

Łukasz Jurek

## Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne: porównanie międzynarodowe

### Wprowadzenie

W wielu krajach wysoko rozwiniętych, w tym również w Polsce, kwestia organizacji i finansowania opieki długoterminowej nabrała ostatnimi czasy szczególnego znaczenia. Ów problem stał się aktualny i ważny za sprawą dwóch dokonujących się równolegle procesów: intensywnego starzenia się ludności oraz postępującej defamilizacji opieki. Wzrost zapotrzebowania na formalne usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne pociągnął za sobą konieczność wdrożenia nowych rozwiązań w systemie zabezpieczenia społecznego.

W Polsce dominują dwie koncepcje usystematyzowania opieki długoterminowej, z której jedna odpowiada rozwiązaniom modelu ubezpieczeniowego, a druga — modelu zaopatrzeniowego. Wydaje się, że znacznie bardziej promowana jest pierwsza z tych opcji. Coraz głośniej mówi się o konieczności wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności, które określane jest mianem „ubezpieczenia pielęgnacyjnego”. Jednym z pionierów tej inicjatywy był profesor Zbigniew Religa, minister zdrowia w rządzie Jarosława Kaczyńskiego. W 2007 r. powołał on specjalny zespół ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym<sup>1</sup>. Zmiana

rządu, jaka nastąpiła zaraz potem, wstrzymała pracę nad tym projektem. Mimo zmiany ekipy rządzącej idea ubezpieczenia pielęgnacyjnego nie zaginęła. W 2009 r. ukazała się tzw. Zielona Księga Opieki Długoterminowej, która jednoznacznie rekomendowała jej wprowadzenie<sup>2</sup>.

Obecna rzeczywistość polityczna zdecydowanie nie sprzyja wprowadzeniu społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ponieważ wiązałoby się to ze zwiększaniem fiskalizmu i podniesieniem kosztów pracy, a w konsekwencji także z obniżeniem konkurencyjności gospodarki<sup>3</sup>. Czekać zatem na dogodniejsze warunki, przyjęto strategię „małych kroczków”. Zrezygnowano z przeprowadzenia rewolucji na rzecz wdrażania stopniowych, relatywnie małych zmian. Pierwszym etapem tego procesu ma być uchwalenie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, której zadaniem jest uporządkowanie systemu opieki długoterminowej i przygotowanie go do wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego (np. poprzez wdrożenie systemu orzecznictwa o niesamodzielności).

Powstaje w tym miejscu zasadnicze pytanie: na jakich zasadach miałyby funkcjonować to nowe ubezpieczenie? Trudno tutaj udzielić jednoznacznej odpowiedzi,

ponieważ szczegółowe rozwiązania nie zostały jeszcze ustalone. Prace w tym zakresie cały czas trwają. Warto jednak zaznaczyć, że prawodawca nie musi samodzielnie tworzyć „od podstaw” wszystkich rozwiązań, może bowiem skorzystać z doświadczeń krajów, które już wcześniej przeprowadziły tego typu zmiany. Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne funkcjonuje obecnie w pięciu krajach: Niemczech, Japonii, Holandii, Luksemburgu oraz Korei Południowej. Mając na uwadze fakt, że Polska chciałaby dołączyć do tej grupy, warto dokładnie przyjrzeć się organizacji systemu w poszczególnych krajach i szczegółowym rozwiązaniom, jakie zostały tam zastosowane.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie konstrukcji instytucjonalnej społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w pięciu krajach (Niemcy, Japonia, Holandia, Luksemburg, Korea Południowa). Poszukiwane będą odpowiedzi na następujące pytania: (1) na jakich zasadach funkcjonuje ubezpieczenie pielęgnacyjne w tych krajach? (2) jaka jest tam wysokość składki ubezpieczeniowej? (3) kto ma prawo do świadczeń? (4) jakie świadczenia są finansowane z ubezpieczenia? Artykuł ma charakter poglądowy. Na podstawie badań literaturowych zebrano stosowny materiał i przeprowadzono analizę porównawczą pomiędzy poszczególnymi krajami.

## Spółeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w Holandii

Program powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Holandii (AWBZ, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) został uchwalony 14 grudnia 1967 r. i był pierwszym tego typu projektem na świecie. Co prawda nie stworzono tutaj odrębnego systemu finansowania opieki długoterminowej, lecz jedynie zagwarantowano jej finansowanie

w ramach jednego z podsystemów zabezpieczenia zdrowotnego<sup>4</sup>. Celem tego podsystemu jest finansowanie „wyjątkowych”, „szczególnych” wydatków medycznych, których nie obejmuje tradycyjne ubezpieczenie zdrowotne. Świadczenia skierowane są tutaj do szerokiego grona osób z chronicznymi dolegliwościami: osób niesamodzielnych, osób z niepełnosprawnością umysłową lub fizyczną, osób psychicznie chorych.

Osobami ubezpieczonymi w AWBZ są wszystkie osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Ubezpieczycielem jest kasa ubezpieczenia nadzwyczajnych wydatków medycznych, która jest integralną częścią systemu ubezpieczenia zdrowotnego, jednak przy zachowaniu jej odrębności administracyjnej i finansowej.

Świadczenia opieki długoterminowej finansowane są z trzech źródeł: składki ubezpieczeniowej, dopłaty budżetowej, współpłacenia świadczeniobiorców. W 2005 r. udział wpływów z poszczególnych źródeł kształtował się następująco: 70% ze składek, 22% z podatków i 8% ze współpłacenia<sup>5</sup>. Współpłacenie oznacza, że świadczeniobiorcy zobowiązani są do partycypowania w kosztach otrzymywanych świadczeń. W wypadku pielęgnacji środowiskowej płać oni 12,60 euro za godzinę (około 1/3 kosztu całkowitego), a w wypadku pielęgnacji stacjonarnej płać 1800 euro za miesiąc pobytu w zakładzie opieki długoterminowej<sup>6</sup>. W niektórych sytuacjach wysokość dopłaty, jaką wnosi świadczeniobiorca, jest uzależniona od poziomu uzyskiwanych przez niego dochodów. Osoby ubogie mogą być częściowo lub całkowicie zwolnione z obowiązku współpłacenia. Składka ubezpieczeniowa AWBZ natomiast jest obliczana proporcjonalnie do dochodów. Wysokość procentowa składki jest zmienna i ustalana co roku przez rząd w odniesieniu do poziomu planowanych wydatków. Wysokość składki i jej zmienność w czasie przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Holandii: wydatki, świadczeniobiorcy, wysokość składki (1968 r., 1998 r., 2008 r.)

	1968 r.	1998 r.	2008 r.
Wydatki (w mld euro)	1	12,8	20,5
Liczba świadczeniobiorców (w tys. osób)	55	500	600
Wysokość składki (% dochodów)	0,41	9,6	12,15

Źródło: Centrum Oceny Potrzeb Opiekuńczych (CIZ) w Holandii, [www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/presentaties/Presentatie\\_Engels\\_2012.pdf](http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/presentaties/Presentatie_Engels_2012.pdf) (dostęp: 23.09.2013).

AWBZ jest niezwykle rozbudowanym systemem. O tym, jak dużo środków finansowych gromadzi i wydaje ten system, niech świadczy chociażby fakt, że w 2009 r. składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne wynosiła aż 12,15%, podczas gdy składka na tradycyjne ubezpieczenie zdrowotne wynosiła jedynie 6,9%<sup>7</sup>.

Z tabeli 1 wynika, że liczba świadczeniobiorców AWBZ lawinowo rośnie i równolegle, co jest oczywiste, rosną wydatki. Aby przynajmniej częściowo ograniczyć ten wzrost, w 2007 r. zdecydowano się na ograniczenie zakresu finansowanych świadczeń. Wsparcie w postaci pomocy domowej (prace gospodarskie, zaopatrzenie w urządzenia pomocnicze, modyfikacja przestrzeni mieszkalnej w celu dostosowania jej do potrzeb osoby niesamodzielnej, transport) zostało wyłączone z AWBZ i przeniesione do pomocy społecznej (WMO, Wet Maatschappelijke Ondersteuning), która jest administrowana przez gminy i finansowana z podatków. Od tego czasu opieka długoterminowa w Holandii przestała tworzyć odrębny i spójny — pod względem finansowym i administracyjnym — system.

Osoba starająca się o świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego w pierwszej kolejności zgłasza się do Centrum Oceny Potrzeb Opiekuńczych (CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg), które przeprowadza obiektywną i niezależną ocenę kondycji psychofizycznej. Nie ma tutaj podziału na stopnie (kategorie) niesamodzielności. Każda osoba dostaje indywidualne orzeczenie

opisujące poziom niesamodzielności i zakres niezbędnych świadczeń opiekuńczych. Ustalając zakres świadczeń, CIZ bierze pod uwagę sytuację rodzinną danej osoby, a konkretniej dostępność tzw. zwyczajowej opieki, którą członkowie rodziny powinni świadczyć sobie wzajemnie, kierując się altruizmem i potrzebą serca. Dostępność tej „zwyczajowej opieki” ogranicza zakres przydzielonych świadczeń formalnych.

Świadczeniobiorca z orzeczeniem wystawionym przez CIZ udaje się w następnej kolejności do Regionalnego Biura ds. Opieki (zorgkantoren) w celu przydzielenia świadczeń. Świadczenia mogą mieć charakter pieniężny lub rzeczowy. Świadczenia pieniężne (tzw. budżet opieki osobistej) zostały wprowadzone w 1995 r. głównie ze względu na długie kolejki do formalnych świadczeniodawców. W tej sytuacji uznano, że osoba niesamodzielna powinna mieć prawo do otrzymania pewnej kwoty pieniędzy, którą przeznaczy na opłacenie — zorganizowanej we własnym zakresie — pielęgnacji domowej. Pieniądze z ubezpieczenia powinny zostać wydane na zatrudnienie np. członka rodziny albo profesjonalnego opiekuna domowego. W 2007 r. około jedna trzecia osób niesamodzielnych pobierających świadczenia pieniężne przekazywała je na opiekę ze strony członka rodziny, kolejna jedna trzecia przekazywała je na opiekę oferowaną przez profesjonalistów, a pozostała jedna trzecia tworzyła kombinację usług świadczonych przez jednych i drugich (członków rodziny i profesjonalistów)<sup>8</sup>. Budżet opieki osobistej

stanowi zryczałtowaną kwotę pieniędzy, obliczaną na podstawie liczby przyznanych godzin opieki oraz stawki godzinowej za opiekę. Co istotne, otrzymana kwota jest o 25% niższa od wartości opieki, która zostałaby przyznana w formie usług. Tę obniżkę można tłumaczyć głównie tym, że świadczeniobiorcy nabywają w dużym stopniu usługi nieformalne, które świadczone są w sposób amatorski i przez to są tańsze aniżeli profesjonalne usługi opiekuna formalnego.

Świadczenia rzeczowe natomiast mogą mieć charakter środowiskowy lub stacjonarny. Za organizację i dostarczanie tych świadczeń odpowiadają Regionalne Biura ds. Opieki. W Holandii funkcjonują 32 takie instytucje. Negocjują one ceny usług środowiskowych (taryfy za opiekę stacjonarną ustalane są odgórnie) z lokalnymi dostawcami, nabywają świadczenia ze środków AWBZ, a następnie przekazują je docelowym świadczeniobiorcom. Pielęgnację stacjonarną mogą prowadzić tylko organizacje pozarządowe (działające non profit), natomiast pielęgnacja środowiskowa może być świadczona także przez podmioty komercyjne (działające for profit).

## Spółeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech

Ustawa o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym w Niemczech została uchwalona 26 maja 1994 r. Od 1 stycznia 1995 r. wszystkie osoby ubezpieczone zobowiązane były do opłacania składek. Wpłata świadczeń była wdrażana stopniowo: najpierw pielęgnacja środowiskowa (od 1 kwietnia 1995 r.), a następnie pielęgnacja stacjonarna (od 1 lipca 1996 r.).

Osobami ubezpieczonymi są wszyscy ci, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu. Mimo że ubezpieczenie pielęgnacyjne jest obowiązkowe, osoby o wysokich dochodach mogą zrezygnować z systemu

publicznego na rzecz ubezpieczenia prywatnego<sup>9</sup>. Ubezpieczycielem w systemie publicznym są kasy ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Mają one charakter regionalny, a ich struktura jest identyczna ze strukturą kas chorych.

Świadczenia opieki długoterminowej są w całości finansowane ze składek ubezpieczeniowych. Składka w systemie publicznym wynosi obecnie 1,95% dochodu (wynagrodzenia lub świadczenia socjalnego), ponadto osoby bezdzietne w wieku 23 lat i więcej płacą składkę o 0,25% wyższą (łącznie 2,2%). W wypadku osób pracujących składka jest opłacana po połowie przez pracownika i pracodawcę. W wypadku emerytów całość składki jest opłacana przez nich osobiście. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego mają wszystkie osoby ubezpieczone, które uzyskały formalne orzeczenie o niesamodzielności. Osoby ubiegające się o świadczenia w pierwszej kolejności poddawane są procesowi orzecznictwa i na tej podstawie mogą zostać zakwalifikowane do jednego z trzech stopni niesamodzielności, wśród których pierwszy stopień oznacza najniższy poziom niesamodzielności (relatywnie mały zakres niezbędnego wsparcia), a trzeci — najwyższy (relatywnie duży zakres niezbędnego wsparcia)<sup>10</sup>.

Świadczenia mają charakter pieniężny i/lub rzeczowy. Wysokość świadczeń jest uzależniona od rodzaju opieki (stacjonarna/środowiskowa) oraz od stopnia niesamodzielności (im wyższy stopień, tym wyższe świadczenie). Na wysokość świadczenia nie ma natomiast wpływu ani sytuacja materialna, ani sytuacja rodzinna osoby niesamodzielnej. Świadczenia pieniężne (tzw. zasiłek opiekuńczy) wypłacane są jako ryczałt i w założeniu mają być przeznaczona na opłacenie opieki, którą osoba niesamodzielna zorganizuje sobie sama w domu, zgodnie z własnymi preferencjami. Nie ma żadnych ograniczeń co do tego, komu pieniądze zostaną przekazane. Mogą one trafić

np. do opiekunów nieformalnych (członków rodziny, przyjaciół), imigrantów działających w szarej strefie albo do profesjonalnych opiekunów.

Do świadczeń rzeczowych zalicza się pielęgnację domową oraz stacjonarną. Pielęgnacja domowa świadczona jest przez profesjonalny personel pracujący na zlecenie kas pielęgnacyjnych. Pielęgnację stacjonarną z kolei prowadzą specjalistyczne zakłady opieki długoterminowej, a ubezpieczyciel nie finansuje kosztu usług bytowych (wyżywienia i zakwaterowania). Do istotnych świadczeń finansowanych z ubezpieczenia pielęgnacyjnego należy zaliczyć również urządzenia wspomagające (środki pomocnicze) oraz modyfikację przestrzeni mieszkalnej (dostosowanie jej do potrzeb osoby niesamodzielnej). Ważne są także świadczenia skierowane bezpośrednio do opiekunów nieformalnych. W sytuacji, gdy przez krótki czas (do 4

tygodni w roku) nie mogą oni sprawować opieki z powodu choroby, urlopu czy innej ważnej przyczyny, mogą skorzystać z zastępstwa (tzw. opieka wychnieniowa). Poza tym niepracujący zawodowo opiekunowie nieformalni mogą liczyć na to, że ubezpieczyciel częściowo lub całkowicie opłaci ich składki na ubezpieczenie społeczne. Mogą oni także skorzystać z kursów doszkalających, aby podnieść swoje kompetencje opiekuńcze<sup>11</sup>.

Tabela 2 przedstawia wysokość poszczególnych świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego. O ile z perspektywy polskiej świadczenia wydają się bardzo wysokie, to w realiach niemieckich są one — mimo ciągłego zwiększania — wciąż za niskie. Nie wystarczają do zaspokojenia wszystkich potrzeb opiekuńczych. Uznano jednak, że celem ubezpieczenia społecznego jest zapewnienie pewnego minimalnego poziomu niezbędnych świadczeń pielęgnacyjnych,

Tabela 2. Wysokość świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech: zasiłek pielęgnacyjny, pielęgnacja domowa, pielęgnacja stacjonarna (miesięcznie w euro)

Stopień niesamodzielności	Do 2008 r.	2010 r.	2012 r.
zasiłek pielęgnacyjny			
I	215	225	235
II	420	430	440
III	675	685	700
pielęgnacja domowa			
I	420	440	450
II	980	1040	1100
III	1470	1510	1550
pielęgnacja stacjonarna			
I	1023	1023	1023
II	1279	1279	1279
III	1470	1510	1550

Źródło: M. Arntz, S. Thomsen, *The social long-term care insurance: A frail pillar of the German social insurance system*, „CESifo DICE Report” 2010, nr 2, s. 30.

a nie kompleksowe rozwiązanie wszystkich problemów, z jakimi borykają się osoby niesamodzielne<sup>12</sup>.

## Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w Japonii

Japońskie prawodawstwo z zakresu ubezpieczenia pielęgnacyjnego zostało uchwalone w 1997 i wprowadzone w życie w 2000 r. Ubezpieczenie pielęgnacyjne — w odróżnieniu od ubezpieczenia zdrowotnego, które zostało zunifikowane w skali całego kraju — jest zróżnicowane w skali lokalnej. Brak jednolitości tłumaczy się przede wszystkim tym, że poszczególne gminy różnią się między sobą pod względem zapotrzebowania na opiekę formalną. Różny jest odsetek ludzi starych w populacji, różny jest też udział ludzi starych mieszkających wspólnie ze swoimi krewnymi (czyli potencjalnymi opiekunami nieformalnymi). Ustalono zatem, że system ubezpieczenia pielęgnacyjnego będzie uwzględniać specyfikę lokalnych społeczności, czyli będzie zróżnicowany w poszczególnych gminach. To zróżnicowanie odnosi się — w ograniczonym stopniu — zarówno do wysokości składki, jak i do wysokości świadczeń<sup>13</sup>.

Rozwiązania systemowe dotyczące ubezpieczenia pielęgnacyjnego tworzone są przez władzę centralną, natomiast administrowanie systemem odbywa się w skali lokalnej. Około 3200 gmin w Japonii co roku prognozuje zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne, a następnie — w oparciu o te prognozy — tworzy swoje budżety opieki długoterminowej. Określana jest wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej oraz wysokość poszczególnych świadczeń, aby potencjalne wpływy zbilansowały się z prognozowanymi wydatkami.

Ubezpieczeniem pielęgnacyjnym objęte są osoby w wieku 40 lat i więcej. Osoby poniżej 40. roku życia, które wymagają opieki długo-

terminowej, korzystają z systemu wsparcia dla osób niepełnosprawnych (w ramach pomocy społecznej i/lub opieki zdrowotnej). Prawo do świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego mają wszystkie osoby ubezpieczone, które uzyskały formalne orzeczenie o niesamodzielności. Wszystkich świadczeniobiorców dzieli się na dwie kategorie, przy czym za kryterium podziału przyjęto wiek metrykalny, a konkretnie 65. rok życia. Pierwszą kategorię świadczeniobiorców stanowią osoby niesamodzielne w wieku 65 lat i więcej. Mają one prawo do świadczeń bez względu na przyczynę niesamodzielności. Drugą kategorię świadczeniobiorców stanowią osoby niesamodzielne w wieku 40–64 lat. Mają one prawo do świadczeń, ale tylko wówczas, gdy ich niesamodzielność jest następstwem schorzeń typowych dla wieku podeszłego (np. choroba Parkinsona lub Alzheimera, demencja, udar)<sup>14</sup>.

Osoby starające się o przyznanie świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego w pierwszej kolejności poddawane są procesowi orzecznictwa. Na tej podstawie mogą zostać zaklasyfikowane do kategorii „wymagające wsparcia” (osoby wymagające pomocy przy realizacji złożonych czynności gospodarskich) lub do jednego z pięciu stopni niesamodzielności (osoby wymagające pomocy przy realizacji podstawowych czynności codziennego życia), wśród których pierwszy stopień oznacza najniższy poziom niesamodzielności, a piąty — najwyższy<sup>15</sup>. Po ustaleniu stopnia niesamodzielności specjalny koordynator (tzw. menedżer opieki) ustala indywidualny plan opieki, który zawiera szczegółowe informacje dotyczące tego, kiedy i jakie świadczenia powinny być świadczone na rzecz osoby niesamodzielnej. Plan opieki jest co jakiś czas (zwykle co 2 lata, a w niektórych wypadkach co 6 miesięcy lub na specjalne życzenie) rewidowany, aby w miarę na bieżąco zakres udzielanych świadczeń dostosowywać do aktualnego poziomu niesamodzielności. W ten sposób system zapewnia możliwie optymalne zaspokojenie potrzeb opiekuńczych.

Świadczenia mają charakter jedynie rzeczowy. System finansuje tylko i wyłącznie usługi podmiotów formalnych. Nie ma zatem możliwości sfinansowania opieki ze strony członków rodziny czy przyjaciół. Z czego to wynika? W założeniu ubezpieczenie pielęgnacyjne miało odciążyć opiekunów rodzinnych, a nie ułatwić im sprawowanie powinności opiekuńczych. Poza tym takie rozwiązanie tłumaczy się silnym naciskiem środowisk feministycznych. Zdaniem ich przedstawicielek dostępność świadczeń pieniężnych nie zmieniłaby zasadniczo społecznego wzorca opieki, a rząd propagował wdrożenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego sloganem „Od opieki świadczonej przez rodzinę do opieki świadczonej przez społeczeństwo”<sup>16</sup>. Co więcej, podmioty formalne, zanim zaczną prowadzić działalność opiekuńczą, w pierwszej kolejności zobligowane są do uzyskania specjalnego zezwolenia, które jest wydawane przez prefekturę (jeśli chodzi o pielęgnację stacjonarną) lub gminę (jeśli chodzi o pielęgnację środowiskową). Takie rozwiązanie wyklucza możliwość zaangażowania do opieki np. imigrantów działających w szarej strefie. Jest to rezultat założenia, że ubezpieczenie pielęgnacyjne ma doprowadzić do rozbudowy sektora gospodarki, jakim jest formalna opieka długoterminowa.

Osoba niesamodzielna ma pełne prawo wyboru zarówno rodzaju otrzymywanej pielęgnacji (stacjonarna/środowiskowa), jak i tego, od którego podmiotu będzie otrzymywać usługi. Podmioty opiekuńcze mają różną formę własności: mogą być prowadzone przez władzę lokalną, organizacje pozarządową albo podmioty gospodarcze, aczkolwiek przedsiębiorstwa nie mogą świadczyć pielęgnacji w formie stacjonarnej.

Opieka długoterminowa finansowana jest z kilku źródeł. Świadczeniobiorcy zobowiązani są do współpłacenia — z własnej kieszeni muszą sfinansować 10% świadczeń, jakie otrzymują. Ponadto mieszkańcy zakładów opieki długoterminowej opłacają

samodzielnie usługi bytowe (zakwaterowanie i żywienia). Pozostałe 90% kosztów opieki długoterminowej pokrywa się ze środków publicznych: połowa ze składek ubezpieczeniowych, a druga połowa z podatków. „Część podatkowa” pochodzi w 50% z budżetu centralnego, w 25% z budżetu prefektury i w 25% z budżetu gminy.

Wysokość składki ubezpieczeniowej jest zróżnicowana i częściowo uzależniona od wewnętrznych ustaleń gminy. Dla osób pracujących wynosi ona 0,89% wynagrodzenia za pracę (płatne po połowie przez pracownika i pracodawcę). Dla emerytów zaś przewidziano aż 5 różnych stawek, które zawierają się w przedziale od 0,5 do 1,5 tzw. kwoty bazowej. Stawka uzależniona jest od wysokości otrzymywanego świadczenia emerytalnego, a kwota bazowa ustalana indywidualnie przez gminy<sup>17</sup>. Ubezpieczenie pielęgnacyjne finansuje koszt rzeczywiście udzielonych świadczeń, ale tylko i wyłącznie do górnego limitu ustalonego dla każdej kategorii niesamodzielności. W wypadku pielęgnacji środowiskowej wysokość tego górnego limitu jest uzależniona od „hojności” gminy. Wartość tych limitów prezentuje tabela 3. Górne limity pielęgnacji stacjonarnej określane są indywidualnie, w zależności od typu placówki i zakresu potrzeb opiekuńczych osoby niesamodzielnej.

Rzadko kiedy osoby niesamodzielne osiągną górne limity. Większość z nich wykorzystuje około 40–60% tej wartości. Wynika z tego, że świadczenia są bardzo wysokie, nawet jak na warunki japońskie. Umożliwiają one pełne zaspokojenie wszystkich potrzeb opiekuńczych. Tę hojność tłumaczy się tym, że świadczenia pielęgnacyjne w Japonii były wysokie już na długo przed wprowadzeniem ubezpieczenia. Po jego wdrożeniu politycznie niewłaściwe byłoby obniżanie wysokości stawek. Takie działanie mogłoby zostać odczytane jako swoisty „krok w tył” w rozwoju opieki długoterminowej<sup>18</sup>.

Tabela 3. Górne limity świadczeń w pielęgnacji środowiskowej (Japonia)

Stopień niesamodzielności	Górny limit [w jednostkach*/miesiąc]
wymagający wsparcia	6150
1 stopień	16 580
2 stopień	19 480
3 stopień	26 750
4 stopień	30 600
5 stopień	35 830

\* 1 jednostka = 10–10,72 jena (tj. około 0,08 euro) w zależności od gminy

Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Pracy i Polityki Społecznej w Japonii, [www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html](http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html) (dostęp: 22.09.2013).

## Spółeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w Luksemburgu

Ustawa o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym w Luksemburgu została uchwalona 19 czerwca 1998 r. i weszła w życie 1 stycznia 1999 r.

Osobami ubezpieczonymi są wszystkie osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Ubezpieczycielem jest specjalna kasa, która stanowi integralną część systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Opiekę długoterminową finansuje się ze składki ubezpieczeniowej, z budżetu państwa oraz ze specjalnego podatku nałożonego na sektor energetyczny. Składka ubezpieczeniowa wynosi 1,4% dochodów (wynagrodzenia lub emerytury)<sup>19</sup>.

Prawo do świadczeń mają wszystkie osoby ubezpieczone, które nie są w stanie samodzielnie wykonywać podstawowych czynności codziennego życia (czyli są niesamodzielne), a czas udzielania niezbędnej pielęgnacji musi wynosić przynajmniej 3,5 godziny tygodniowo. Osoba starająca się o świadczenia w pierwszej kolejności zgłasza się do Komórki ds. Oceny i Orientacji (CEO, *Cellule d'évaluation et d'orientation*). Jest to specjalny zespół złożony ze specjalistów różnych dziedzin (głównie lekarzy), działający pod nadzorem Ministerstwa ds.

Zabezpieczenia Społecznego. Zadaniem tej instytucji jest oszacowanie zakresu potrzeb opiekuńczych i ustalenie indywidualnego planu opieki. Ostateczną decyzję o tym, czy i ewentualnie ile świadczeń zostanie przyznanych osobie niesamodzielnej, podejmuje Krajowa Kasa Chorych (*Union des caisses de maladie*). Bierze ona pod uwagę opinię przedstawioną przez Komórkę ds. Oceny i Orientacji<sup>20</sup>.

Świadczenia mogą mieć charakter pieniężny i/lub rzeczowy. Świadczenia pieniężne przyznaje się na opłacenie opieki nieformalnej (zasilek pielęgnacyjny), a także na zakup środków pomocniczych oraz na modyfikację przestrzeni mieszkalnej. Zasilek pielęgnacyjny wynosi 23,85 euro za każdą godzinę przyznanej pielęgnacji. Wprowadzone zostały jednak następujące ograniczenia: jeśli oszacowany czas niezbędnej pielęgnacji jest mniejszy niż 7 godzin tygodniowo, wówczas całość tego czasu może zostać zagospodarowana przez opiekuna nieformalnego; jeśli oszacowany czas wynosi od 7 do 14 godzin tygodniowo, wówczas opiekun nieformalny może zagospodarować jedynie połowę czasu, a w trakcie drugiej połowy pielęgnację musi świadczyć opiekun formalny; jeśli natomiast oszacowany czas przekracza 14 godzin, wówczas pielęgnacja może być świadczona tylko i wyłącznie przez



opiekuna formalnego<sup>21</sup>. Ponadto Komórka ds. Oceny i Orientacji ma możliwość dodatkowego ograniczania zakresu pielęgnacji nieformalnej na rzecz pielęgnacji formalnej, jeśli uzna, że z jakichś przyczyn jest to wskazane dla dobra osoby niesamodzielnej.

## Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w Korei Południowej

Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Korei Południowej zostało wprowadzone w 2008 r. Ubezpieczycielem jest tutaj specjalna instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Opiekę długoterminową finansuje się z trzech źródeł: ze składki ubezpieczeniowej (ok. 60%), z dopłaty budżetu państwa (ok. 20%) oraz ze współpłacenia (ok. 20%)<sup>22</sup>. Składkę opłacają wszystkie osoby uiszczające składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Wysokość składki jest ustalana co roku jako pewna część składki płaconej na ubezpieczenie zdrowotne. W 2008 r. było to 4,05% składki na ubezpieczenie zdrowotne, w 2009 r. 4,78%, a w 2010 r. i 2011 r. 6,55%<sup>23</sup>. Jeśli chodzi o współpłacenie, to świadczeniobiorcy zobligowani są do sfinansowania z własnej kieszeni 20% kosztów otrzymanej pielęgnacji stacjonarnej lub 15% otrzymanej pielęgnacji środowiskowej. Ponadto w wypadku pielęgnacji stacjonarnej świadczeniobiorcy indywidualnie opłacają koszt żywienia oraz indywidualnego pokoju (jednoosobowego).

Prawo do świadczeń przysługuje wszystkim ubezpieczonym osobom starszym (w wieku 65 lat i więcej) oraz osobom młodszym, których niesamodzielność wynika ze schorzeń typowych dla podeszłego wieku. Osoba ubiegająca się o przyznanie świadczeń w pierwszej kolejności zgłasza się do Komitetu ds. Rozpoznania Potrzeb Opiekunów. Instytucja ta przeprowadza proces orzecznictwa, na podstawie którego może

przyznać jeden z trzech stopni niesamodzielności<sup>24</sup>.

W Korei Południowej świadczenia mogą mieć charakter pieniężny lub rzeczowy. Świadczenia pieniężne przyznawane są tylko w wyjątkowych sytuacjach, np. gdy osoba niesamodzielna mieszka w regionie, w którym dostępność usług formalnych opiekunów jest mocno ograniczona. Ogólny brak akceptacji świadczeń pieniężnych tłumaczy się dwoma argumentami: po pierwsze obawą przez nadużyciami, a po drugie niską jakością pielęgnacji świadczonej przez opiekunów nieformalnych<sup>25</sup>.

Rodzaj i ilość przyznanych świadczeń rzeczowych uzależniona jest od stopnia niesamodzielności. Osoby zakwalifikowane do dwóch najwyższych stopni mogą skorzystać z pielęgnacji środowiskowej lub stacjonarnej. Osoby o najniższym stopniu niesamodzielności mogą liczyć tylko na usługi z zakresu pielęgnacji środowiskowej. Pielęgnacja środowiskowa i stacjonarna może być świadczona zarówno przez podmioty pozarządowe, jak i komercyjne. Nie ma w tym zakresie żadnych ograniczeń. W założeniu wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego miało służyć rozbudowie infrastruktury opiekuńczej przy wykorzystaniu prywatnych środków.

## Podsumowanie

Analizując sposób, w jaki funkcjonuje społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w poszczególnych krajach, można dojść do wniosku, że istnieje wiele różnorodnych rozwiązań systemowych. Mimo wielu podobieństw, każdy z tych systemów ma jakieś charakterystyczne dla siebie cechy, które odróżniają go od pozostałych. Główne elementy różnice:

1. Ubezpieczenie pielęgnacyjne może bazować na strukturach administracyjnych ubezpieczenia zdrowotnego albo może być administrowane przez gminy.

2. Poziom niesamodzielności może zostać orzeczony na podstawie ustalenia stopnia niesamodzielności (3 lub 5 stopni) albo w formie opisowej.

3. Prawo do świadczeń mogą mieć wszystkie ubezpieczone osoby niesamodzielne albo tylko wybrane grupy wiekowe.

4. Finansowanie świadczeń może odbywać się tylko ze składki albo przy jednoczesnej partycypacji budżetu państwa.

5. Pielęgnacja może być finansowana w całości ze środków publicznych albo świadczeniobiorcy mogą zostać zobowiązani do współpłacenia za otrzymywane świadczenia.

6. Świadczenia mogą mieć charakter pieniężny i rzeczowy albo wyłącznie rzeczowy.

7. Ubezpieczenie może finansować pielęgnację formalną świadczoną przez wszyst-

kie podmioty albo tylko wybrane — ze względu na formę własności — grupy.

8. Świadczenia z ubezpieczenia mogą zaspokajać jedynie minimalne potrzeby opiekuńcze albo mogą zapewniać pełne zaspokojenie potrzeb opiekuńczych.

9. Prawo do świadczeń może być uniwersalne albo uzależnione od sytuacji rodzinnej osoby niesamodzielnej.

Trudno jednoznacznie ocenić, które z tych rozwiązań są dobre, a które złe. Każde z nich ma swoje mocne i słabe strony, z każdym wiąże się jakieś szanse i zagrożenia. Niewątpliwie jednak każde z nich powinno być wzięte pod uwagę podczas tworzenia docelowej konstrukcji instytucjonalnej ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Polsce.

<sup>1</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, Dz.Urz. Min. Zdrow. Nr 3 poz. 7 z 2007 r.

<sup>2</sup> M. Augustyn (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, maszynopis niepublikowany, Warszawa 2009, s. 164.

<sup>3</sup> Por. Ł. Jurek, *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa 2012, s. 81–82.

<sup>4</sup> Por. B. Więckowska, *Partnerstwo publiczno-prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego — przykład Holandii*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 1, s. 164.

<sup>5</sup> W. Mot, *The Dutch system of long-term care*, „CPB Document” nr 204 (2010), s. 29.

<sup>6</sup> E. Schut, S. Sorbe, J. Haj, *Health care reform and long-term care in the Netherlands*, „Economics Department Working Paper” OECD, nr 1010 (2013), s. 24.

<sup>7</sup> W. Mot, *op. cit.*, s. 30.

<sup>8</sup> C. Glendinning, N. Moran, *Reforming Long-Term Care: Recent Lessons from Other Countries*, York 2009, s. 14.

<sup>9</sup> Por. M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja*, [w:] J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych, Rządowa Rada Ludnościowa*, Warszawa 2012, s. 176.

<sup>10</sup> P. Błędowski, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech*, [w:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport rozwoju społecznym Polska 1999*, Warszawa 1999, s. 66.

<sup>11</sup> Por. M. Nita, *op. cit.*, s. 169–173.

<sup>12</sup> P. Błędowski, *Reforma społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech — główne cele i uwarunkowania*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7, s. 24.

<sup>13</sup> K. Ihara, *Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and the Long-Term Care Insurance Program*, New York 2000, s. 15.

<sup>14</sup> N. Tamiya *et al.*, *Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy*, „The Lancet” nr 378 (2011), s. 1185.

<sup>15</sup> B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Warszawa 2008, s. 136.

<sup>16</sup> S.Y. Won, *Long-Term Care Policy in South Korea and Japan: From a Gender Perspective*, [www.unifi.it/confsp/alphapaperlist.html](http://www.unifi.it/confsp/alphapaperlist.html), s. 10 (dostęp: 25.09.2013).

<sup>17</sup> M. Karlsonet et al., *An International Comparison of Long-Term Care Arrangements*, London 2004, s. 27–29; M. Ozawa, S. Nakayama, *Long-Term Care Insurance in Japan*, [w:] B. Berkman (red.), *Handbook of Social Work in Health and Aging*, New York 2006, s. 978.

<sup>18</sup> N. Tamiya et al., *op. cit.*, s. 1185.

<sup>19</sup> A. Koch, Ch. Weisgraber, *Facts about elderly people and long-term-care in Luxembourg*, s. 2, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8228&langId=en> (dostęp: 11.10.2013).

<sup>20</sup> D. Ferring, G. Weber, *National Background Report for Luxembourg*, Hamburg 2005, s. 12.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 13.

<sup>22</sup> D. Sunwoo, *The Present situation and problems of the long-term care insurance in South Korea: from comparative perspectives between South Korea and Japan*, „Japanese Journal of Social Policy” 2012, nr 9, s. 54.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej w Korei Południowej, [http://english.mw.go.kr/front\\_eng/jc/sjc0105mn.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=100305&MENU\\_ID=10030502](http://english.mw.go.kr/front_eng/jc/sjc0105mn.jsp?PAR_MENU_ID=100305&MENU_ID=10030502), (dostęp: 25.09.2013).

<sup>25</sup> S. Kwon, *The introduction of long-term care insurance in South Korea*, „Eurohealth” 2009, nr 15, s. 29.

## Bibliografia

- Arntz M., Thomsen S., *The social long-term care insurance: a frail pillar of the German social insurance system*, „CESifo DICE Report” 2010, nr 2.
- Augustyn M. (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, maszynopis niepublikowany, Warszawa 2009.
- Błądowski P., *Reforma społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech — główne cele i uwarunkowania*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7.
- Błądowski P., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech*, [w:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport rozwoju społecznym Polska 1999*, UNDR, Warszawa 1999.
- Centrum Oceny Potrzeb Opiekuńczych (CIZ) w Holandii, [www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/presentaties/Presentatie\\_Engels\\_2012.pdf](http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/presentaties/Presentatie_Engels_2012.pdf) (dostęp: 23.09.2013).
- Ferring D., Weber G., *National Background Report for Luxembourg*, Eurofamcare, Hamburg 2005.
- Glendinning C., Moran N., *Reforming Long-Term Care: Recent Lessons from Other Countries*, University of York, York 2009.
- Ihara K., *Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and the Long-Term Care Insurance Program*, International Longevity Center, New York 2000.
- Jurek Ł., *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Difin, Warszawa 2012.
- Karlsonet M. et al., *An International Comparison of Long-Term Care Arrangements*, Cass Business School, London 2004.
- Koch A., Weisgraber Ch., *Facts about elderly people and long-term-care in Luxembourg*, s. 2, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8228&langId=en> (dostęp: 11.10.2013).
- Kwon S., *The introduction of long-term care insurance in South Korea*, „Eurohealth” 2009, nr 15.
- Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej w Korei Południowej, [http://english.mw.go.kr/front\\_eng/jc/sjc0105mn.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=100305&MENU\\_ID=10030502](http://english.mw.go.kr/front_eng/jc/sjc0105mn.jsp?PAR_MENU_ID=100305&MENU_ID=10030502) (dostęp: 25.09.2013).
- Ministerstwa Zdrowia, Pracy i Polityki Społecznej w Japonii, [www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html](http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html) (dostęp: 22.09.2013).
- Mot W., *The Dutch system of long-term care*, „CPB Document” 2010, nr 204.
- Nita M., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja*, [w:] J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
- Ozawa M., Nakayama S., *Long-Term care insurance in Japan*, [w:] B. Berkman (red.) *Handbook of Social Work in Health and Aging*, Oxford University Press, New York 2006.

- Schut E., Sorbe S., Haj J., *Health care reform and long-term care in the Netherlands*, „Economics Department Working Paper” OECD nr 1010 (2013).
- Sunwoo D., *The present situation and problems of the long-term care insurance in South Korea: From comparative perspectives between South Korea and Japan*, „Japanese Journal of Social Policy” 2012, nr 9.
- Tamiya N. et al., *Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan’s long-term care insurance policy*, „The Lancet” nr 378 (2011).
- Więckowska B., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, SGH, Warszawa 2008.
- Więckowska B., *Partnerstwo publiczno-prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego- przykład Holandii*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 1.
- Won S.Y., *Long-Term Care Policy in South Korea and Japan: From a Gender Perspective*, [www.unifi.it/confsp/alphapaperlist.html](http://www.unifi.it/confsp/alphapaperlist.html), s. 10 (dostęp: 25.09.2013).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, Dz.Urz. Min. Zdrow. Nr 3 poz. 7 z 2007 r.

## Public long-term care insurance: International comparison

### Summary

Public long-term care insurance currently operates in five countries: Germany, Japan, Netherlands, Luxembourg and South Korea. The model of financing long-term care services is relatively uniform in those countries, but some technical solutions of the system are different, in some aspects even essentially. The aim of the article is to present the institutional construction of the long-term care, with particular emphasis on similarities and differences that occur in those five countries.

**Słowa kluczowe:** opieka długoterminowa, ubezpieczenie pielęgnacyjne, zabezpieczenie społeczne

**Keywords:** long-term care, long-term care insurance, social security