

DANIEL E. LACH

ORGANIZACJA I FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W WYBRANYCH KRAJACH UE*

I. WPROWADZENIE

Niniejsze opracowanie służy przedstawieniu rozwiązań przyjętych w wybranych krajach UE jako punktu wyjścia do dyskusji dotyczącej ukształtowania rozwiązań organizacyjno-finansowych systemu opieki długoterminowej, którego wprowadzenie w Polsce wydaje się nie tylko zasadne, ale wobec zjawiska starzenia się społeczeństwa – wręcz nieodzowne¹. Z badań mających na celu eksperckie wsparcie prac Komisji Europejskiej oraz Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego w analizie bieżących wyzwań i identyfikacji możliwych rozwiązań dla bardziej efektywnej koordynacji w odniesieniu do świadczeń opieki długoterminowej wynika, że w poszczególnych państwach członkowskich UE istnieją bardzo zróżnicowane rozwiązania omawianego problemu, co uwarunkowane jest na ogół czynnikami historycznymi. Najogólniej rzecz ujmując, dzieli się państwa na te, w których istnieje kompleksowy/ zunifikowany system świadczeń, i te, w których takiego systemu brak, a regulacja dotycząca świadczeń opieki długoterminowej jest fragmentaryczna i rozproszona. Niemniej w obu przypadkach wyróżnia się jako modelowe trzy podejścia: gwarantowanie świadczeń (w mniej lub bardziej ograniczonym zakresie) w ramach finansowanego składkowo systemu ubezpieczeń społecznych albo w ramach finansowanego budżetowo systemu zaopatrzeniowego (*public assistance*), względnie – w sposób kombinowany – w ramach obu tych systemów². Mając natomiast na uwadze, że świadczenia gwarantowane w związku z potrzebą długoterminowej opieki mogą mieć charakter rzeczowy lub pieniężny, można nadto wyróżnić systemy, w których system opieki zdrowotnej został rozszerzony o świadczenia opieki długoterminowej (w tym przypadku wypłata świadczeń pieniężnych została przekazana do realizacji podmiotom administracji świadczącej lub systemu ubezpieczeń

* Publikacja powstała w wyniku badań prowadzonych podczas stażu naukowego w Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik w Monachium, sfinansowanego w drodze konkursu ze środków statutowych Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

¹ Błędowski, Wilmowska-Pietruszyńska (2009); Augustyn (2010): 165; Lach (2018): 177–187.

² Jorens, Spiegel (2011): 16–18.

społecznych), wreszcie w których gwarantowanie i realizacja obu rodzajów świadczeń jest zadaniem odrębnego, wyspecjalizowanego podmiotu³.

W tym kontekście w pierwszej kolejności przywołane zostaną rozwiązania holenderskie, jako że to Holandia była pierwszym krajem, w którym (już w 1968 r.) uwzględniono szczególne potrzeby dotyczące opieki długoterminowej. Trzeba jednak zastrzec, że ustawodawca holenderski nie zamierzał stworzyć odrębnego systemu świadczeniowego, zabezpieczającego całościowo przed skutkami wystąpienia potrzeby długoterminowej opieki. Jego celem było w istocie jedynie zapewnienie sfinansowania „nadzwyczajnych kosztów choroby/ leczenia” w ramach systemu opieki zdrowotnej⁴. Następnie przedstawiony zostanie austriacki zasiłkowy system zaopatrzenia pielęgnacyjnego, wprowadzony w roku 1993. Był on pierwszym w Europie systemem stworzonym od podstaw z myślą o zabezpieczeniu społecznym obywateli na wypadek ziszczenia się ryzyka niesamodzielnosci. Omówione zostaną także rozwiązania niemieckiego społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego z 1995 r., pierwszego kompleksowego systemu świadczeń pieniężnych i rzeczowych gwarantowanych osobom niesamodzielnym lub ich nieformalnym opiekunom; stanowi ono wzór dla rozwiązań przyjmowanych następnie w innych krajach⁵.

Wybór tych systemów podyktowany jest przede wszystkim faktem, że reprezentują one modelowe podejścia do omawianej kwestii: (1) utrzymanie organizacyjnego i finansowego rozdziału systemów realizujących świadczenia rzeczowe i pieniężne związane z opieką długoterminową (Holandia), (2) wprowadzenie systemu zaopatrzenia zasiłkowego (Austria) oraz (3) stworzenie odrębnego ubezpieczenia społecznego, w ramach którego gwarantowane jest udzielanie świadczeń rzeczowych, ale także wypłacane są świadczenia pieniężne (Niemcy), a jednocześnie – w ujęciu historycznym – miały charakter prekursorski. Nie bez znaczenia jest także i ta okoliczność, że – uwzględniając ustalenia dotyczące istniejących *de lege lata* rozwiązań służących kompensovaniu skutków ziszczenia się ryzyka niesamodzielnosci w ramach istniejących systemów świadczeniowych polskiego prawa socjalnego⁶ – można uznać, że polski ustawodawca powinien rozważyć *de lege ferenda* zmiany nawiązujące do przywołanych modeli. Chodzi, po pierwsze, o rozbudowanie systemu opieki zdrowotnej tak, by w szerszym niż obecnie zakresie gwarantował rzeczowe świadczenia opieki długoterminowej. Po drugie, można by zastanawiać się nad skonstruowaniem – na bazie doświadczeń systemu świadczeń rodzinnych i opiekuńczych – zasiłkowego zaopatrzenia pielęgnacyjnego. Po trzecie natomiast, należy wziąć pod uwagę zasadność stworzenia nowego, odrębnego, kompleksowego systemu gwarantującego świadczenia pieniężne i rzeczowe na okoliczność wystąpienia potrzeby opieki długoterminowej (ziszczenia się ryzyka niesamodzielnosci).

³ Reinhard (2018): 582–589.

⁴ Reinhard (2018): 582.

⁵ Np. Luksemburga w 1999 r., Japonii – 2000, Hiszpanii – 2009; por. Reinhard (2018): 582.

⁶ Lach (2018): 114–176.

II. HOLENDERSKI SYSTEM ŚWIADCZEŃ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I JEGO EWOLUCJA

Wprowadzony w 1968 r. holenderski system ubezpieczenia od „nadzwyczajnych kosztów choroby/ leczenia” (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*) stanowił jedynie element holenderskiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego⁷. Finansowanie było zasadniczo składkowe⁸, uzupełniane przez dotacje budżetowe⁹. Zarząd środkami finansowymi, zawieranie umów umożliwiających świadczeniobiorcom korzystanie ze świadczeń długoterminowej opieki, ich nadzorowanie i rozliczanie stanowiły zadanie podmiotów organizujących system opieki zdrowotnej¹⁰. Warto przy tym zauważyć, że ich rola ograniczała się do czynności administracyjnych, jako że wydatki na sfinansowanie świadczeń były im zwracane w pełnej wysokości przez działającą na szczeblu ogólnokrajowym radę ubezpieczenia zdrowotnego (*College voor zorgverzekeringen, CVZ*) zarządzającą ogólnym funduszem nadzwyczajnych kosztów choroby/ leczenia (*Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten*).

Przynależność ubezpieczenia od „nadzwyczajnych kosztów choroby/ leczenia” do systemu opieki zdrowotnej widoczna była także w katalogu świadczeń, pierwotnie wyłącznie rzeczowych¹¹. Dopiero w 1996 r. umożliwiono świadczeniobiorcom wybór pomiędzy korzystaniem ze świadczeń rzeczowych a pobieraniem zasiłku pielęgnacyjnego (tzw. osobisty budżet). Rozwiązanie to miało służyć kilku celom: po pierwsze, chodziło o ograniczenie rosnących kosztów systemu; po drugie, chciano w ten sposób uwzględnić oczekiwania ubezpieczonych co do możliwości swobodnego wyboru opiekuna¹²; po trzecie wreszcie, miało ono umożliwić świadczeniodawcom oferowanie nowych, bardziej zindy-

⁷ Skuban (2004): 161–162; Stöckl (2011): 115; Dijkhoff (2018): 311.

⁸ Pierwotnie składka wynosiła 1,2% podstawy wymiaru ograniczonej kwotowo do kwoty równej granicy pierwszego progu podatkowego (Winters [1995]: 140), aby w kolejnych latach systematycznie i znacznie wzrosnąć: w roku 1980 do 3,2% (Keß [1980]: 381), w roku 1992 do 8,3% (Winters [1999]: 318), w roku 1997 do 8,85% (Okma [1998]: 93) w roku 2000 do 10,25%, przewyższając składkę na ubezpieczenie zdrowotne (w roku 2000 wynosiła ona 8,1% przy niższej granicy podstawy wymiaru) (Skuban [2004]: 169), w roku 2009 do 12,15% (Stöckl [2011]: 126), w roku 2014 do 12,65% (Dijkhoff [2018]: 325). Trzeba mieć jednak na uwadze, że katalog świadczeń ubezpieczenia od „nadzwyczajnych kosztów choroby/ leczenia” jest bardzo szeroki: w 1998 r. ubezpieczenie to pokrywało ok. 42% wydatków na szeroko rozumianą opiekę zdrowotną. Dla porównania w Niemczech wydatki ubezpieczenia pielęgnacyjnego szacowano na ok. 8% wszystkich wydatków na zdrowie; Skuban (2004): 169.

⁹ Keß (1980): 385–386; Poske (1984): 297–299; Winters (1999): 317–320; Skuban (2004): 168–170; Stöckl (2011): 125–128.

¹⁰ Por. Okma (1998): 93; Stöckl (2011): 115. Wobec relatywnie niskiej granicy podstawy wymiaru składki (równej granicy pierwszego progu podatkowego (Winters [1995]: 140), publiczna część systemu (*ziekenfondsen*) obejmowała tylko ok. 70% ubezpieczonych, pozostałe 30% korzystało z ubezpieczalni prywatnych (Skuban [2004]: 161, 168–170).

¹¹ Keß (1980): 381; Poske (1984): 293; Winters (1999): 311; Skuban (2004): 165–166.

¹² Skuban (2004): 166–167. Warto przy tym zaznaczyć, że zatrudnianie opiekunów było organizowane nie przez świadczenioborcę samodzielnie, ale przez tzw. stowarzyszenie świadczenioborców (*gebruikersvereniging*), do którego należeli wszyscy beneficjenci systemu chcący otrzymać zasiłek w miejsce świadczeń rzeczowych, Okma (1998): 94.

widualizowanych form opieki¹³. Nie wyodrębniano jednak „niesamodzielności” jako odrębnego ryzyka socjalnego; nadal chodziło o ubezpieczenie kosztów choroby/ leczenia, tyle że „nadzwyczajnych”, związanych z opieką i wsparciem¹⁴.

Trzeba także przywołać przepisy ustawy o wsparciu socjalnym (*Wet maatschappelijke ondersteuning*, WMO), która od 1 stycznia 2007 r. zobowiązała gminy do zagwarantowania mieszkańcom określonych świadczeń socjalnych, w tym także i takich, które wcześniej były organizowane i finansowane przez ubezpieczenie AWBZ (np. usługi opieki i wsparcia w odniesieniu do prowadzenia gospodarstwa domowego, zaopatrzenie w wyroby lecznicze i środki pomocnicze). W literaturze podkreślono przy tym, że w istocie doszło do pogorszenia sytuacji osób potrzebujących długoterminowej opieki, gdyż zamiast świadczeń gwarantowanych w systemie ubezpieczeniowym wprowadzono świadczenia pomocowe, co do których udzielenia nie istnieje możliwość konstruowania roszczenia¹⁵.

Od 1 stycznia 2015 r. obowiązuje nowa ustawa o opiece długoterminowej (*Wet Langdurige Zorg*, WLZ), która zastąpiła ustawę o ubezpieczeniu od „nadzwyczajnych kosztów choroby/ leczenia”, w omawianym w niniejszym opracowaniu zakresie nie wprowadziła jednak żadnych zasadniczych zmian. Co się tyczy finansowania systemu, to przejęto zasady obowiązujące pod rządami AWBZ: ubezpieczeni opłacają składkę, której wysokość zależy od przychodów, przy ustawowo określonej górnej granicy podstawy wymiaru składki, ponoszą także udział własny w kosztach świadczeń (zależny od rodzaju świadczeń oraz przychodu), dodatkowo fundusz opieki długoterminowej zasilają dotacje budżetowe¹⁶. Z punktu widzenia organizacji systemu zmieniło się niewiele: udzielanie/ udostępnianie świadczeń opieki długoterminowej przewidzianych w WLZ pozostało zadaniem instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Zasadnicza rola przypada jednak centralnemu biurowi administracyjnemu (Centraal Administratie Kantoor, CAK), które zbiera składki i przekazuje je do funduszu opieki długoterminowej (zarządzanego przez Radę Ubezpieczeń Zdrowotnych – College voor Zorgverzekeringen), a następnie opłaca koszty świadczeń opieki długoterminowej, działając przy tym w imieniu regionalnych biur opieki¹⁷.

W literaturze wskazuje się, że mimo szeregu reform opieka długoterminowa pozostała integralną częścią systemu opieki zdrowotnej¹⁸. Podkreślenia w tym kontekście wymaga, że od 2015 r. niektóre świadczenia rzeczowe opieki długoterminowej, gwarantowane dotąd w ramach ubezpieczenia od „nadzwyczajnych kosztów choroby/ leczenia”, zostały przesunięte do systemu ubezpieczenia zdrowotnego (np. świadczenia opieki i pielęgnacji geriatrycznej, także środowiskowej), względnie wydłużono okresy ich finansowania w ramach systemu opieki zdrowotnej¹⁹.

¹³ Okma (1998): 93.

¹⁴ Skuban (2004): 162; Stöckl (2011): 114, 116.

¹⁵ Stöckl (2011): 121–123.

¹⁶ Dijkhoff (2018): 325.

¹⁷ Dijkhoff (2018): 326–327.

¹⁸ Dijkhoff (2018): 311.

¹⁹ Dijkhoff (2018): 341.

III. ZASIŁKOWY SYSTEM ZAOPATRZENIA PIELEGNACYJNEGO W AUSTRII

Jak już wspomniano, austriacki zasiłkowy system zaopatrzenia pielęgnacyjnego był pierwszym w Europie systemem stworzonym od podstaw z myślą o zabezpieczeniu społecznym obywateli na wypadek ziszczenia się ryzyka niesamodzielnosci. Z tego też względu u jego podstaw legło uznanie i zdefiniowanie niesamodzielnosci (*Pflegebedürftigkeit*)²⁰ jako odrębnego i samodzielnego ryzyka socjalnego²¹.

Mając na uwadze, że Austria jest krajem federalnym, a określone kompetencje z zakresu szeroko rozumianej opieki i pielęgnacji przysługiwały zarówno krajom związkowym²², jak i federacji²³, podstawą stworzenia systemu zaopatrzenia pielęgnacyjnego stało się porozumienie z 6 maja 1993 r. o „wspólnych działaniach federacji i krajów związkowych dla osób potrzebujących opieki/pięlegnacji”²⁴. Uzgodniono w nim wprowadzenie wszechstronnego zaopatrzenia osób niesamodzielnich (*Vorsorge für pflegebedürftige Personen*), zapewniającego świadczenia zarówno pieniężne (zasiłki), jak i rzeczowe (przez udostępnianie usług opieki i pielęgnacji: ambulatoryjnych, częściowo lub w pełni stacjonarnych), udzielane niezależnie od przyczyny niesamodzielnosci, a także wysokości dochodów lub posiadanego majątku (art. 1). Organizacja świadczeń rzeczowych, polegająca jednak tylko na samodzielnym prowadzeniu lub też koordynowaniu funkcjonowania zakładów opieki, zapewnieniu minimalnych standardów ich działania oraz udzielania stosownej informacji i doradztwa, leży w gestii krajów związkowych²⁵, natomiast obowiązki w zakresie zorganizowania wypłaty zryczałtowanych świadczeń pieniężnych podzielono pomiędzy federację i kraje związkowe (art. 3 i 4). Na szczeblu federalnym przyjęto przy tym interesujące rozwiązanie: najogólniej rzecz ujmując, połączono uprawnienie do zasiłku pielęgnacyjnego z uprawnieniem do innych świadczeń z szeroko rozumianego zabezpieczenia społecznego. Szeroki katalog osób uprawnionych w ramach poszczególnych systemów świadczeniowych definiuje § 2 federalnej ustawy o wprowadzeniu zasiłku pielęgnacyjnego (BPGG)²⁶. Instytucjami właściwymi do wypłaty zasiłków są przy tym te instytucje zabezpieczenia społecznego, które wypłacają świadczenie podstawowe (*Grundleistung*) (por. § 22 BPGG). W literaturze

²⁰ Dosłownie: „zapotrzebowanie na opiekę/pięlegnację”. Szerzej na temat pojęcia niesamodzielnosci jako odpowiednika niemieckiego pojęcia *Pflegebedürftigkeit* por. Przybyłowicz (2013): 11–12.

²¹ Pfeil (1998): 52; (2007): 4.

²² Np. w odniesieniu do zwalczania ubóstwa oraz wspierania osób niepełnoprawnych; por. art. 12 ust. 1 w zw. z art. 15 ust. 6 oraz art. 15 ust. 1 austriackiej federalnej ustawy konstytucyjnej (*Bundesverfassungsgesetz – B-VG*).

²³ Np. w odniesieniu do ubezpieczeń społecznych, opieki nad inwalidami wojennymi i urzędników państwowych, por. art. 10 ust. 1 i art. 16 B-VG.

²⁴ *Bundesgesetzesblatt für die Republik Österreich*, BGBl. Nr. 866/1993.

²⁵ Stöckl (2011): 69–72.

²⁶ *Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird* [Bundespflegegeldgesetz, BPGG], BGBl. Nr. 110/1993.

stwierdzano w tym kontekście, że wprowadzenie utrzymania wielości instytucji wypłacających świadczenia oznacza, iż organizacyjnie zaopatrzenie pielęgnacyjne pozostało nieprzejrzyste, z drugiej jednak strony umożliwiło ono szybkie wprowadzenie nowego systemu²⁷. Natomiast kraje związkowe (w niektórych sytuacjach gminy) wypłacają (poprzez swoje organy) świadczenia osobom niesamodzielnym niemającym prawa do świadczeń federalnych. Zasadniczo chodzi przy tym o cztery grupy osób: (1) członków rodziny ubezpieczonych (uposażonych), (2) beneficjentów pomocy społecznej, (3) osoby w okresie aktywności zawodowej, w odniesieniu do których niesamodzielnosc nie jest spowodowana wypadkiem przy pracy (ubezpieczonej aktywności) lub chorobą zawodową oraz (4) urzędników krajów związkowych (gmin) i pozostałych po nich przy życiu członków rodzin²⁸. Szczegóły regulują ustawy o zasiłku pielęgnacyjnym poszczególnych krajów związkowych (Landespflegegeldgesetz – LPGG)²⁹.

Podział kompetencji w zakresie organizacji przenosi się także na płaszczyznę finansową: federacja opłaca – z ogólnych środków budżetowych – świadczenia wypłacane osobom uprawnionym na podstawie § 2 BPGG (poprzez zwrot kosztów poniesionych na wypłatę zasiłków instytucjom właściwym, por. § 23 BPGG), w pozostałych sytuacjach świadczenia finansują – z własnych środków – poszczególne kraje związkowe lub gminy. Wyjątkiem jest sytuacja, w której niesamodzielnosc jest wynikiem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej – wówczas świadczenia wypłacane są przez właściwą instytucję ubezpieczenia wypadkowego (por. art. 10 porozumienia)³⁰. Zasadniczo zatem zasiłki pielęgnacyjne, choć wypłacane w przeważającej mierze przez instytucje ubezpieczeń społecznych, finansowane są ze środków budżetowych³¹. W piśmiennictwie podkreśla się, że przyjęte rozwiązanie uniezależnia prawo do tych świadczeń od wykazywania okresów ubezpieczeniowych lub opłacania składek, a zatem umożliwia ich udzielanie także takim osobom, które nie były objęte systemem ubezpieczeń społecznych (lub były nim objęte tylko w ograniczonym zakresie), np. z uwagi na prekaryjne zatrudnienie³².

Generalnie ówczesne funkcjonowanie austriackiego systemu oceniane jest w doktrynie raczej pozytywnie, jakkolwiek z punktu widzenia jego organizacji wskazuje się na problemy kolizyjne na styku z systemami: opieki zdrowotnej, świadczeń z tytułu niezdolności do pracy i niepełnosprawności oraz – uwarunkowane federalną strukturą systemu – problemy dotyczące organizacji świadczeń rzeczowych, leżące w kompetencjach 10 prawodawców – krajów związkowych³³. Niemniej nie zdecydowano się dotąd na przebudowę rozwiązań dotyczących organizacji lub finansowania systemu.

²⁷ Mager, Manegold (1999): 341, 350.

²⁸ Pfeil (1998): 53, 61.

²⁹ Stöckl (2011): 64.

³⁰ Pfeil (1998): 53–54; Mager, Manegold (1999): 349; Stöckl (2011): 82–83; Pfeil (2018): 33–34.

³¹ Warto jednak przy tym zauważyć, że wprowadzając ustawę o zasiłku pielęgnacyjnym, podniesiono również składkę na ubezpieczenie zdrowotne, co umożliwiło obniżenie dotacji budżetowej dla systemu opieki zdrowotnej. W efekcie uzyskano środki na sfinansowanie zasiłków pielęgnacyjnych, nie obciążając dodatkowo budżetu; Mager, Manegold (1999): 349; Stöckl (2011): 83.

³² Pfeil (2018): 46; Reinhard (2018): 589.

³³ Pfeil (2018): 53–54.

IV. NIEMIECKIE SPOŁECZNE UBEZPIECZENIE PIELĘGNACYJNE

W toku prowadzonej w Niemczech już od lat siedemdziesiątych XX w. dyskusji dotyczącej rozwiązania problemu zabezpieczenia potrzeb osób niesamodzielnych przedstawiano różne koncepcje ukształtowania systemu świadczeniowego: od przebudowy ubezpieczenia zdrowotnego, poprzez wprowadzenie systemu zasiłkowego, aż do ubezpieczenia ryzyka niesamodzielności w ramach ubezpieczenia społecznego³⁴. Ostatecznie zdecydowano się na stworzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego jako piątego elementu niemieckiego systemu ubezpieczeń społecznych, charakteryzującego się jednak szeregiem odrębności³⁵. Zarówno dyskutowane koncepcje, jak i ostatecznie wprowadzone regulacje z zakresu organizacji i finansowania systemu niemieckiego ubezpieczenia pielęgnacyjnego były już omawiane w polskiej literaturze³⁶. Z tego względu w tym miejscu można ograniczyć się do naszkicowania przyjętych i zasadniczo niezmiennych od 1995 r. rozwiązań.

Instytucjami społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego są kasy pielęgnacyjne (*Pflegekassen*), tworzone przy kasach chorych. Oba podmioty mają wspólne organy, a pracodawcą osób pracujących na rzecz kasy pielęgnacyjnej jest kasa chorych (ks. XI § 46 niemieckiego Kodeksu socjalnego [Sozialgesetzbuch, – SGB]). Niemniej podmiotem wszelkich praw i obowiązków wynikających z przepisów regulujących ubezpieczenie pielęgnacyjne są kasy pielęgnacyjne jako osoby prawne prawa publicznego. Działają one we własnym imieniu i ponoszą odpowiedzialność za swe działania, prowadzą również odrębną księgowość i mają własne statuty, stanowiące podstawę ich funkcjonowania. Z formalnego punktu widzenia kasy pielęgnacyjne są zatem podmiotami całkowicie odrębnymi od kas chorych, jakkolwiek przy wykonywaniu swoich zadań posługują się ich personelem i zasobami materialnymi³⁷. Przyjęte rozwiązanie uzasadniano zarówno bliskim powiązaniem ryzyka niesamodzielności z ryzykiem niezdrowia (jako ryzyk powszechnych i wymagających zapewnienia świadczeń rzeczowych)³⁸, jak i doświadczeniem kas chorych w zakresie organizowania świadczeń opieki długoterminowej³⁹.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne finansowane jest ze składek obciążających ubezpieczonych i ich pracodawców, obliczanych od ograniczonej ustawowo

³⁴ Raible (1983); Nesecker (1984); Naegele (1984); Nesecker (1985).

³⁵ Chodzi np. o zasadę uzupełniającej roli ubezpieczenia pielęgnacyjnego, gwarantującego świadczenia zryczałtowane i ograniczone kwotowo i możliwość wyboru pomiędzy świadczeniami pieniężnymi i rzeczowymi i ich łączenie. Por. m.in. Landenberger (1994); Evers (1995); Rothgang (1996); Schütze (2016).

³⁶ Przybyłowicz (2017): 46–79, 165–182.

³⁷ Przybyłowicz (2017): 166; Igl (1994): 3192; Udsching, Schütze (2018): 415.

³⁸ Niemniej w literaturze akcentowano odmienną obustronnie rolę ryzyka, a wyodrębnienie finansowe ubezpieczenia pielęgnacyjnego uzasadniano m.in. niebezpieczeństwem subwencjonowania ze środków systemu długoterminowej opieki bieżących kosztów opieki zdrowotnej, do czego mogłyby dojść w przypadku połączenia zasobów przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń z tytułu wystąpienia ryzyka niezdrowia i niesamodzielności, Nesecker (1985): 4.

³⁹ Notstadt (1994): 39.

podstawy wymiaru. Rozwiązanie to zostało przyjęte, aby zapewnić systemowi stabilny fundament finansowy⁴⁰. Stopa procentowa składki wynosi obecnie 2,55%⁴¹, przy czym dla osób uprawnionych do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej na podstawie przepisów szczególnych (np. urzędników państwowych) stopa składki jest o połowę niższa (por. § 55 ust. 1 zd. 2 SGB XI), co budzi zastrzeżenia odnośnie do zgodności z niemiecką ustawą zasadniczą⁴². Warto także zauważyć, że wykonując wyroki niemieckiego Federalnego Trybunału Konstytucyjnego odnoszące się do kwestii ciężarów składkowych w ustawowym i dobrowolnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym⁴³, ustawodawca niemiecki wprowadził dodatek dla bezdzietnych do składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne (*Beitragszuschlag für Kinderlose*) dla wszystkich bezdzietnych ubezpieczonych powyżej 23 roku życia (w wysokości 0,25% podstawy wymiaru), bez względu na powód bezdzietności⁴⁴.

Na zakończenie należy wskazać, że jakkolwiek ubezpieczenie pielęgnacyjne było przedmiotem szeregu nowelizacji⁴⁵, to nie dotyczyły one zasadniczo kwestii jego organizacji i przyjętych zasad finansowania. Niemniej trzeba zauważyć, że w piśmiennictwie niemieckim od lat postuluje się poszerzenie zakresu podmiotowego systemu, a w konsekwencji także uwzględnienie w podstawie wymiaru składki różnych źródeł przychodu i przejście do powszechnego ubezpieczenia „narodowego” (*Volksversicherung*) lub „obywatelskiego” (*Bürgerversicherung*)⁴⁶.

V. UWAGI KOŃCOWE

Przedstawione wyżej rozwiązania przyjęte w Holandii, Austrii i Niemczech pokazują, że możliwe są różne warianty ukształtowania kwestii organizacyjno-finansowych systemu gwarantującego świadczenia opieki długoterminowej. Odnosząc się, na tle doświadczeń holenderskich, do utrzymania w Polsce *status quo*: organizowania świadczeń rzeczowych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i wypłaty świadczeń pieniężnych przez instytucje pomocy społecznej i wsparcia jednostki i rodziny, trzeba wskazać, że za takim rozwiązaniem opowiadał się – już dekadę temu – Jan Jończyk. Postulował on bowiem „dywersyfikację ryzyka trwałej opieki pielęgnacyjnej i szersze stosowanie instytucji prawa po-

⁴⁰ Neseke (1984): 144.

⁴¹ Pierwotnie składka była ustalona w wysokości 1% podstawy wymiaru, a w literaturze szacuje się, że demograficznie warunkowany wzrost liczby osób potrzebujących długotrwałej opieki do ponad 4,5 mln w roku 2040 spowoduje wzrost stopy składki do 3,75%–4,25%; Englert (2014): 9.

⁴² Bieback (1997).

⁴³ Wyroki z 3 kwietnia 2001 r. w sprawach 1 BvR 1629/94 oraz 1 BvR 1681/94.

⁴⁴ Rothgang (2001); Estelmann (2002); Hungenberg (2005); Bauer, Krämer (2005); Przybyłowicz (2017): 177.

⁴⁵ Tabelaryczne zestawienie zmian: Popp (2011): 14–20.

⁴⁶ Hajen, König (2011): 391; Rothgang (2004): 614; Kruse, Kruse (2005): 34–38; Rothgang, Jacobs (2011).

mocy (opieki) społecznej oraz ograniczenie ustawowej regulacji tej materii jako uprawnień o charakterze powszechnym i roszczeniowym⁴⁷. Wydaje się jednak, że wobec masowości zjawiska i powszechności ryzyka nie jest to rozwiązanie optymalne. Rozbicie organizacyjne i oddzielenie podmiotów organizujących świadczenia rzeczowe z jednej, a wypłacających świadczenia pieniężne z drugiej strony utrudnia zarządzanie środkami i kontrolę ich wydatkowania. Nie można przy tym pominąć faktu, że składka na system opieki długoterminowej w Holandii jest bardzo wysoka (nawet uwzględniając niską granicę podstawy jej wymiaru). Należyte rozbudowanie katalogu świadczeń rzeczowych wiązałyby się zatem z koniecznością podniesienia – zapewne znacznego – składki na ubezpieczenie zdrowotne. Pojawiłby się także problem wykluczenia/ ograniczenia niebezpieczeństwa finansowania w pierwszej kolejności świadczeń opieki zdrowotnej „na koszt” świadczeń opieki długoterminowej⁴⁸.

Wydaje się raczej, że zdefiniowanie ryzyka niesamodzielności jako samodzielnego powszechnego ryzyka socjalnego⁴⁹ uzasadnia postulat stworzenia odrębnego i powszechnego systemu świadczeń służących kompensowaniu skutków jego ziszczenia się, którego beneficjentami – niezależnie od konkretnych rozwiązań dotyczących katalogu gwarantowanych świadczeń – powinny być zasadniczo osoby niesamodzielne. Możliwe są jednak różne rozwiązania dotyczące organizacji i finansowania takiego systemu.

Nawiązując do świadczeń austriackich, można stwierdzić, że zasadniczą zaletą zasiłkowego systemu zaopatrzenia pielęgnacyjnego jest okoliczność, iż budżetowe finansowanie pozwala na uwzględnianie rozmaitych społecznych kontekstów kształtujących system podatkowy oraz objęcie systemem osób pozostających poza systemem ubezpieczeń społecznych. Z kolei wypłata zasiłków pielęgnacyjnych za pośrednictwem instytucji zabezpieczenia społecznego realizujących świadczenie podstawowe stanowi znaczne ułatwienie dla beneficjentów systemu, a jednocześnie pozwala na rezygnację z tworzenia odrębnej struktury organizacyjnej. Nie sposób jednak nie zauważyć, że koszty świadczeń dla rosnącej liczby osób niesamodzielnych bardzo obciążałyby finanse publiczne⁵⁰, a likwidacja obecnie istniejących świadczeń oraz ulg podatkowych mogłaby nie zrekompensować kosztów funkcjonowania nowo stworzonego systemu.

Już tylko z tego względu wydaje się, że – przywołując doświadczenia niemieckie – należy raczej postulować zapewnienie nowo tworzonemu systemowi solidnych i trwałych fundamentów finansowych przez wprowadzenie obowiązku składkowego. Wobec powszechności ryzyka niesamodzielności oraz masowej skali sytuacji, w których występuje potrzeba długookresowej opieki, inne rozwiązania, w szczególności finansowanie ze środków budżetowych, nie wydają się optymalne. Warto przy tym zauważyć, że składka nie tylko zapewnia solidne fundamenty finansowe, ale także wzmacnia pozycję świadczeniobior-

⁴⁷ Jończyk (2009): 2.

⁴⁸ Neseke (1985): 4.

⁴⁹ Lach (2018): 107–113.

⁵⁰ Augustyn (2010): 164.

ców: zgłoszenie do systemu i opłacenie składki prowadziłoby do rozpoczęcia fazy gwarancyjnej i nabycia prawa do gwarantowanych w systemie świadczeń, realizowanych w wyniku ziszczenia się ryzyka niesamodzielności⁵¹.

Jak trafnie zauważono w literaturze, system zasiłkowy „degraduje” ryzyko niesamodzielności, sprowadzając je do przesłanki wypłaty świadczeń dla określonej grupy osób⁵², podczas gdy system powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego przede wszystkim służy ochronie ogółu (brak systemu oznaczałby konieczność finansowania świadczeń opieki długoterminowej ze środków budżetowych), a dopiero w drugiej kolejności ma na celu ochronę jednostek i zagwarantowanie im prawa do świadczeń w sytuacji spełnienia się ryzyka niesamodzielności⁵³. Mając nadto na uwadze te wypowiedzi doktryny niemieckiej, które wobec charakteru ryzyka niesamodzielności postulują ukształtowanie systemu jako powszechnego i obciążenie składką wszystkich źródeł przychodu, trzeba zauważyć, że takie rozwiązanie przyjęto w polskim systemie ubezpieczenia zdrowotnego. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby zastosować je także w odniesieniu do proponowanego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Odnosząc się na tym tle do ewentualnego uwzględniania w wysokości składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne (a także generalnie w odniesieniu do ubezpieczeń społecznych) faktu wychowywania dzieci – potencjalnych przyszłych płatników składek oraz nieformalnych opiekunów – jako szczególnego rodzaju wkładu do wspólnoty ryzyka, trzeba zauważyć, że takie rozwiązanie budzi szereg wątpliwości. Abstrahując nawet od – technicznej jednak – kwestii ustalenia formuł pozwalających na zliczenie wkładu „naturalnego” (pokoleniowego) i wkładu monetarnego⁵⁴, problematyczna wydaje się przede wszystkim ocena dopuszczalności takiego zróżnicowania ubezpieczonych w świetle wytycznych konstytucyjnych konstruujących systemy prawa socjalnego. W szczególności chodzi tu o ogólną zasadę równości z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP oraz prawo rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej do szczególnej pomocy władz publicznych statuowane w art. 71 ust. 1 zd. 2 Konstytucji RP⁵⁵ (np. w formie obniżonych lub „niepodwyższonych” składek).

Co się natomiast tyczy organizacji systemu, to trzeba uznać, że jest ona pochodną przyjętego katalogu świadczeń. Ograniczenie go do świadczeń pieniężnych pozwalałoby – jak w Austrii – na obciążenie zadaniem ich wypłaty już istniejące podmioty zabezpieczenia społecznego (ZUS, KRUS) lub administracji świadczącej (np. ośrodki pomocy społecznej). Wydaje się jednak celowe, aby system gwarantował także świadczenia rzeczowe, nawet jeśli nieformalna opieka w warunkach domowych jest na ogół rozwiązaniem optymalnym⁵⁶.

⁵¹ Należy postulować, aby – podobnie jak w systemie ubezpieczenia zdrowotnego – nieposiadający własnego tytułu ubezpieczeniowego członkowie rodziny ubezpieczonego byli współubezpieczeni bezskładkowo, zatem prawo do świadczeń przysługiwałoby także dziecku, co do którego ustalono wrodzoną potrzebę długoterminowej opieki.

⁵² Rothgang (2004): 596, 611.

⁵³ Schulin (1994): 436.

⁵⁴ Rothgang (2001): 125.

⁵⁵ Por. wyroki TK: z 8 lipca 2014 r., P 33/13; z 21 października 2014 r., K 38/13.

⁵⁶ Lach (2018): 53–54.

Z jednej strony chodzi tu o szczególne potrzeby osób niesamodzielnych, którym opieka środowiskowa nie mogłaby sprostać, z drugiej – o tzw. świadczenia wytchnieniowe dla nieformalnych opiekunów oraz sytuacje, w których opieka w warunkach domowych przejściowo nie jest możliwa⁵⁷. Przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki długoterminowej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczania wymaga odrębnego instrumentarium, którym nie dysponują podmioty zajmujące się wypłatą świadczeń pieniężnych. Stosowne zasoby i doświadczenie umożliwiające organizowanie świadczeń rzeczowych, także z zakresu opieki długoterminowej, posiada natomiast NFZ. Należy przy tym uznać, że nic nie stoi na przeszkodzie, by również w odniesieniu do nowo stworzonego systemu zastosować koncepcję powierniczego zarządcy⁵⁸. W tym kontekście trzeba nadto podnieść, że z uwagi na powszechny charakter ryzyka niesamodzielności i brak jego związku z aktywnością zawodową system taki nie powinien stać się częścią systemu ubezpieczeń społecznych. Jak się wydaje, należałoby raczej ukształtować go właśnie jako system równoległy do systemu opieki zdrowotnej, formalnie odrębny, przy czym być może – jak w Niemczech – w pewnym sensie powiązany organizacyjnie.

Podsumowując, można stwierdzić, że optymalnym rozwiązaniem kwestii zabezpieczenia potrzeb z zakresu opieki długoterminowej wydaje się stworzenie powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, finansowanego składkowo, gwarantującego świadczenia zarówno rzeczowe, jak i pieniężne (wraz z możliwością ich łączenia). Uzasadnieniem i sensem wyodrębnienia nowego systemu jest przy tym kompleksowe rozwiązanie kwestii społecznej zabezpieczenia potrzeby opieki długoterminowej wynikającej z szeroko rozumianej niesamodzielności, a w konsekwencji – ochrona godności najsłabszych członków społeczeństwa.

Daniel E. Lach
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
lach@amu.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0001-6223-5356>

- Augustyn, M. (2010). *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Warszawa.
- Bauer, K., Krämer, O. (2005). Das Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung. *Neue Juristische Wochenschrift* 58(4): 180–182.
- Bieback, K.-J. (1997). Der Grundsatz der hälftigen Beitragslast im Beitragsrecht der Sozialversicherung. *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* 15(2): 117–145.
- Błędowski, P., Wilmonska-Pietruszyńska, A. (2009). Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań. *Polityka Społeczna* 7: 9–13.
- Dijkhoff, T. (2018). Long-term care in the Netherlands, [w:] U. Becker, H.-J. Reinhard (eds.), *Long-Term Care in Europe: A Juridical Approach*. Springer: 309–352.
- Englert, N. (2014). Quo vadis Pflegeversicherung – Bürgerversicherung oder private Kapitaldeckung? *Wege zur Sozialversicherung* 64(1): 9–13.

⁵⁷ Przybyłowicz (2017): 135–144.

⁵⁸ Lach (2009): 38–47.

- Estelmann, M. (2002). Das „Beitragskindurteil“ des Bundesverfassungsgerichtes vom 3.4.2001–1 BvR 1629/94. *Die Sozialgerichtsbarkeit* 49(5): 245–255.
- Evers, A. (1995). Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozess der politischen Umsetzung. *Sozialer Fortschritt* 44(2): 23–28.
- Hajen, L., König, N. (2011). Pflegeversicherung und Kapitaldeckung. *Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis* 50(7): 385–398.
- Hungenberg, H. (2005). Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung. *Wege zur Sozialversicherung* 59(4): 104–115.
- Igl, G. (1994). Die soziale Pflegeversicherung. *Neue Juristische Wochenschrift* 47(49): 3185–3194.
- Jończyk, J. (2009). Zagadnienia trwałej opieki pielęgnacyjnej. *Praca i Zabezpieczenie Społeczne* 50(6): 2–8.
- Jorens, Y., Spiegel, B. (2011). Coordination of Long-term Care Benefits – current situation and future prospects, Think Tank Report.
- Keß, W. (1980). Die Pflege-(Volks)versicherung in den Niederlanden, *Die Ersatzkasse*: 381–387.
- Kruse, U., Kruse, S. (2005). Was wird aus der Pflegeversicherung? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 59(11–12): 31–38.
- Lach, D.E. (2009). Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego (na przykładzie ubezpieczenia zdrowotnego). *Państwo i Prawo* 64(3): 34–47.
- Lach, D.E. (2018). Niesamodzielność jako ryzyko społeczne. *Poznań*.
- Landenberger, M. (1994). Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozialstaates. *Zeitschrift für Sozialreform* 40(5): 314–342.
- Mager, H.-C., Manegold, N. (1999). Pflegesicherung in Österreich, [w:] R. Eisen, H.-C. Mager (Hrsg.), *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern*. Opladen: 335–352.
- Naegele, G. (1984). Zum aktuellen Diskussionstand der Kostenneuordnung bei Pflegebedürftigkeit. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 10: 322–339.
- Neseke, H. (1984). Zum Stand der Bemühungen um eine Regelung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Alter. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 64(4): 141–147.
- Neseke, H. (1985). Sozialversicherungsrechtliche Absicherung des allgemeinen Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit – Voraussetzungen, Leistungen. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 65(1): 2–6.
- Nostadt, F. (1994). Organisation und Finanzierung. *Bundesarbeitsblatt* 8–9: 39–42.
- Okma, K. (1998). Die Pflegeversicherung in den Niederlanden, [w:] K. Sieveking (Hrsg.), *Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union*. Baden-Baden: 91–98.
- Pfeil, W. (1998). Die Pflegevorsorge in Österreich, [w:] K. Sieveking (Hrsg.), *Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union*. Baden-Baden: 51–65.
- Pfeil, W. (2007). Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Versuch einer Einführung in eine komplexe Problematik, [w:] W. Pfeil (Hrsg.), *Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich*. Wien: 1–8.
- Pfeil, W. (2018). Benefit Structures for Persons Dependent on Long-Term Care in Austria, [w:] U. Becker, H.-J. Reinhard, *Long-Term Care in Europe: A Juridical Approach*, Springer: 19–55.
- Popp, M. (2011). Die Pflegeversicherung – Stand, Probleme und Prognose. *Hamburg*.
- Poske, D. (1984). Sicherung bei Pflegebedürftigkeit im Rechtsvergleich mit den Niederlanden – Modell oder Fehlentwicklung? *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 64(8): 290–299.
- Przybyłowicz, A. (2013). O pojęciu niesamodzielności w Księdze XI niemieckiego Kodeksu socjalnego – Ubezpieczenie pielęgnacyjne. *Praca i Zabezpieczenie Społeczne* 54(10): 10–16.
- Przybyłowicz, A. (2017). Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. *Warszawa*.
- Raible, A. (1983). Bessere Absicherung des Pflegebedürftigkeit als ordnungspolitisches Problem und Problem der Kostenumschichtung im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Sozialreform* 38(12): 745–769.
- Reinhard, H.-J. (2018). Comparison, [w:] U. Becker, H.-J. Reinhard (eds.), *Long-Term Care in Europe: A Juridical Approach*. Springer: 579–602.

- Rothgang, H. (1996). Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die Gesetzliche Krankenversicherung, [w:] L. Clausen, Gesellschaften im Umbruch. Frankfurt–New York: 930–946.
- Rothgang, H. (2001). Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für die Neuordnung der Sozialversicherung. Sozialer Fortschritt 50(5): 121–126.
- Rothgang, H. (2004). Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegesicherung. Darstellung und Bewertung. Zeitschrift für Sozialreform 50(6): 584–616.
- Rothgang, H., Jacobs, K. (2011). Substantiell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik 55(4): 9–18.
- Schulin, B. (1994). Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI – Grundstrukturen und Probleme. Neue Zeitschrift für Sozialrecht 3(10): 433–444.
- Schütze, B. (2016). 20 Jahre soziale und private Pflegeversicherung. Sozialrecht Aktuell (Sonderheft): 1–7.
- Skuban, R. (2004). Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt. Wiesbaden.
- Stöckl, E. (2011). Die Reform der österreichischen Pflegesicherung. Europäische Pflegesicherungsmodelle im Vergleich. Wien.
- Udsching, P., Schütze, B. (2018). SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Kommentar. München.
- Winters, S. (1995). Die Kostenentwicklung in der niederländischen Pflegeversicherung – ein lehrreiches Beispiel? [w:] U. Fachinger, H. Rothgang, Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: 139–154.
- Winters, S. (1999). Pflegesicherung in den Niederlanden, [w:] R. Eisen, H.-C. Mager, Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern: 309–321.

THE ORGANIZATION AND FINANCING OF
LONG-TERM CARE SERVICES IN SELECTED EU MEMBER STATES

S u m m a r y

The article presents the issues associated with constructing the system of services related to the risk of persons requiring long-term care. Model solutions for the organization and financing of the system adopted in the Netherlands, Germany and Austria are discussed and then used as a basis for the proposed construction of the long-term care system in Poland.

Keywords: long-term care insurance; organization and financing of the long-term care system

