niż 90 minut dziennie, z czego przynajmniej połowa (45 minut) poświęcana jest na pomoc przy czynnościach podstawowych;
- stopień II: pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności (z grupy odżywianie, higiena lub mobilność) jest niezbędna trzy razy dziennie o różnych porach, a także dodatkowo kilka razy w tygodniu konieczna jest pomoc przy pracach gospodarskich;

¹⁷ W prawodawstwie niemieckim nie stosuje się określenia „niesamodzielność”, tylko „zapotrzebowanie na pielęgnację”, analogicznie zamiast „stopni niesamodzielności” stosuje się określenie „stopnie zapotrzebowania na pielęgnację”.

¹⁸ A. Przybyłowicz, *op. cit.*, s. 97.

- czas potrzebny do jej udzielenia wynosi nie mniej niż 180 minut dziennie, z czego 120 minut przeznaczane jest na pomoc przy czynnościach podstawowych;
- stopień III: pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności (z grupy odżywianie, higiena oraz mobilność) jest niezbędna przez cały dzień i całą noc, a także dodatkowo kilka razy w tygodniu konieczna jest pomoc przy pracach gospodarskich; czas niezbędny do jej udzielenia wynosi nie mniej niż 300 minut dziennie, z czego 240 minut poświęcane jest na pomoc przy czynnościach podstawowych.

Uwarunkowania reformy systemu orzecznictwa o niesamodzielności w Niemczech

Od samego początku swojego funkcjonowania system orzecznictwa o niesamodzielności budził szereg kontrowersji i był obiektem ostrej krytyki¹⁹. Krytyczne uwagi dotyczyły przede wszystkim zbyt wąskiego ujęcia niesamodzielności, która w praktyce obejmowała tylko i wyłącznie zaburzenia somatyczne, pomijając inne problemy ograniczające zdolność samodzielnego życia, zwłaszcza wśród osób starszych, takie jak: upośledzenie funkcji poznawczych, schorzenia psychiczne i behawioralne, ograniczone możliwości komunikacji interpersonalnej oraz różne problemy związane z prowadzeniem procesu leczenia. Szczególnie drażliwy okazał się problem wykluczenia z grona świadczeniobiorców sporej grupy osób wymagających opieki w związku z demencją oraz przewlekłymi schorzeniami.

Mocno dyskusyjny okazał się również podział na stopnie niesamodzielności dokonywany na podstawie ilości czasu niezbędnego do udzielenia pomocy. To kryterium, choć pozornie logiczne i rozsądne, w rzeczywistości wiązało się z wieloma utrudnieniami. Czas udzielania pomocy jest bowiem kategorią bardzo trudną do zobiektywizowania. Po pierwsze proces ten jest wysoce zindywidualizowany, a po drugie ma na niego wpływ wiele czynników, takich jak np. kwalifikacje opiekuna, stopień wykorzystania technologii wspomagających, warunki, w jakich świadczona jest opieka, itp.

W celu dokonania rewizji systemu orzecznictwa i zaproponowania ewentualnych poprawek powołane zostało przy ministerstwie zdrowia specjalne ciało doradcze, w którego skład weszli interesariusze odgrywający główne role w systemie opieki długoterminowej, w tym przedstawiciele: podmiotów opiekuńczych, ubezpieczycieli oraz osób niesamodzielnych. Główne zadanie, z jakim mieli się uporać, dotyczyło redefinicji niesamodzielności oraz sposobu jej orzekania.

W ramach prac zespołu zweryfikowano niespełna czterdzieści dostępnych ówczesnie narzędzi pomiaru utraty autonomii i zapotrzebowania na opiekę. Niestety żadne

¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit, *Report by the Advisory Board to review the definition of the need for long-term care*, Berlin 2009.

z nich nie zostało uznane za wystarczająco dobre do adaptacji²⁰. Zdecydowano zatem, że konieczne jest stworzenie całkiem nowego systemu orzecznictwa, które byłoby zgodne z ustalonymi wymogami formalnymi oraz kompatybilne ze strukturą opieki długoterminowej w Niemczech. Ten nowy system miał zostać skonstruowany w taki sposób, aby odpowiadać na główne problemy i wyzwania, jakie wynikały z dokonujących się przeobrażeń demograficznych i społeczno-gospodarczych. Sformułowanych zostało pięć zasadniczych wymogów, które miał spełniać. Po pierwsze należało rozszerzyć definicję niesamodzielności w taki sposób, aby realnie uwzględnić potrzeby opiekuńcze osób z różnymi problemami funkcjonalnymi, w tym także wynikające z obniżonej sprawności umysłowej i poznawczej. Po drugie trzeba było stworzyć nowe narzędzie diagnostyczne, które zapewni wiarygodną i (przede wszystkim) obiektywną ocenę zapotrzebowania na opiekę. Po trzecie należało wypracować ogólne standardy procesu orzecznictwa, które zapewnią transparentność, jednolitość i powtarzalność stosowanych procedur. Po czwarte nowe narzędzie miało być funkcjonalne z perspektywy służb medycznych odpowiedzialnych za prowadzenie orzecznictwa, tzn. miało ułatwiać pracę tych służb. Po piąte funkcjonalność nowego narzędzia miała wynikać także z możliwości jego wykorzystania przy opracowywaniu indywidualnych planów opieki.

Postulatem, który często pojawiał się w dyskursie publicznym, było rozszerzenie zakresu dziedzin życia uwzględnianych przy ocenie niesamodzielności. Uznano bowiem, że skupianie się tylko i wyłącznie na samoobsłudze i (częściowo) pracach gospodarskich jest nieadekwatne do celów, jakie powinna realizować opieka długoterminowa. Poza tymi fundamentalnymi dziedzinami powinna ona również uwzględniać aktywność społeczną oraz możliwość realizacji pasji życiowych.

Nowy system orzecznictwa o niesamodzielności w Niemczech

Pierwszym elementem reformy systemu orzecznictwa była zmiana zakresu podmiotowego ubezpieczenia opiekuńczego. W 2013 r. wprowadzono tzw. stopień 0 niesamodzielności, do którego włączone zostały osoby wymagające „ogólnego nadzoru i opieki” w związku z demencją, niepełnosprawnością intelektualną lub chorobą psychiczną²¹. Ten zabieg stanowił istotną zmianę jakościową systemu, która stała się przesłanką do dalszych działań naprawczych.

Kolejnym (zasadniczym) elementem reformy była zmiana sposobu ustalania uprawnień do świadczeń z tytułu ubezpieczenia pielęgnacyjnego (2017 r.). Służące temu nowe narzędzie określone zostało mianem NBA (niem. *Neues Begutachtungsassessment zur*

²⁰ A. Buescher, K. Wingenfeld, D. Schaeffer, *Determining eligibility for long-term care – lesson from Germany*, „International Journal of Integrated Care” 2011, No. 11.

²¹ P. Nadash, P. Doty, M. von Schwanenflugel, *The German long-term care insurance program: evolution and recent developments*, „The Gerontologist” 2017, No. 58, s. 588–597.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit). Jego innowacyjność wynikała z tego, że ocenie nie jest poddawana – jak to miało miejsce dotychczas – niesprawność fizyczna organizmu, lecz zachowana sprawność. Dopiero na tej podstawie ustala się zapotrzebowanie na opiekę. Odstąpiono zatem od kryterium czasu niezbędnego do udzielania opieki, a skupiono się na indywidualnej zdolności do radzenia sobie w życiu codziennym.

Ocena poziomu autonomii dokonywana jest na podstawie różnych parametrów, które zostały podzielone na sześć zasadniczych modułów, tak jak to przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Kryteria pomiaru zapotrzebowania na opiekę w Niemczech

Moduł	Kryteria i warianty oceny			
(1) MOBILNOŚĆ	niezależność 0 punktów	lekka zależność 1 punkt	poważna zależność 2 punkty	całkowita zależność 3 punkty
	1.1 zmiana pozycji w łóżku 1.2 zachowanie stabilnej pozycji siedzącej 1.3 wstawanie z łóżka 1.4 przemieszczanie się między pokojami 1.5 wchodzenie po schodach			
(2) ZDOLNOŚCI KOGNITYWNE I KOMUNIKACYJNE	zdolność 0 punktów	zdolność lekko ograniczona 1 punkt	zdolność poważnie ograniczona 2 punkty	brak zdolności 3 punkty
	2.1 rozpoznawanie osób w bezpośrednim otoczeniu 2.2 orientacja przestrzenna 2.3 orientacja czasowa 2.4 zapamiętywanie ważnych wydarzeń lub obserwacji 2.5 kontrolowanie harmonogramu dnia 2.6 podejmowanie decyzji dotyczących codziennych działań 2.7 rozumienie faktów i informacji 2.8 identyfikacja ryzyka i zagrożenia 2.9 komunikacja podstawowych potrzeb 2.10 rozumienie poleceń 2.11 prowadzenie rozmowy			
(3) SFERA BEHAWIORALNA I PROBLEMY PSYCHICZNE	nigdy lub bardzo rzadko 0 punktów	rzadko (1 raz do 3 razy na 2 tygodnie) 1 punkt	często (2 do kilku razy w tygodniu) 3 punkty	codziennie 5 punktów
	3.1 problemy behawioralne związane ze sprawnością ruchową 3.2 nocne uczucie niepokoju 3.3 zachowanie autodestrukcyjne i autoagresywne 3.4 niszczenie przedmiotów 3.5 agresja fizyczna wobec innych osób 3.6 agresja werbalna 3.7 inne anormalne zachowania w sferze werbalnej 3.8 bronienie się przed opieką 3.9 urojenia 3.10 stany lękowe 3.11 bezsensowność w depresyjnym nastroju 3.12 społecznie niestosowne zachowania 3.13 inne niestosowne zachowania			

Moduł	Kryteria i warianty oceny			
(4) SAMOWYSTARCZALNOŚĆ	niezależność	lekka zależność	poważna zależność	całkowita zależność
	0 punktów	1 punkt	2 punkty	3 punkty
	4.1 mycie przedniej części tułowia 4.2 pielęgnacja ciała w okolicach głowy (czesanie, mycie zębów lub czyszczenie protezy, golenie) 4.3 mycie okolicy narządów płciowych 4.4 prysznic i kąpiel, w tym mycie głowy 4.5 ubieranie i rozbieranie górnej części ciała 4.6 ubieranie i rozbieranie dolnej części ciała 4.7 przygotowanie posiłku i nalewanie napoju 4.8 jedzenie 4.9 picie 4.10 korzystanie z toalety, krzesła toaletowego 4.11 radzenie sobie z konsekwencjami nietrzymania moczu, cewnikiem, urostomią 4.12 radzenie sobie z konsekwencjami nietrzymania stolca, stomią			
	brak lub rzadko	często	wyłącznie	
(5) RADZENIE SOBIE Z CHOROBA I LECZENIEM	4.13 karmienie lub odżywianie przez sondę			
	brak potrzeby	codziennie (ile)	co tydzień (ile)	co miesiąc (ile)
(6) ORGANIZACJA CODZIENNYCH ZAJĘĆ I UTRZYMYWANIE RELACJI SPOŁECZNYCH	5.1 zażywanie medykamentów 5.2 iniekcje (podskórne lub domięśniowe) 5.3 odsysanie i natlenianie 5.4 wcieranie maści 5.5 pomiar i interpretacja temperatury ciała 5.6 protezy ortopedyczne 5.7 zmiany opatrunków i leczenie ran 5.8 pielęgnacja stomii 5.9 cewnikowanie 5.10 środki terapeutyczne w środowisku domowym 5.11 wizyty u lekarza 5.12 wizyty w innych placówkach medycznych lub terapeutycznych (do 3 godz.) 5.13 rozszerzone wizyty w innych placówkach medycznych lub terapeutycznych (powyżej 3 godz.) 5.14 konieczność przestrzegania specjalnej diety			
	niezależność	lekka zależność	poważna zależność	całkowita zależność
	0 punktów	1 punkt	2 punkty	3 punkty
	6.1 planowanie codziennych zajęć i adaptacja do zmian 6.2 odpoczynek i sen 6.3 zajmowanie się sobą 6.4 planowanie przyszłości 6.5 interakcja z ludźmi w bezpośrednim kontakcie 6.6 utrzymywanie kontaktu z ludźmi spoza bezpośredniego otoczenia			

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji z www.kv-media.de (4.02.2018)

Dla każdego modułu wyliczany jest wynik punktowy, który następnie jest ważony w poniższy sposób: (1) mobilność – 10 proc., (2) zdolności kognitywne – 7,5 proc., (3) sfera behawioralna – 7,5 proc., (4) samowystarczalność – 40 proc., (5) radzenie

sobie z leczeniem – 20 proc., (6) życie codzienne – 15 proc. W ten sposób uzyskiwany jest wynik w skali od 0 do 100, na podstawie którego następuje przyporządkowanie do jednego z pięciu stopni niesamodzielności:

- stopień 1: niskie naruszenie niezależności, od 12 do poniżej 27 punktów;
- stopień 2: znaczne naruszenie niezależności, od 27 punktów do poniżej 47,5 punktu;
- stopień 3: poważne naruszenie niezależności, od 47,5 punktu do poniżej 70 punktów;
- stopień 4: bardzo poważne naruszenie niezależności, od 70 do 90 punktów;
- stopień 5: krytyczne naruszenie niezależności ze specjalnymi wymogami w zakresie opieki pielęgniarskiej, powyżej 90 punktów.

Ocena reformy systemu orzecznictwa o niesamodzielności w Niemczech

Współcześnie wraz z dokonującymi się przeobrażeniami demograficznymi polegającymi na wzroście liczby i odsetka ludzi starych zachodzą również poważne zmiany wśród samych seniorów. Ta rosnąca grupa staje się coraz bardziej heterogeniczna. Są wśród nich osoby o różnym poziomie sprawności funkcjonalnej: od całkowicie samodzielnych do zupełnie niesamodzielnych. Jedni bez problemów radzą sobie w codziennym życiu, a inni wymagają intensywnej, całodobowej opieki. Na szczęście, w dużym stopniu na skutek upowszechnienia się paradygmatu „aktywnego starzenia się”, ludzie starzy coraz dłużej zachowują dobrą sprawność funkcjonalną. W porównaniu ze swoimi rówieśnikami sprzed kilkudziesięciu lat zdecydowanie rzadziej wymagają opieki podstawowej i pielęgnacji. Jednak osoby stare coraz częściej mieszkają same, co powoduje szereg komplikacji związanych z prowadzeniem przez nich gospodarstwa domowego i wykonywaniem złożonych czynności codziennego życia. Narasta również problem wyizolowania i osamotnienia tych osób. Nie pozostaje to bez wpływu na system opieki długoterminowej, rośnie bowiem presja na przewartościowanie jej celów i zadań. Oczekuje się, że udzielana pomoc poza „twardym” wymiarem działań związanym z samoobsługą i pielęgnacją w większym niż dotychczas stopniu będzie skierowana na działania „miękkie” związane z udzielaniem wsparcia emocjonalnego, organizacją codziennych zajęć, a także integracją z lokalnym środowiskiem. Te nowe wyzwania wymagają od decydentów politycznych rozszerzenia zakresu przedmiotowego inicjatyw pomocowych. Na takie właśnie posunięcie zdecydowano się w Niemczech. Uwzględniono aspekty „miękkie” przy ocenie zapotrzebowania na opiekę, co z perspektywy ogólnospołecznej należy ocenić pozytywnie, jako zgodne z generalnymi potrzebami i oczekiwaniami.

Jeśli chodzi o aspekt organizacyjny związany ze skutecznością realizowanych działań, to w tym przypadku omawianą reformę również należy ocenić pozytywnie.

Po pierwsze wypracowano innowacyjne narzędzie diagnostyczne do oceny zapotrzebowania na opiekę, które uwzględnia zarówno zdrowotny, jak i społeczny aspekt funkcjonowania człowieka. Oczywiście konstrukcja tego narzędzia – co należy uznać

za słuszne – nadaje najwyższy priorytet potrzebom związanym z opieką podstawową: punkty z modułu pierwszego (mobilność) i czwartego (samowystarczalność) mają wagę aż 50 proc. w ogólnym wyniku, który przekłada się na stopień niesamodzielności. Niemniej jednak drugie 50 proc. zawiera elementy opieki, które wcześniej były pomijane – związane ze wsparciem emocjonalnym i nadzorem (moduł 2), z motywacją i deeskalacją agresywnych zachowań (moduł 3), z organizacją codziennego życia i aktywizacją społeczną (moduł 6) oraz z procesem leczenia przewlekłych schorzeń (moduł 5).

Po drugie udało się w pełni zobiektywizować sposób orzekania o niesamodzielności. W nowych okolicznościach niesamodzielność oceniana jest na podstawie indywidualnych cech, niezależnie od kontekstu. Rozróznilo tym samym dwie odrębne kategorie: „poziom niesamodzielności” oraz „indywidualne zapotrzebowanie na opiekę”²². Pierwsza kategoria to cecha osoby wynikająca ze sprawności psychofizycznej jej organizmu, druga natomiast to cecha wynikająca z warunków otoczenia, w jakich dany człowiek funkcjonuje. Faktyczne zapotrzebowanie na opiekę uzależnione jest bowiem od wielu czynników środowiskowych, takich jak na przykład obecność barier architektonicznych czy poziom wykorzystania technologii wspomagających. Symptomatyczne jest tutaj stwierdzenie P. Błędowskiego, że zdolność do przygotowania sobie herbaty zależy od tego, czy dysponujemy czajnikiem elektrycznym, kuchenką gazową czy piecem węglowym²³. Zobiektywizowanie oceny daje zatem gwarancję, że osoby o zbliżonym profilu zdrowotnym i psychofizycznym zostaną zakwalifikowane do tego samego stopnia niesamodzielności, niezależnie od tego, w jakim funkcjonują środowisku.

Ostatnim kryterium oceny jest stabilność finansowa. Pod tym względem omawiana reforma budzi szereg kontrowersji. Konstrukcja ubezpieczenia pielęgnacyjnego oparta jest na metodzie repartycyjnej. Uznaje się, że w perspektywie dokonujących się zmian demograficznych utrzymanie takiego układu jest dużym wyzwaniem²⁴. Przede wszystkim proces starzenia się ludności zasadniczo zmienia proporcję między liczbą osób niesamodzielnych a liczbą osób opłacających składki. Poza tym wraz z wydłużaniem się przeciętnego czasu trwania życia wydłuża się również czas życia w niesamodzielności, a tym samym także okres pobierania świadczeń. Ponadto osoby stare w miarę upływu czasu i pogłębiania się dysfunkcji organizmu będą coraz bardziej niesamodzielne i w związku z tym będą pobierały coraz wyższe świadczenia. W najbliższej przyszłości można się zatem spodziewać wzrostu wydatków i spadku dochodów funduszu ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Omawiana reforma dodatkowo tę sytuację skomplikowała, bowiem powiększyła krąg świadczeniobiorców o osoby z problemami psychicznymi i poznawczymi. Jeszcze przed wprowadzeniem tej zmiany prognozowano, że spowoduje ona wzrost wydatków o 3,4 mld euro²⁵. Przy ogólnym braku akceptacji na obniżenie wartości wypłacanych świadczeń zaczęła narastać presja na podnoszenie

22 A. Buescher, K. Wingenfeld, D. Schaeffer, *op. cit.*

23 P. Błędowski, *Lokalna...*, *op. cit.*, s. 144.

24 P. Nadash, P. Doty, M. von Schwanenflügel, *op. cit.*

25 Bundesministerium für Gesundheit, *Report...*, *op. cit.*, s. 13.

wpływów. Składka, która początkowo wynosiła 1,7 proc., została podniesiona w 2008 r. do 1,95 proc., a następnie do 2,55 proc. w 2017 r. Ponadto w 2005 r. podniesiono o dodatkowe 0,25 proc. składkę płaconą przez osoby bezdzietne²⁶.

Tabela 2. Wpływy i wydatki (w mld euro) kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech oraz liczba świadczeniobiorców w latach 2000–2017

Rok	Wpływy	Wydatki	Saldo	Świadczeniobiorcy
2000	16,55	16,67	-0,12	1 882 125
2001	16,81	16,87	-0,06	1 925 053
2002	16,98	17,36	-0,38	1 971 638
2003	16,86	17,56	-0,70	1 977 296
2004	16,87	17,69	-0,82	1 983 358
2005	17,49	17,86	-0,37	2 004 744
2006	18,49	18,03	0,46	2 060 214
2007	18,02	18,34	-0,32	2 102 116
2008	19,77	19,14	0,63	2 175 590
2009	21,31	20,33	0,98	2 280 530
2010	21,78	21,45	0,33	2 348 351
2011	22,24	21,93	0,31	2 394 781
2012	23,04	22,94	0,10	2 449 383
2013	24,96	24,33	0,63	2 591 311
2014	25,91	25,45	0,46	2 782 136
2015	30,69	29,01	1,68	2 908 797
2016	32,03	31,00	1,03	3 102 534
2017	36,10	38,52	-2,42	3 341 403

Źródło: Bundesministerium für Gesundheit, *Daten des Gesundheitswesens*, Berlin 2018

Z informacji zamieszczonych w tabeli 2 wynika, że ostatnimi laty względnie udawało się równoważyć wpływy i wydatki kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego, osiągając niewielkie bądź to nadwyżki, bądź to deficyty. Rok 2017 przyniósł zasadniczą zmianę pod tym względem. Pojawił się wówczas niespotykany wcześniej deficyt wynoszący niemalże 2,5 miliarda euro (6,7 proc. wpływów). Wzrost wpływów okazał się niewystarczający w stosunku do dużo większego wzrostu wydatków. Ten deficyt w pewnym stopniu wynikał ze wzrostu liczby świadczeniobiorców, których w 2017 r. było o prawie 240 tys. więcej niż w roku poprzednim. Należy jednak zaznaczyć, że ten wzrost nie był dużo większy niż we wcześniejszych latach. Przykładowo w roku 2016 i 2014 grupa świadczeniobiorców powiększyła się w podobnym stopniu (bezwzględne przyrosty

²⁶ P. Nadash, P. Doty, M. von Schwanenflügel, *op. cit.*

wynosiły wówczas niespełna 200 tys. osób), a mimo to udawało się zamknąć bilans ubezpieczenia pielęgnacyjnego z wynikiem dodatnim.

Skoro deficyt w 2017 r. nie wynikał w głównej mierze ze wzrostu liczby świadczeniobiorców, to można wnioskować, że spowodowany był z jednej strony zmianą sposobu orzecznictwa i wprowadzenia podziału na nowe stopnie niesamodzielności, zaś z drugiej strony zmianą wysokości świadczeń przyporządkowanych do tych nowych stopni. W 2016 r. wśród osób z formalnym orzeczeniem o niesamodzielności 58,7 proc. zostało zakwalifikowanych do stopnia pierwszego, 30,4 proc. do drugiego, a 10,9 proc. do najwyższego stopnia – trzeciego²⁷. Z kolei w 2017 r. zgodnie z nowymi zasadami orzecznictwa 5,8 proc. osób niesamodzielnych zostało zakwalifikowanych do stopnia pierwszego, 43,7 proc. do stopnia drugiego, 28,2 proc. do trzeciego, 15,3 proc. do czwartego, a 7 proc. do najwyższego stopnia – piątego²⁸. Świadczenia przypisane do tych nowych stopni okazały się zbyt wysokie, co doprowadziło do niekontrolowanego wzrostu wydatków, które zwiększyły się bardziej, niż początkowo zakładano.

W przeszłości niemieccy decydenci polityczni wykazali się dużą sprawnością w prognozowaniu wydatków ponoszonych na opiekę długoterminową. Pozostaje mieć nadzieję, że deficyt z 2017 r. jest zjawiskiem przejściowym i w przyszłości będzie możliwe skuteczniejsze balansowanie budżetem ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Prawdopodobnie uda się tego dokonać poprzez dalszy wzrost obciążeń fiskalnych (w tym przypadku: quasi-podatkowych). Nie należy jednak zapominać, że wzrost fiskalizmu pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji, które zwykle przekładają się na różnorakie perturbacje ekonomiczne.

Zakończenie

Reforma orzecznictwa o niesamodzielności wpisuje się w szerszy kontekst zmian społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech²⁹. Od czasu jego wprowadzenia w 1995 r. było ono zmieniane już kilkakrotnie. Te modyfikacje miały charakter bardziej ewolucyjny niż rewolucyjny, a każda z nich poprzedzona była wieloletnimi przygotowaniem. Zwykle dokonywano ich w reakcji na zmiany zachodzące w społeczeństwie, gospodarce i technologii. Dzięki tej elastyczności system jest lepiej dostosowany do otaczającej go rzeczywistości.

System orzecznictwa stanowi jeden z głównych elementów ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Jego doniosła rola wynika z tego, że po pierwsze definiuje kryterium dostępu do świadczeń, a po drugie określa gradację poziomu niesamodzielności, w oparciu na której różnicowana jest wysokość przydzielanych świadczeń. Reforma, która była przedmiotem zainteresowania w niniejszym artykule, dotknęła obu tych elementów.

²⁷ Bundesministerium für Gesundheit, *Daten des Gesundheitswesens*, Berlin 2018.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ P. Błędowski, *Ewolucja...*, *op. cit.*

Omawianą reformę generalnie należy ocenić pozytywnie, w kategoriach progresu. Spowodowała poszerzenie zakresu podmiotowego i przedmiotowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Potocznie można stwierdzić, że zwiększyła się „hojność” systemu. Obecnie osoby ubezpieczone są lepiej chronione przed finansowymi następstwami niesamodzielności. Przy ocenie niesamodzielności brane są pod uwagę różne problemy, które ograniczają zdolność wykonywania rutynowych, codziennych aktywności. Nie są to już tylko, jak to było wcześniej, ułomności somatyczne, lecz także umysłowe i kognitywne. Ponadto szacując zapotrzebowanie na opiekę, nie uwzględnia się już tylko „twardych” aspektów codziennego funkcjonowania, związanych z pielęgnacją i samoobsługą, lecz także te „miękkie”, dotyczące realizacji pasji życiowych i uczestnictwa społecznego. Wydaje się, że te modyfikacje zdecydowanie wyszły naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom społecznym.

Ten wzrost „hojności” ubezpieczenia pielęgnacyjnego ma również negatywne konsekwencje w postaci wzrostu wydatków publicznych ponoszonych na opiekę długoterminową. Antycypując ten wzrost, zdecydowano się na podniesienie składki ubezpieczeniowej. Oznacza to, że skutki finansowe reformy zostały przerzucone na młodsze pokolenie. Takie posunięcie budzi szereg kontrowersji. Po pierwsze zwiększanie pozapłacowych kosztów pracy, choć w tym przypadku wydaje się usprawiedliwione, zazwyczaj generuje różnorakie komplikacje w postaci np. spadku motywacji do pracy czy ograniczenia konkurencyjności gospodarki. Po drugie w perspektywie zachodzących zmian demograficznych można mieć uzasadnione obawy o stabilność finansową systemu. Wzrost liczby ludzi starych, a zwłaszcza bardzo starych, wśród których ryzyko niesamodzielności jest najwyższe, przy jednoczesnym spadku liczby ludności w wieku produkcyjnym spowoduje poważne perturbacje ekonomiczne. Można podejrzewać, że w przyszłości konieczne będzie dalsze podnoszenie składki, co w pewnym momencie może napotkać opór społeczny. Powstanie problem, którego przewyciężenie będzie bardzo trudne.

dr Łukasz Jurek

*Katedra Socjologii i Polityki Społecznej
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
ORCID: 0000-0002-0078-471X*

ŹRÓDŁA

- Bakalarczyk R., *Zabezpieczenie osób niesamodzielnych w Niemczech*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2014, nr 2 (119).
- Błędowski P., *Ewolucja społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 3 (138).
- Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa 2002.
- Błędowski P., *Potrzeby opiekuńcze osób starszych [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012.

- Błędowski P., *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.
- Błędowski P., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech* [w:] *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym Polska 1999*, red. S. Golinowska, Warszawa 1999.
- Błędowski P., Wilmowska-Pietruszyńska A., *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7.
- Bojanowska E., *Niesamodzielność – nowym ryzykiem socjalnym w systemie zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna” 2018, nr tematyczny 2.
- Buescher A., Wingenfeld K., Schaeffer D., *Determining eligibility for long-term care – lesson from Germany*, „International Journal of Integrated Care” 2011, No. 11.
- Bundesministerium für Gesundheit, *Daten des Gesundheitswesens*, Berlin 2018.
- Bundesministerium für Gesundheit, *Report by the Advisory Board to review the definition of the need for long-term care*, Berlin 2009.
- Geraedts M., Heller G., Harrington C., *Germany’s long-term care insurance: putting a social insurance model into practice*, „The Milbank Quarterly” 2000, No. 78.
- Główny Urząd Statystyczny, *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, Warszawa 2016.
- Hryniewicz J., *Polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności* [w:] *Wybrane problemy współczesnej demografii*, red. J. Balicki, E. Frątczak, J. Hryniewicz, A. Jagielski, J.T. Kowaleski, K. Slany, Łódź 2003.
- Jurek Ł., *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa 2012.
- Jurek Ł., *Opieka nad osobami niesamodzielnymi: model realizowany a model pożądany*, „Polityka Społeczna” 2018, nr tematyczny 2.
- Jurek Ł., *Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne: porównanie międzynarodowe*, „Wrocławskie Studia Politologiczne” 2013, nr 15.
- Kozierekiewicz A., Szczerbińska K., *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Kraków 2007.
- Łuczak P., *System oceny stopnia niesamodzielności a realizacja celów reformy opieki długoterminowej. Przykład Czech*, „Polityka Społeczna” 2018, nr tematyczny 2.
- Mirosław J., Poliwczak I., Smoder A., *Definicja i kryteria oceny niesamodzielności badanej zbiorowości – wyniki badań*, „Polityka Społeczna” 2018, nr tematyczny 2.
- Nadash P., Doty P., Schwanenflügel M. von, *The German long-term care insurance program: evolution and recent developments*, „The Gerontologist” 2017, No. 58.
- Nita M., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja* [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hryniewicz, Warszawa 2012.
- *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, red. M. Augustyn, Warszawa 2010.
- Przybyłowicz A., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Warszawa 2017.
- Sowada C., *Powszechne społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w starzejącym się społeczeństwie. Sukces czy porażka modelu bismarckowskiego w Niemczech?*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2016, nr 33.

- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa 2000.
- Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce* [w:] *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, red. G. Ciura, W. Zgliczyński, „Studia BAS” 2012, nr 2 (30).
- Szweda-Lewandowska Z., *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” 2009, nr 231.
- Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2003.
- Więckowska B., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Warszawa 2008.

Reforming eligibility criteria in German long-term care insurance

In 1995, social long-term care insurance was introduced in Germany. Since that time it has been changed many times in response to changing social and demographic conditions. Part of the system that has undergone fundamental modification was the eligibility criteria. The aim of the article is to present the idea of that reform, its determinants and consequences. In addition, the assessment of the reform was done in terms of social (compliance with social expectations), organizational (achieving the objectives) and financial (budget stability) effectiveness.

Key words: dependency, long-term care, social insurance