

Christoph Sowada

Instytut Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Jagielloński — Collegium Medicum¹

*Powszechne społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne
w starzejącym się społeczeństwie.
Sukces czy porażka modelu bismarckiego
w Niemczech?*

Streszczenie

Niemcy jako jeden z pierwszych krajów na świecie wprowadziły powszechne i obowiązkowe ubezpieczenie pielęgnacyjne. Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne GPV zabezpiecza 90% mieszkańców, pozostałe 10% ubezpiecza się prywatnie. Finansowanie części społecznej opiera się na składkach od dochodu oraz mechanizmie repartycyjnym uruchamiającym redystrybucję dochodów między pokoleniami. Jednak w starzejącej się populacji, ze zmniejszającą się liczbą osób pracujących i rosnącą liczbą emerytów intensywnie korzystających ze świadczeń opiekuńczych, stabilność takiego rozwiązania w długim okresie jest zagrożona. W szczególności młodsze pokolenia obawiają się, że w przyszłości będą musiały płacić podwójnie, za siebie i za pokolenia swoich rodziców i dziadków. Zmiana paradygmatu finansowania systemu, choć nieuchronna, nie jest łatwa do przeprowadzenia.

Słowa kluczowe: ubezpieczenie pielęgnacyjne, mechanizm repartycyjny, starzejące się społeczeństwo, redystrybucja międzypokoleniowa, Niemcy, polityka publiczna

¹ Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński — Collegium Medicum, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków; adres elektroniczny autora: christoph.sowada@uj.edu.pl

Wprowadzenie

Większość krajów europejskich i wiele pozaeuropejskich od lat boryka się z problemem starzenia się ludności (m.in.: Chawla, Betcherman, Banerji 2007; United Nations 2007). Niekorzystne zmiany struktury wieku społeczeństwa stanowią efekt dwóch nakładających się na siebie procesów: wydłużania się oczekiwanego trwania życia oraz spadku współczynnika dzietności. Poprawiające się warunki życia oraz postęp medycyny sprawiają, że ludzie średnio żyją coraz dłużej. Zwolennicy sformułowanej przez Jamesa Friesa (1980, 2000) tzw. tezy kompresji chorobowości skłaniają się do stwierdzenia, że dzięki postępowi medycyny (i prowadzeniu zdrowszego trybu życia) to dłuższe życie spędzamy w przeciętnie lepszym zdrowiu, a okresy choroby i niepełnosprawności ulegają skróceniu. Dłuższe życie nie musi oznaczać jednak dłuższego życia w zdrowiu. Jak pisze Frank U. Montgomery: „Im więcej medycyna jest w stanie zdziałać, im bardziej przedłuża ona trwanie przeciętnego życia, tym wyższe są wskaźniki chorobowości. Ponieważ medycyna nie jest nieaktywna, lecz zachowuje przy życiu wielu chorych, którzy wcześniej dawno by umarli, nasze społeczeństwo jawi się jako coraz bardziej chore” (2001, s. 74, tłum. własne — C.S.). Także według Ernesta Gruenberga (1977), autora tzw. tezy medykalizacji, dodatkowe lata życia uzyskane dzięki postępowi medycyny człowiek spędza w gorszym zdrowiu. Wymaga zatem nie tylko intensywniejszej, bardziej kosztownej i dłuższej opieki medycznej, ale również świadczeń opieki pielęgnacyjnej (szczegółowo o różnych ocenach wpływu postępu medycyny na jakość życia: Sowada 2011).

Ograniczenia funkcjonalności starzejącego się organizmu ludzkiego sprawiają, że ludzie starsi częściej niż młodzi potrzebują zarówno pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, prowadzeniu gospodarstwa domowego itp., jak i świadczeń pielęgnacyjnych (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012). Jeszcze kilkadziesiąt lat temu, w tradycyjnym modelu rodziny wielopokoleniowej, pomoc taką oferowali młodszy członkowie rodziny — dzieci i wnuki. Ale kraje ze starzejącą się populacją borykają się z problemem drastycznie niskiej dzietności i zmianą modelu rodziny. W żadnym kraju Unii Europejskiej współczynnik dzietności nie osiąga obecnie poziomu 2,1 — gwarantującego zachowanie prostej zastępowalności pokoleń. Najwyższy wskaźnik dzietności w 2014 r. na poziomie 2,01 według danych Eurostatu (2015) miała Francja². A przecież przy wydłużającej się oczekiwanej długości życia nawet stopa dzietności 2,1 nie gwarantuje utrzymania stałej struktury wiekowej populacji. Ponadto osoby starsze coraz częściej mieszkają same i nie mogą liczyć na pomoc młodszych krewnych.

Wraz z zacierającym się poczuciem odpowiedzialności za otoczenie opieką starszych krewnych rośnie nacisk na instytucje społeczne i państwowe, aby to one przejęły zadanie zorganizowania opieki dla seniorów. Problem jednak w tym, że na chwilę obecną instytucje państwa nie są do tego przygotowane. W wielu krajach, w tym także w Polsce, nie podjęto do tej pory w zasadzie żadnych spójnych działań zmierzających do stworzenia społecznych instytucji zabezpieczenia na wypadek wystąpienia ryzyka pielęgnacyjnego, w sposób szczególnie powiązanego z biologicznym starzeniem się organizmu ludzkiego. I nic nie

² W Polsce wskaźnik ten wynosił 1,32, a w Niemczech 1,47 (Eurostat 2015).

wskazuje na to, by miała zająć tu jakakolwiek zmiana. Działania podejmowane przez obecny rząd w postaci programu 500+ koncentrują się na pieniężnym wspieraniu rodzin z dziećmi. Tymczasem eksperci niemieccy (m.in.: Abiry i in. 2014; Boll i in. 2013) wskazują na ograniczony wpływ tego typu polityki na wskaźniki dzietności, jeśli nie towarzyszą jej inne prorodzinne działania, np. poprawa dostępności żłobków i przedszkoli, ułatwienie kobietom powrotu do aktywności zawodowej, uelastyczenie czasu pracy dla rodziców wychowujących dzieci itp. (szczegółowo w: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2014). Jednak nawet gdyby przyjąć, że istnieją możliwości odwrócenia niekorzystnych trendów demograficznych i likwidacji przynajmniej części przyczyn starzenia się populacji w inny sposób niż poprzez ograniczenie oczekiwanej długości życia, i tak przez wiele dziesiątków lat nie zniknie problem zabezpieczenia opieki pielęgnacyjnej dla starszych mieszkańców poza instytucją rodziny.

Z kolei w krajach, w których, jak np. w Niemczech, podjęto różne działania mające na celu stworzenie społecznych instytucji zabezpieczenia na wypadek ryzyka pielęgnacyjnego, pojawiają się, jak wykazano niżej, uzasadnione wątpliwości co do funkcjonalności przyjętych tam rozwiązań w długim okresie. Bazują one bowiem na mechanizmie repartycyjnym i tzw. umowie międzypokoleniowej, zgodnie z którą świadczenia pielęgnacyjne dla osób w starszym wieku finansowane są w przeważającej części ze składek/podatków płaconych przez osoby młodsze, pracujące. Utrzymanie odpowiedniego poziomu zabezpieczenia dla coraz liczniejszej (w starzejącej się populacji) grupy świadczeniobiorców możliwe jest w takim systemie tylko przy wzroście poziomu podatków lub składek dla pokoleń będących w wieku produkcyjnym. Ponieważ możliwości wzrostu obciążeń fiskalnych są ograniczone, pojawia się konieczność co najmniej obniżenia dynamiki wzrostu wydatków publicznych na świadczenia pielęgnacyjne. To jednak, przy braku alternatywnych źródeł i sposobów finansowania, prowadzi do powstawania znacznych luk w zaspokajaniu nawet najbardziej podstawowych potrzeb osób wymagających opieki.

Głębokość problemu wynikającego z wrażliwości mechanizmu repartycyjnego na opisane wyżej procesy demograficzne ilustruje dwudziestoletnia już historia niemieckiego obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego (niem. *Pflegeversicherung*), a w szczególności jego ustawowej społecznej części zwanej *Gesetzliche Pflegeversicherung* (GPV). Przyjęta ogromną większością głosów niemieckiego Bundestagu 26 maja 1994 r., po wieloletniej, często bardzo emocjonalnie prowadzonej dyskusji (szczegółowo m.in.: Götting, Hinrichs 1993; Meyer 1996; Pabst 1997), ustawa o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym weszła w życie formalnie 1 stycznia 1995 r. Od tego dnia rozpoczęto zbieranie składek. Finansowanie świadczeń rozpoczęło nieco później, w przypadku opieki ambulatoryjnej od 1 kwietnia 1995 r., a opieki stacjonarnej od 1 lipca 1996 r. Ustawowe ubezpieczenie pielęgnacyjne uzupełnia oparty na modelu Bismarcka system zabezpieczenia niemieckiego społeczeństwa w zakresie ryzyk społecznych, tworząc jego piąty (obok ubezpieczeń emerytalno-rentowych, wypadkowych, zdrowotnych i na wypadek bezrobocia) filar. Podobnie jak ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech składa się z dwóch części: ubezpieczenia ustawowego (GPV) obejmującego około 90% populacji oraz ubezpieczenia prywatnego (*Private Pflegeversicherung* — PPV) obejmującego pozostałą jej część. Od

samego początku ubezpieczenie pielęgnacyjne było obowiązkowe dla wszystkich³. Choć uniwersalne ubezpieczenie pielęgnacyjne obejmuje wszystkich mieszkańców, przeważającą część beneficjentów rzeczywiście korzystających z jego świadczeń pieniężnych i rzeczowych stanowią osoby w starszym wieku. Na koniec 2010 r. 45,5% osób korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej pomocy pielęgnacyjnej i 62,2% osób zaopatrzonych w jednostkach stacjonarnych ukończyło 80. rok życia (BMG 2012). Na koniec 2014 r. na sto kobiet korzystających z finansowania świadczeń pielęgnacyjnych przez GPV osiemdziesiąt sześć ukończyło 65. rok życia, a sześćdziesiąt dwie — 80. rok życia. Dla mężczyzn wskaźniki te wynoszą odpowiednio 70% i 37% (BMG 2015). W przypadku droższej opieki stacjonarnej wskaźniki te są jeszcze wyższe. Ubezpieczenie pielęgnacyjne można zatem zaliczyć do najważniejszych instrumentów zabezpieczenia właśnie osób starszych na wypadek wystąpienia tego typu ryzyka.

Powołanie powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest uznawane — zarówno przez polityków chadeckich, jak i socjaldemokratów — za wielki sukces niemieckiej powojennej polityki społecznej, choć nie sposób podzielić opinii sformułowanej przez Piotra Błędowskiego (2009), jakoby przyjęte rozwiązania spotkały się od razu z powszechną akceptacją. O ile bowiem można mówić o powszechnym konsensie w sprawie konieczności wprowadzenia jakiegoś instytucjonalnego rozwiązania (przy czym, zgodnie z tradycją niemiecką, wyraźnie preferowano rozwiązanie ubezpieczeniowe), o tyle sam kształt przyjętych rozwiązań do dziś stanowi przedmiot sporu. Ze względu na ograniczenia objętości publikowanych artykułów, w niniejszym tekście zwrócę uwagę jedynie na trzy zasadnicze, jak się wydaje, problemy nurtujące nie tylko ekspertów, ale także polityków i całe społeczeństwo, a mianowicie: (1) zachowanie finansowej stabilności GPV w długim okresie, (2) kwestie związane ze sposobem naliczania składki ubezpieczeniowej w kontekście przestrzegania zasad sprawiedliwości i solidaryzmu oraz (3) możliwości zastąpienia (choć w części) mechanizmu repartycyjnego przez rozwiązanie kapitałowe. Jednocześnie kieruję zainteresowanego Czytelnika do innych, bardziej szczegółowych opracowań (m.in.: Sowada 2004; BMG 2012; Naegele 2014; Bäcker i in. 2015). Analizę tych problemów warto jednak poprzedzić krótkim wskazaniem na polityczne cele, jakie towarzyszyły wprowadzeniu zinstytucjonalizowanego zabezpieczenia na wypadek ryzyka pielęgnacyjnego.

Cele wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech

Choć w debacie towarzyszącej wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego pojawiały się różne określenia celów, paradoksalnie to nie troska o los starszych obywateli — coraz bardziej obciążanych kosztami świadczeń opieki pielęgnacyjnej, lecz troska o stan finansów publicznych pokierowała poczynaniami polityków poszukujących nowego rozwiązania instytucjonalnego⁴. Troskę tę uzasadniał spoczywający na budżetach komunalnych

³ W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego powszechny obowiązek ubezpieczenia wprowadzono dopiero w 2009 r.

⁴ Stąd nawet sformułowany przez Stefana Pabsta (1997) zarzut, że w rzeczywistości chodziło nie o działania z zakresu polityki społecznej, lecz o politykę fiskalną państwa.

(miasta i gminy) obowiązek sfinansowania z pomocy społecznej świadczeń dla tych osób wymagających opieki pielęgnacyjnej, które bądź z własnych zasobów, bądź korzystając z wyznaczonej obowiązkiem alimentacyjnym pomocy ze strony najbliższych krewnych, nie były w stanie sfinansować potrzebnych świadczeń. W ramach pomocy społecznej funkcjonował w takich przypadkach specjalny zasiłek zwany *Hilfe zur Pflege* (nazywany dalej zasiłkiem pielęgnacyjnym). W 1993 r. wydatki niemieckich gmin i miast na ten rodzaj zasiłku osiągnęły poziom 17 mld marek niemieckich (9,1 mld euro), co stanowiło prawie 35% całkowitych wydatków pomocy społecznej w Niemczech (Naegele 2014). 90% tej kwoty trafiło ostatecznie do jednostek stacjonarnej opieki pielęgnacyjnej, której koszty dynamicznie rosły. Nic dziwnego, że politycy samorządowi należeli do najgorętszych zwolenników wprowadzenia nowego ubezpieczenia.

Z kolei przedstawiciele partii lewicowych, a także różnych organizacji charytatywnych i związków zawodowych popierali wprowadzenie ubezpieczenia jako instrumentu chroniącego ubezpieczonych przed biedą. Swoje stanowisko uzasadniali też „stygmatyzującym” ich zdaniem charakterem zasiłków pomocy społecznej, o które należało wnioskować, ujawniając przy tym własną sytuację majątkową. A chodziło przecież o bardzo liczną grupę ludzi. W 1994 r. *Hilfe zur Pflege* wypłacono ponad 650 tys. osób (Statistisches Bundesamt 2015).

Patrząc z perspektywy czasu, należy przyznać, że cel fiskalny ograniczenia obciążeń budżetów komunalnych zasiłkami pielęgnacyjnymi osiągnięto tylko połowicznie. Do 1998 r. liczba beneficjentów zasiłków spadła wprawdzie o ponad połowę (do 222 tys.), zaś wydatki na zasiłki o 68% — do poziomu 2,1 mld euro, ale po niewielkich wahanich w następnych latach nastąpił ponowny wzrost liczby osób ubiegających się o zasiłki — do 299 tys. w 2009 r. (BMG 2012) i 452 tys. w 2014 r. (Statistisches Bundesamt 2016). Natomiast wydatki na socjalne zasiłki pielęgnacyjne w 2014 r. przekroczyły poziom 4 mld euro, co stanowiło prawie 14% całkowitych wydatków pomocy społecznej w Niemczech.

Drugim założonym celem przyświecającym budowie nowego ubezpieczenia było zabezpieczenie systemu opieki nad osobami z ograniczoną sprawnością fizyczną i psychiczną przed tzw. siłą przyciągania opieki stacjonarnej (*Heimsoeg-Effekt*). Przyjęte regulacje wyraźnie preferowały (i preferują) ambulatoryjne formy opieki, zarówno tej formalnej, udzielanej przez profesjonalistów zatrudnionych w prywatnych firmach lub organizacjach non-profit, jak i tej nieformalnej, udzielanej przez członków rodzin, znajomych lub inne osoby niemające specjalnego wykształcenia pielęgnacyjnego. Priorytet dla opieki ambulatoryjnej nie wynika jednak bynajmniej wyłącznie z uznania faktu, że jest ona dużo tańsza w porównaniu ze stacjonarną, ale także z przekonania, iż umożliwienie osobom potrzebującym pomocy pozostania jak najdłużej w znanym im środowisku znacznie poprawia jakość życia (Naegele 2014). Także ten cel został częściowo osiągnięty, choć rośnie liczba osób korzystających z opieki stacjonarnej. W 2013 r. w różnych placówkach pielęgnacyjnej opieki stacjonarnej przebywało ponad 754 tys. osób, o 35,8% (ponad 200 tys.) więcej niż w 1999 r. (Statistisches Bundesamt 2015a). Jednak ponad dwie trzecie osób korzystających ze świadczeń ubezpieczenia pielęgnacyjnego pozostaje w swoich domach, co — biorąc pod uwagę rosnącą średnią wieku beneficjentów, a wraz z nią także rosnącą skalę potrzeb pielęgnacyjnych — należy uznać za sukces.

Trzecim zasadniczym celem formułowanym w związku z wprowadzeniem nowego ubezpieczenia była poprawa jakości opieki pielęgnacyjnej. W latach 80. ubiegłego wieku zaczęły się mnożyć bardzo krytyczne doniesienia o warunkach panujących w stacjonarnych ośrodkach pomocy i sygnały o niedostatecznej opiece (hasła „opieka ze stoperem w rękę”, „nakarmić i umyć” itp.), choć na pewne nieprawidłowości wskazywano już wcześniej, m.in. w ekspertyzie Kuratorium Deutsche Altershilfe z 1974 r. (KDA 1974). Także ten cel nie został w pełni zrealizowany. Instytucje świadczące opiekę pielęgnacyjną nadal wykazują duże deficyty w zakresie jakości oferowanych usług, co po części wynika z ograniczenia środków finansowych. Znacznie poważniejszy problem stanowi jednak brak wykwalifikowanej kadry opiekuńczej, szczególnie w ośrodkach stacjonarnych (Naegle 2014; BMG 2012). A w ostatnich miesiącach opinię publiczną zbulwersowały doniesienia na temat gigantycznych oszustw w rozliczaniu świadczeń przez prywatne firmy świadczące usługi opiekuńcze.

Połowiczne, w sumie niesatysfakcjonujące, efekty realizacji celu finansowego (odciążenie budżetów komunalnych) i poprawy jakości opieki pielęgnacyjnej wpisują się w ciąg poważnych problemów, z jakimi boryka się niemieckie ubezpieczenie pielęgnacyjne, a które korzeniami sięgają, jak się wydaje, jego niewłaściwej na wielu płaszczyznach konstrukcji finansowej.

Finansowa stabilność ubezpieczenia w długim okresie

Zaobserwowany ponowny wzrost liczby osób korzystających z zasiłków pielęgnacyjnych pomocy społecznej oraz ponowny wzrost wydatków na te zasiłki jest konsekwencją przyjęcia od samego początku zasady, że ubezpieczenie GPV jest ubezpieczeniem częściowym (*Teilkasko*), z którego tytułu będą wypłacane z góry określone co do wysokości kwoty pieniężne (w postaci zasiłków ogólnych lub na sfinansowanie świadczeń rzeczowych), niezależne od rzeczywistych kosztów usług, z jakich korzysta osoba ubezpieczona (szczegółowo: Sowada 2004). Jednocześnie ubezpieczenie GPV zostało podporządkowane jednemu z najważniejszych priorytetów niemieckiej polityki finansowej, jaką jest stabilizacja składek ubezpieczeniowych. Dlatego też w okresie od maja 1996 do czerwca 2008 r. składka GPV nie była zmieniana i wynosiła 1,7% podstawy jej naliczania, którą w głównej mierze tworzą dochody uzyskiwane z pracy oraz pochodne (np. emerytury i renty)⁵. Jedyne dla osób bezdzietnych składka wzrosła w 2005 r. do 1,95%, w związku z wypełnieniem przez ustawodawcę wyroku Federalnego Sądu Konstytucyjnego z 3 kwietnia 2001 r. nakazującego większe obciążenie osób bezdzietnych urodzonych po 1 kwietnia 1940 r., które ukończyły 23. rok życia, a nie odbywają służby wojskowej lub cywilnej i nie pobierają zasiłku dla bezrobotnych⁶. Przy zamrożonej stopie składki przychody ubezpieczenia mogły rosnąć wyłącznie w tempie wyznaczonym przez wzrost podstawy jej naliczania.

⁵ Przez pierwsze 16 miesięcy funkcjonowania GPV składka wynosiła 1%. O dynamizacji wypłacanych świadczeń nie było mowy aż do 2008 r., tj. do implementacji ustawy o dalszym rozwoju ubezpieczenia pielęgnacyjnego (*Pflegeweiterentwicklungsgesetz*).

⁶ Obecnie podstawowa stopa składki wynosi 2,35%, zaś dla osób bezdzietnych 2,6%.

Ten wzrost jednak nie wystarczał, aby zapewnić wzrost kosztów wynikający ze wzrostu liczby osób korzystających ze świadczeń. Skutek mógł być tylko jeden. Wraz z rosnącymi cenami spadała realna wartość świadczeń pieniężnych; w latach 1999–2009 w przypadku świadczeń opieki ambulatoryjnej obniżyła się o 16% przy tzw. pierwszym i drugim stopniu pielęgnacyjnym i 14% przy stopniu trzecim⁷. Obniżył się również wskaźnik pokrycia kosztów opieki w placówkach stacjonarnych (bez usług hotelowych i żywienia), w 2004 r. do 83% przy pierwszym, 53% przy drugim i 63% przy trzecim stopniu pielęgnacyjnym (Naegle 2014). Powstałą różnicę musieli pokryć pensjonariusze placówek opiekuńczych, ich rodziny, a w rosnącej liczbie przypadków instytucje pomocy społecznej poprzez wypłatę dodatkowych zasiłków pielęgnacyjnych.

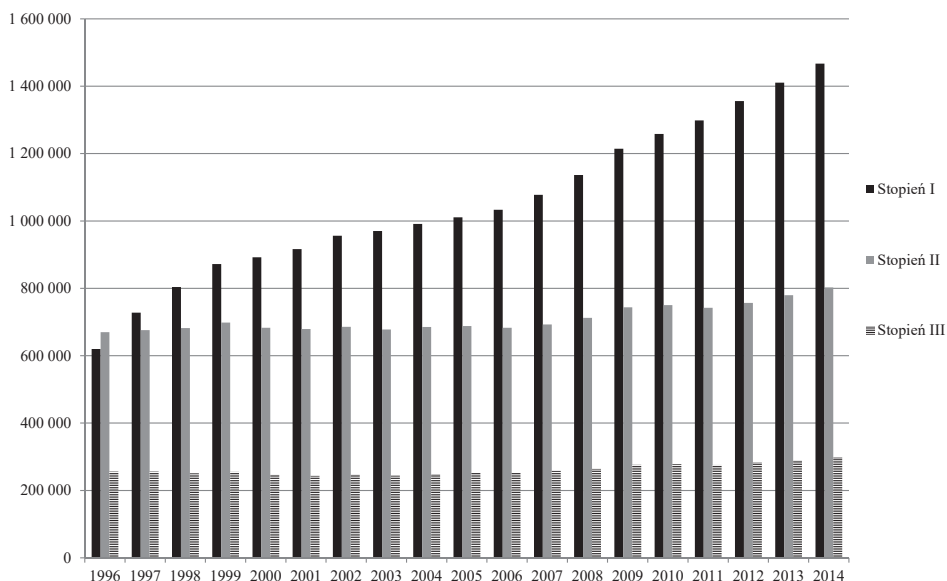
W latach 1995–2014 liczba osób korzystających ze świadczeń GPV wzrosła ponad dwukrotnie, z nieco ponad miliona w 1995 r. do ponad 2,5 mln w 2014 r. Na wykresie przedstawiono wzrost ich liczby w podziale na stopnie pielęgnacyjne.

Nie ma wątpliwości co do tego, że w najbliższych dziesięcioleciach nastąpi dalszy znaczny wzrost liczby osób wymagających opieki pielęgnacyjnej przez coraz dłuższy czas. Potwierdzają to wyniki zebranych przez Davida Bowlesa i współautorów (2014) różnych symulacji obejmujących okres 30–50 lat. W bardzo optymistycznym scenariuszu opartym na tezie o kompresji liczba osób wymagających opieki pielęgnacyjnej wzrośnie z około 1,812 mln w 1998 r. do 3 mln w 2050 r. Przyjmując tezę medycyzacji ich liczba przekroczy natomiast 6 mln (Häcker, Hackmann, Raffelhüschen 2011). Przyjmując natomiast stałych założenie nie zmieniających się w przyszłości wskaźników pielęgnacji w poszczególnych grupach wiekowych (stosunek liczby osób wymagających świadczeń opiekuńczych do liczebności grupy), Jasmin Häcker, Tobias Hackmann i Bernd Raffelhüschen (2011) oraz

⁷ Stopień I (*Pflegestufe I*) obejmował osoby, które co najmniej raz dziennie potrzebują pomocy przy co najmniej dwóch czynnościach z zakresu higieny osobistej, przyjmowania pokarmu i mobilności, a ponadto nie są w stanie samodzielnie prowadzić gospodarstwa domowego. Pomoc musi być przy tym potrzebna przez co najmniej 1,5 godziny dziennie, z czego na pielęgnację podstawową trzeba przeznaczyć co najmniej 45 minut. Stopień II (*Pflegestufe II*) obejmował osoby, które co najmniej trzy razy dziennie o różnych porach potrzebują pomocy przy zachowaniu higieny osobistej, przyjmowaniu pokarmu i poruszaniu się, a ponadto wielokrotnie w ciągu tygodnia potrzebują pomocy przy prowadzeniu gospodarstwa domowego. Pomoc musi być przy tym potrzebna przez co najmniej 3 godziny dziennie, z czego na pielęgnację podstawową trzeba przeznaczyć co najmniej 2 godziny. Stopień III (*Pflegestufe III*) obejmował osoby, które potrzebują ciągłej pomocy i pielęgnacji, również w nocy, a ponadto wielokrotnie w ciągu tygodnia potrzebują pomocy przy prowadzeniu gospodarstwa domowego. Pomoc musi być przy tym potrzebna przez co najmniej 5 godzin dziennie, z czego na pielęgnację podstawową trzeba przeznaczyć co najmniej 4 godziny.

W toku wdrożonej w 2008 r. reformy świadczenia ubezpieczeń pielęgnacyjnych zostały uzupełnione o finansową celową pomoc (wypłacane zasiłki w tym wypadku mogą być wykorzystane wyłącznie na pozyskanie świadczeń opiekuńczych) dla osób, które nie potrzebują klasycznej opieki pielęgnacyjnej, ale wymagają opieki towarzyszącej, np. ze względu na wystąpienie chorób demencyjnych. Zwyczajowo mowa jest w takich przypadkach o stopniu pielęgnacji 0 (*Pflegestufe 0*), chociaż ustawodawca niemiecki nazywa je oficjalnie „dodatkowymi świadczeniami opiekuńczymi przy ograniczonych kompetencjach codziennych” (*Zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz*).

Wykres 1. Korzystający ze świadczeń GPV w latach 1996–2014, w podziale na stopnie pielęgnacyjne (na koniec roku kalendarzowego)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BMG (2015).

Adelina Comas-Herrera wraz z współautorami (2006) dochodzą do wniosku, że wyłącznie wskutek starzenia się populacji liczba osób korzystających ze świadczeń ubezpieczenia pielęgnacyjnego wzrośnie w 2050 r. do ponad 4,4 mln — w porównaniu z 2,3 mln w 2010 r. Aby pokryć koszty wynikające z takiego rozwoju, składka na ubezpieczenie powinna wzrosnąć do 5,5% podstawy jej naliczania (Häcker, Hackmann, Raffelhüschen 2011), a udział ubezpieczenia pielęgnacyjnego w niemieckim PKB do 3,32% (z 1,24% w 2000 r.; Comas-Herrera i in. 2006). D. Bowles i współautorzy (2014) także przygotowali trzy scenariusze przyszłego rozwoju potrzeb pielęgnacyjnych. Zakładając w pierwszym scenariuszu stabilność wskaźnika pielęgnacji w każdej grupie wiekowej (dla każdej płci z osobna), prognozują wydłużenie zarówno absolutnego, jak i relatywnego okresu korzystania ze świadczeń pielęgnacyjnych (z wyjątkiem grup wiekowych 90–94 lata i 95+). Scenariusze drugi i trzeci opierają się na założeniu kompresji. W scenariuszu drugim założono ponadto stabilizację wskaźnika oczekiwanego dalszego trwania życia z potrzebą pielęgnacji dla grupy wiekowej 60–64 lata — dalsze trwanie życia bez potrzeb pielęgnacyjnych rośnie przy tym założeniu w tym samym tempie co ogólny wskaźnik dalszego trwania życia. W trzecim scenariuszu założono natomiast obniżenie się wskaźników pielęgnacji we wszystkich grupach wiekowych. Nawet według tego ostatniego, bardzo optymistycznego, scenariusza liczba osób potrzebujących świadczeń pielęgnacyjnych mocno wzrośnie do 2060 r. ze względu na starzenie się roczników wyżu demograficznego z lat 60. ubiegłego wieku — jest to proces,

który nabierze szczególnej dynamiki po 2035 r. Dopiero po 2060 r. może nastąpić pewna stabilizacja w tym względzie (szczególnie przy trzecim scenariuszu). Z kolei szacowany udział osób wymagających świadczeń pielęgnacyjnych osiągnie w 2080 r. poziom 4,1% w najkorzystniejszym scenariuszu lub 7,7% w scenariuszu status quo (przy założeniu stabilizacji wskaźników migracji na poziomie z 2013 r.). W 2011 r. wynosił on 3,1%.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne stoi zatem przed poważnym wyzwaniem kosztowym, na które nie jest obecnie przygotowane. Wprawdzie pod naciskiem ekspertów politycy niemieccy zdecydowali się w fazie implementacyjnej na czasowe opóźnienie rozpoczęcia wypłaty świadczeń przez GPV w stosunku do rozpoczęcia pobierania składek, co pozwoliło na osiągnięcie w pierwszych latach funkcjonowania tego ubezpieczenia nadwyżek finansowych i zbudowanie pewnej rezerwy (tabela 1), jednak już od 1999 r., mimo zamrożenia świadczeń, pojawiły się deficyty⁸. Finansowano je najpierw z rezerwy, ale w 2008 r. konieczne było podniesienie składki. Przyczyn narastających trudności z równoważeniem finansów społecznego filaru ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest wiele. Z pewnością należy do nich ograniczenie podstawy naliczania składek w zasadzie do dochodów związanych z wykonywaniem pracy. Ograniczenie takie uzależnia finanse GPV od zmieniającej się kondycji gospodarki. W czasie kryzysu, wraz z osłabieniem aktywności gospodarczej, maleją dochody z pracy zarobkowej i na własny rachunek, maleje zatem podstawa naliczania składek, a za nią, mimo podnoszenia granicy naliczania składki, także przychody ze składek. Ponieważ wydatki GPV nie zależą od bieżącej sytuacji ekonomicznej, z drugiej zaś strony nie zadbano o utworzenie odpowiednich rezerw finansowych na okresy słabszej koniunktury gospodarczej, w okresach kryzysu sytuacja finansowa ubezpieczenia się pogarsza.

Ale problem sięga znacznie głębiej. Dla rynku pracy składki na ubezpieczenia społeczne stanowią quasi podatek dochodowy. Rosnącym składkom nie odpowiada bowiem ekwiwalentny wzrost uprawnień do świadczeń. Tym samym składka od dochodu zniekształca stronę podaży rynku pracy. Atrakcyjniejszymi stają się praca na czarno, samozaopatrzenie, ale również wchodzenie w nieoskładkowane umowy pracy w miejsce regularnego zatrudnienia. Także popyt na pracę się zmienia, gdyż związki zawodowe wyżej cenią utrzymanie lub zwiększenie dochodów netto pracowników niż ochronę miejsc pracy (Arentz, Läufer, Roth 2014). Na dodatek, mimo rosnącego znaczenia w nowoczesnych gospodarkach bardziej pracochłonnego sektora usług, dochodzi do systematycznego spadku udziału dochodów z pracy w dochodzie narodowym na korzyść dochodów z kapitału. Kurczy się zatem, przynajmniej relatywnie, podstawa naliczania składki GPV (ale również pozostałych składek systemu ubezpieczeń społecznych), ta nie obejmuje bowiem, poza nielicznymi wyjątkami, dochodów z kapitału. O ile w 1996 r. udział tzw. *Grundlohn*, wskaźnika odzwierciedlającego poziom dochodów podlegających składkowaniu w PKB wynosił 47,42%, to w 2014 r. spadł on do niespełna 41% (BMG 2015a).

⁸ Deficyt odnotowany w 2002 r. sięgałby prawie miliarda euro, gdyby nie przypadająca na ten rok spłata udzielonej w 1995 r. przez GPV państwu pożyczki w wysokości 560 mln euro na sfinansowanie przedsięwzięć inwestycyjnych w obszarze opieki pielęgnacyjnej.

Tabela 1. Wskaźniki finansowe GPV w latach 1995–2014

Rok	Przychody w mld euro	Wydatki w mld euro	Saldo w mld euro	Stan środków na koniec roku w mld euro	Stopa składki w %	Granica naliczania składki – dochód roczny w DM do 2000 r. i euro od 2001
1995	8,41	7,97	3,44	2,87	1	70 200
1996	12,04	10,86	1,18	4,05	1, od 1 lipca 1,7	72 000
1997	15,94	15,14	0,80	4,86	1,7	73 800
1998	16,00	15,88	0,13	4,99	1,7	75 600
1999	16,32	16,35	-0,03	4,95	1,7	76 500
2000	16,55	16,67	-0,13	4,82	1,7	77 400
2001	16,81	16,87	-0,06	4,76	1,7	78 300
2002	16,9	17,36	-0,38	4,93	1,7	40 500
2003	16,86	17,56	-0,69	4,24	1,7	41 400
2004	16,87	17,69	-0,82	3,42	1,7	41 850
2005	17,49	17,86	-0,36	3,05	1,7/1,95	42 300
2006	18,49	18,03	0,45	3,50	1,7/1,95	42 750
2007	18,02	18,34	-0,32	3,18	1,7/1,95	42 750
2008	19,77	19,14	0,63	3,81	1,7/1,95 od 1 lipca 1,9/2,2	43 200
2009	21,31	20,33	0,99	4,80	1,9/2,2	44 100
2010	31,78	21,45	0,34	5,13	1,9/2,2	45 000
2011	22,24	21,92	0,31	5,45	1,9/2,2	44 550
2012	23,04	22,94	0,10	5,55	1,9/2,2	45 900
2013	24,96	24,33	0,63	6,17	2,05/2,3	47 250
2014	25,91	25,45	0,46	6,63	2,05/2,3	48 600

Źródło: BMG (2012), BMG (2015a).

Na dodatek w kraju ze starzejącą się populacją zachowanie stabilności finansowej ubezpieczenia pielęgnacyjnego opartego na umowie międzypokoleniowej w długim okresie w zasadzie jest niemożliwe, jeśli podstawa naliczania składek jest ograniczona do dochodów z pracy (i pochodnych). W założeniu mechanizm repartycyjny ma uruchomić jedynie

intertemporalną redystrybucję dochodu — w produkcyjnym okresie swojego życia, kiedy jednostki uzyskują wyższe dochody, indywidualne składki przewyższają składki ekwiwalentne do bieżącego ryzyka. Realizowane nadwyżki służą sfinansowaniu świadczeń dla osób będących już w starszym wieku, płacących składki niższe niż ekwiwalentne do bieżącego ryzyka (szczegółowo: Sowada 2013). Jednak w starzejących się społeczeństwach kolejne pokolenia są coraz mniej liczne, za to muszą wspomagać coraz liczniejszych seniorów. Utrzymanie mechanizmu repartycyjnego w takich warunkach możliwe jest jedynie albo przy ciągłym wzroście obciążeń młodszych pokoleń pracujących oraz pokoleń przyszłych, albo przy permanentnym obniżeniu poziomu zabezpieczenia. Każdy z tych scenariuszy budzi zrozumiałą niepokój i sprzeciw.

Niesprawiedliwe zasady

Kontekstualny charakter kategorii „sprawiedliwości” (*aequitas*, Aristoteles 1983) sprawia, że niemożliwe jest sformułowanie jednej ponadczasowej i uniwersalnej definicji tego co uznać można za SPRAWIEDLIWE bądź też NIESPRAWIEDLIWE. Za każdym razem ocenę „sprawiedliwości” konkretnych rozwiązań trzeba odnieść zarówno do celu, jaki został wytyczony, jak i do sposobu jego osiągnięcia. Cel nie uświęca bowiem, jak wiemy, środków. Powszechnie uznaje się, że nierówne traktowanie równych w odniesieniu do istotnej w kontekście określonej sytuacji cechy podmiotów (np. nierówne traktowanie przez podatek dochodowy podatników dysponujących takim samym dochodem) nie jest sprawiedliwe, podobnie jak równe traktowanie nierównych podmiotów (wymóg sprawiedliwości poziomej i pionowej). Słuszny i uznany za sprawiedliwy cel zabezpieczenia na wypadek ryzyka pielęgnacyjnego i objęcie nim od samego początku również osób starszych nie legitymuje niesprawiedliwej drogi jego osiągnięcia generującej korzyści jednym grupom kosztem innych.

Wprowadzając w 1995 r. piąty filar ubezpieczenia społecznego w postaci GPV, politycy niemieccy zafundowali w zasadzie wszystkim osobom, które w tym momencie miały już ukończone 45–50 lat, znaczne korzyści (*Einführungsgewinne*), bez zobowiązania ich do poniesienia ekwiwalentnej ofiary. Na korzyści te składają się zarówno świadczenia, z jakich osoby te mogły prawie od razu korzystać, mimo iż ich wkład własny w finansowanie GPV był znikomy, jak i korzyści w postaci pozyskanego poczucia bezpieczeństwa (niezależne od rzeczywistego korzystania ze świadczeń). W obu przypadkach największe „korzyści na wejściu” uzyskały pokolenia ówczesnych sześćdziesięciolatek, których obciążenia składkowe ze względu na przejście na emeryturę nie były duże, natomiast przeciętny okres korzystania ze świadczeń ubezpieczenia pielęgnacyjnego wynosi ponad 20 lat (Arentz, Läufer, Roth 2014). Ale także pokolenia ówczesnych czterdziesto- i pięćdziesięciolatek mogą czuć się beneficjentami netto GPV. Ich oczekiwany życiowy wkład finansowy w ubezpieczenie jest bowiem niższy od oczekiwanej wartości świadczeń, z jakich skorzystają. Taka hojność polityków rządzącej wówczas koalicji partii chadeckich (CDU i CSU) i liberalnej FDP nie budzi zdziwienia, jeśli szybkie przeprowadzenie ustawy przez parlament powiążemy z wyznaczonymi na 16 października 1994 r. wyborami do Bundestagu. Ale ta hojność

ma swoją cenę, którą muszą płacić młodsze pokolenia, a raz przyznanych korzyści nie da się już odebrać. W takiej sytuacji minimalnym celem polityki sprawiedliwej w stosunku do przyszłych pokoleń powinno być przynajmniej nieprzyjmowanie na ich koszt ciągle nowych jednostronnych rozwiązań na korzyść ludzi starszych. Tymczasem, pod naciskiem doraźnych interesów politycznych, takie rozwiązania są przyjmowane. Każde rozszerzenie katalogu świadczeń, niezależnie od tego, jak bardzo jest ono uzasadnione z humanitarnego i społecznego punktu widzenia, bez ekwiwalentnego wzrostu udziału finansowego wszystkich osób korzystających z takiego rozszerzenia oznacza nowe obciążenia dla pokoleń młodszych i przyszłych. I właśnie tak należy ocenić m.in. znaczne rozszerzenie katalogu świadczeń dla osób cierpiących na demencję starczą, do którego doszło w 2015 r.

Generowanie jednostronnych korzyści dla jednych grup kosztem innych nie jest jedynym powodem, dla którego przyjęte w Niemczech rozwiązania budzą zasadnicze wątpliwości, gdy oceniamy je pod kątem spełnienia kryterium sprawiedliwości. Wątpliwości budzi także niesystematyczna, przypadkowa, a wręcz arbitralna redystrybucja dochodów w wyniku działania GPV (Arentz, Läufer, Roth 2014). Ograniczenie w zasadniczej części podstawy naliczania składek na ubezpieczenia społeczne do dochodów z pracy w żadnym wypadku nie spełnia warunków „sprawiedliwego systemu podatków i transferów”, według których wysokość obciążeń daninami publicznymi powinna zależeć od indywidualnej zdolności płatniczej, a świadczenia transferowe powinny być przydzielane według kryterium potrzeb. Przecież tzw. solidaryzm dochodowy, *explicite* wskazywany jako jedna z reguł rządzących społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym i pielęgnacyjnym, ma polegać na tym, że osoby mające większą zdolność płatniczą niejako subwencjonują świadczenia dla osób gorzej sytuowanych (szczegółowo: Sowada 2013). Tymczasem dochody z pracy (i pochodne, np. emerytury i renty) stanowią bardzo niedoskonały wskaźnik zdolności płatniczej. Obciążanie składką tylko tych dochodów narusza zasadę sprawiedliwości pionowej, powoduje bowiem, że osoby, które pozyskują różne co do wysokości dochody całkowite, ale osiągają takie same dochody z pracy, płacą identyczną składkę, mimo wykazywania niewątpliwie różnej zdolności finansowej. Ta zależy bowiem od wysokości dochodów całkowitych.

Przekonanie o niesprawiedliwości przyjętych rozwiązań umacnia się, gdy rozważymy redystrybucyjne skutki wynikające z ustanowienia górnego pułapu dochodów, od których jest naliczana składka GPV. Dochody powyżej tej granicy — w 2016 r. w wysokości 50 850 euro dochodu rocznego — nie są obciążane składką, a to oznacza, że powyżej wspomnianego pułapu dochodu składka działa regresywnie (przeciętne obciążenie dochodu składką zaczyna maleć). Tym samym do najwyższych dochodów nie ma zastosowania zasada solidaryzmu dochodowego. Jeśli dodamy do tego, że około 10% mieszkańców Niemiec, głównie pracujący na własny rachunek oraz osoby z dochodami powyżej granicy wyznaczającej obowiązek partycypacji w społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym i pielęgnacyjnym (w 2016 r. — 56 250 euro rocznie), jest ubezpieczonych w prywatnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym i z tej racji w ogóle nie uczestniczy w redystrybucji dochodów w ramach GPV, musimy dojść do wniosku, że utożsamiany z zasadą sprawiedliwości solidaryzm dochodowy w rzeczywistości został zawężony do części społeczeństwa i nie funkcjonuje prawidłowo.

Także bezskładkowe współubezpieczenie niepracujących współmałżonków lub partnerów życiowych w kombinacji z obowiązującymi regulacjami ograniczającymi dochody podlegające naliczaniu składki należy ocenić krytycznie. Stawia ono bowiem w lepszej sytuacji gospodarstwo domowe dysponujące wysokimi dochodami uzyskiwanymi przez jednego z jego członków w porównaniu z gospodarstwem domowym ze średnimi i niskimi dochodami, ale uzyskiwanymi przez wielu jego członków (tzw. odwrotna redystrybucja; szczegółowo: Sowada 2013).

Należy wreszcie zwrócić ponownie uwagę na konsekwencje zastosowania samej umowy międzypokoleniowej stanowiącej pewien rodzaj konstytucji systemu społecznego. Immanuel Kant (1793/1983) w swej filozofii czystego rozumu świadomie odrzuca wystąpienie korzyści jako konieczny warunek przyjęcia konstytucji społecznej — kierując się czystym rozumem, wnosimy się ponad poziom partykularnych interesów. Zobowiązanie następných pokoleń do finansowania świadczeń dla pokoleń je poprzedzających, w zamian za obietnicę uzyskania wsparcia na starość ze strony kolejnych pokoleń, można by zatem za Kantem uznać za sprawiedliwe, nawet jeśli przy „zawieraniu” teźże umowy nikt nie pytał przyszłych pokoleń o gotowość uczestnictwa w niej. Ale ten sam rozum podpowiada, że rozwiązania generujące permanentnie nierówne obciążenia i dyskryminujące przyszłe pokolenia są narażone w przyszłości na odrzucenie. A właśnie z takimi mamy do czynienia. Każdy odpowiedzialny polityk i ekspert musi sobie zadać pytanie, jak daleko można się posunąć w zwiększaniu obciążeń dla przyszłych pokoleń, nie prowokując ich do wyrażenia sprzeciwu mogącego kiedyś zachwiać fundamentami całego systemu zabezpieczenia społecznego. W 2015 r. suma składek na ubezpieczenia społeczne w Niemczech osiągnęła poziom 38,55%, a dla osób bezdzietnych 39,8%. Jeśli dodamy do tego przewidywany wzrost składki na GPV do 5%, prognozowany np. przez Friedricha Breyera (2015) wzrost składki na społeczne ubezpieczenie zdrowotne do 26,7% (z średnio 15,6% w 2016 r.) oraz przewidywany wzrost składki na ustawowe ubezpieczenie emerytalne do 27,2% (z 18,7% w 2016 r.; Werding 2013), to w 2060 r. suma składek na ubezpieczenia społeczne (bez podatku dochodowego) może przekroczyć pułap 60%. Czy ten poziom spotka się jeszcze z akceptacją przyszłych pokoleń? I nawet jeśli przedstawiony scenariusz uznamy za zbyt pesymistyczny, gdyż nie uwzględnia on np. możliwości dopływu znacznej liczby imigrantów zasilających niemiecki rynek pracy, a także możliwości obciążenia składkami innych rodzajów dochodów, w tym rosnących dochodów z kapitału, warto zastanowić się nad alternatywnymi scenariuszami odnoszącymi się nie tylko do kwestii zapewnienia długookresowej stabilności finansowej ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ale także bardziej „sprawiedliwego” traktowania kolejnych pokoleń, tzn. równiejszego rozłożenia obciążeń finansowych — adekwatnie do pozyskiwanych korzyści.

Koncepcje uzupełnienia/zastąpienia mechanizmu repartycyjnego przez kapitałowy

Z punktu widzenia równego traktowania pokoleń idealnym mechanizmem zabezpieczenia jest mechanizm, w którym każde pokolenie z osobna przejmuje pełną odpowiedzialność za zaspokojenie własnych potrzeb. Odchodząc od rozwiązań konstytuujących międzypokoleniową redystrybucję, nie możemy jednak ignorować faktu nierównomiernego w cyklu życia człowieka rozłożenia zarówno potrzeb pielęgnacyjnych — te rosną bowiem wraz z wiekiem, jak i dochodów mogących stanowić źródło finansowania — te są z reguły najwyższe w wieku produkcyjnym. Funkcjonalny w długim okresie system zabezpieczenia musi zawierać instrumenty redystrybucji intertemporalnej, przesunięcia wykorzystania indywidualnych dochodów w czasie. Taką możliwość otwiera m.in. konstrukcja wewnątrzpokoleniowych rezerw na starość. Rezerwy takie są zasilane ze składek przewyższających w młodszym wieku oczekiwane wartości potrzebnych w tym wieku świadczeń i rozwiązywane w czasie, gdy zaspokojenie oczekiwanych potrzeb z bieżących dochodów wymagałoby zbyt drastycznego podniesienia składki. Rezerwy na starość stanowią zasadniczy element systemu zabezpieczenia wykorzystującego kapitałowy mechanizm finansowania. Same w sobie nie predefiniują natomiast, jak powinna być kalkulowana składka dla członków poszczególnych kohort wiekowych. Każdy z trzech podstawowych sposobów — zarówno składka ekwiwalentna do indywidualnego ryzyka, jak i utożsamiana z solidaryzmem dochodowym składka zależna od indywidualnej zdolności płatniczej oraz oparta na zasadzie *community rating* składka ryczałtowa per capita — może znaleźć zastosowanie.

Zmiana paradygmatu i przejście od mechanizmu repartycyjnego do finansowania oparteo na mechanizmie kapitałowym nie jest jednak operacją łatwą do przeprowadzenia. Im dłużej funkcjonuje rozwiązanie repartycyjne generujące roszczenia prawne wobec kolejnych pokoleń, tym większego oporu wobec zmiany należy się spodziewać. W Niemczech społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne funkcjonuje już 20 lat. A to oznacza, że miliony osób płaciły przez dwadzieścia lat swojego aktywnego życia zawodowego składki, które wykorzystano na sfinansowanie świadczeń dla ludzi w wieku poprodukcyjnym. Wszyscy oni nabyli roszczenia prawne wobec kolejnych pokoleń. Jednocześnie rozwinęła się swoista spirala owych roszczeń i żądań ich zaspokojenia (jak przy tzw. piramidach finansowych). Coraz więcej ludzi żąda wypełnienia nabytych roszczeń wobec coraz mniejszych grup finansujących ich realizację. Nagłe przerwanie tej spirali roszczeń i przejście do modelu kapitałowego nie jest jednak z politycznego punktu widzenia możliwe, wszak oznaczałoby utratę źródła finansowania świadczeń pielęgnacyjnych dla pokoleń już „utrzymywanych” ze składek osób młodszych. Te pozbawione wsparcia (mimo nabytych roszczeń) musiałyby się liczyć z drastycznym, prawdopodobnie niemożliwym do udźwignięcia wzrostem obciążeń składkami. Ale również osoby jeszcze pracujące, które jednak przekroczyły już 40. rok życia, musiałyby się liczyć z większymi składkami w porównaniu ze scenariuszem zachowania *status quo*, gdyż w krótszym czasie musiałyby zebrać środki zabezpieczające je na starość. Jedyne pragmatyczne w takiej sytuacji rozwiązanie sprowadzają się do stopniowego, rozłożonego w czasie, odejścia od modelu repartycyjnego lub uzupełnienia go o elementy mechanizmu kapitałowego (tzw. *Teilkapitaldeckung*).

Druga opcja zdaje się mieć więcej zwolenników w sferze politycznej. Uzupełnienie — z zasady repartycyjnej — formy GPV o elementy kapitałowe przewidywała np. umowa koalicyjna zawarta przez partie chadeckie (CDU i CSU) i liberalną demokrację (FDP) w 2009 r. (CDU/CSU/FDP 2009). W toku jej realizacji przyjęto różne regulacje (także w prawie podatkowym) wspierające zakup dodatkowych kapitałowych polis prywatnych ubezpieczeń pielęgnacyjnych (szczegółowo: Läufer, Roth 2012), mających na celu wypełnienie, rosnącej w wyniku niewystarczającej dynamizacji świadczeń, luki w zaspokojeniu potrzeb pielęgnacyjnych z ubezpieczenia GPV. Rządząca obecnie wielka koalicja partii chadeckich oraz socjaldemokracji (SPD) zdecydowała się na utworzenie (na mocy ustawy *Pflegestärkungsgesetz 1*) publicznego Funduszu Prewencyjnego (*Vorsorge-Fonds*), którego celem jest złagodzenie spodziewanego od 2035 r. gwałtownego wzrostu składki ubezpieczeniowej, w związku z dochodzeniem w tym czasie do wieku podeszłego bardzo licznych roczników urodzonych w latach 50. i 60. ubiegłego wieku.

Propozycje eksperckie zmian w systemie ubezpieczenia pielęgnacyjnego można natomiast podzielić na trzy grupy⁹. Do pierwszej zaliczają się rozwiązania przewidujące uzupełnienie filaru repartycyjnego GPV o elementy kapitałowe, jednak bez całkowitej likwidacji tego pierwszego. Tzw. Komisja Rürupa zaproponowała np. przekierowanie od 2010 r. części składki (połowy punktu procentowego z obowiązującej wówczas składki 1,7%) na specjalne indywidualne konta oszczędnościowe, z których w przyszłości miały być finansowane rosnące na starość potrzeby pielęgnacyjne. Pozostała część składki (1,2%) miała zostać utrzymana w modelu repartycyjnym. Deficyt finansowy wynikły z takiego działania proponowano sfinansować poprzez wprowadzenie dodatkowej składki dla emerytów, początkowo wynoszącej 2% i rosnącej do 2040 r. do poziomu 4,5% (BMGS 2003). Ekspersi Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung, najważniejszego organu doradczego rządu niemieckiego, w jednym ze scenariuszy zaproponowali zachowanie modelu repartycyjnego, zastępując jednak składkę od dochodu składką per capita. W innym scenariuszu przygotowanym przez to gremium jest mowa o zachowaniu składki od dochodu, jednak ze znacznym podniesieniem składki płaconej przez emerytów (tzw. *Beitragsplitting*; SVR 2004). Mieszane rozwiązania, przewidujące z jednej strony podniesienie podstawy naliczania składki oraz samej składki — w szczególności dla emerytów oraz osób bezdzietnych (lub posiadających tylko jedno dziecko), z drugiej zaś strony utworzenie kolektywnej rezerwy kapitałowej powiązane z wprowadzeniem ulg/subwencji podatkowych zachęcających do pozyskania dodatkowego ubezpieczenia prywatnego, zaproponował również Heinz Rothgang (2007 i 2009).

Druga grupa propozycji stawia na wprowadzenie, a następnie ekspansję mechanizmu kapitałowego poprzez zamrożenie (realny spadek wartości) świadczeń finansowanych w ramach repartycyjnej części systemu. Autorzy tzw. Modelu B-Länder zaproponowali np. zamrożenie składki GPV, ograniczenie dynamizacji wartości świadczeń GPV, jak również rezygnację z bezskładkowego ubezpieczenia niepracujących małżonków. Jednocześnie zasugerowali zbudowanie zasilanej z dodatkowej, podnoszonej corocznie składki ryczał-

⁹ Systematyczny przegląd tych propozycji przygotowali Arentz, Läufer i Roth (2011 i 2014).

towej rezerwy w postaci centralnie zarządzanego funduszu demograficznego¹⁰. Zadaniem funduszu byłoby przejście w przyszłości kosztów wynikających z nieuchronnej dynamizacji potrzeb pielęgnacyjnych, a co zatem idzie także kosztów opieki pielęgnacyjnej (Gaßner, Schottky 2005 i 2006). J. Häcker i B. Raffelhüschen (2008) zaproponowali z kolei zamrożenie składki na poziomie 1,7% i uzupełnienie brakujących środków poprzez pokoleniowe składki ryczałtowe. Część składki młodszych pokoleń miała być odkładana w funduszu rezerwowym. Eberhard Wille i Christian Igel (2008) przedstawili natomiast model składający się z trzech filarów. Pierwszy stanowiłaby dzisiejsza GPV z zamrożoną składką. Finansowanie drugiego, również obowiązkowego filaru miałyby się opierać na niezależnej od wieku i przynależności pokoleniowej składce per capita. Przy czym filar ten miał przejąć sfinansowanie deficytu filaru pierwszego wywołanego przez wzrost liczby świadczeniobiorców, nieuchronną dynamizację wartości świadczeń już gwarantowanych w ramach GPV oraz przez wprowadzenia do katalogu GPV nowych świadczeń dla osób cierpiących na demencję. Trzeci filar kapitałowy miałby zabezpieczyć sfinansowanie nowych, dotychczas nie zabezpieczonych przez GPV rodzajów świadczeń. Häcker, Hackmann i Raffelhüschen (2011) sugerują zaś ograniczenie repartycyjnego ubezpieczenia wyłącznie do zabezpieczenia wysokich ryzyk. Za miarę poziomu ryzyka przyjęli przy tym okres korzystania ze świadczeń pielęgnacyjnych. Wysokie ryzyko zostało opisane jako potrzeba korzystania z pomocy pielęgnacyjnej przez okres co najmniej jednego roku (alternatywnie — co najmniej przez trzy lata). O zabezpieczenie na wypadek krótszych okresów pielęgnacji obywatele mieliby się postarać, zakupując ubezpieczenie prywatne.

Trzecią grupę projektów zmian systemu tworzą propozycje przewidujące wygaszanie z czasem ubezpieczenia pielęgnacyjnego opartego na umowie międzypokoleniowej i zastąpienie go całkowicie systemem kapitałowym. Takie rozwiązanie pojawia się m.in. w raporcie tzw. Komisji Herzoga, w którym zaproponowano w pierw powiązany ze wzrostem podstawy naliczania znaczny wzrost składki — do 3,2%. Uzyskane dzięki takiemu zabiegowi dodatkowe środki miały zostać ulokowane w funduszu rezerwowym. Od 2030 r. wszyscy ubezpieczeni mieliby natomiast obowiązkowo przejść do systemu prywatnych ubezpieczeń pielęgnacyjnych finansowanych ze składek zależnych od oczekiwanego indywidualnego ryzyka kalkulowanego końca życia. Ponieważ taka składka z pewnością przekraczałaby często zdolności płatnicze osób starszych, zaproponowano jej ograniczenie do maksymalnie 66 euro miesięcznie. Brakujące z powodu takiego ograniczenia środki planowano zaś uzupełnić z utworzonego wcześniej funduszu rezerwowego (Kommission Soziale Sicherheit 2003). J. Häcker i B. Raffelhüschen (2004) zaproponowali z kolei zachowanie systemu repartycyjnego jedynie dla osób, które przekroczyły już 60. rok życia. Natomiast wszyscy pozostali mieszkańcy mieli zostać zobowiązani do zawarcia umów ubezpieczenia prywatnego opartego na mechanizmie kapitałowym. Podobną propozycję sformułowali Stefan Felder i Stefan Fetzner (2008), z tą jednak różnicą, że w miejsce proponowanej przez Häcker i Raffelhüscheną górnej granicy obciążenia składkami (na poziomie 2% dochodu

¹⁰ Autorzy tej propozycji nie wykluczają możliwości urynkowania w przyszłości zarządzania rezerwami.

gospodarstwa domowego) i uzupełnienia brakujących środków z dotacji budżetowej zalecają wprowadzenie dla wszystkich mieszkańców w wieku 18–60 lat obowiązku oszczędzania na indywidualnych kontach celowych, służących sfinansowaniu rosnących w przyszłości składek. Rozwiązanie przewidujące docelowo wygaszenie filaru repartycyjnego i zastąpienie go przez obowiązkowe ubezpieczenie prywatne z pokoleniową składką ryczałtową proponują także Christine Arentz, Ines Läufer i Steffen Roth (2014).

Wszystkie wymienione projekty kierują się tym samym celem stworzenia systemu zabezpieczenia na wypadek ryzyka pielęgnacyjnego, który także w warunkach starzejącej się populacji gwarantuje zaspokojenie przyszłych potrzeb pielęgnacyjnych. Eksperti jednoznacznie stwierdzają, że nie można wszystkich kosztów starzenia się społeczeństwa przesunąć po prostu na przyszłe pokolenia, że konieczny jest inny, „bardziej sprawiedliwy” podział tych kosztów między pokolenia młodsze i starsze, pokolenia obecnie żyjące i te przyszłe, które w politycznych krótkookresowych kalkulacjach nie są niestety brane pod uwagę. Finansowa baza opartego na mechanizmie międzypokoleniowej redystrybucji ubezpieczenia społecznego ciągle eroduje i erodować będzie także, gdy pokolenia tzw. *baby boomu* wymrą, a liczba osób w starszym i podeszłym wieku wymagających intensywnej opieki zacznie maleć. Każde bowiem kolejne pokolenie od 1975 r. jest, co podkreśla F. Breyer (2014), mniej liczne od pokolenia swoich rodziców średnio o jedną trzecią. Nie wystarczy zatem tylko „przetrwać”, aż wymrą pokolenia urodzone w latach 50. i 60., jak sugeruje H. Rothgang (2011), gdy pisze, że od 2060 r. należy się spodziewać znacznego obniżenia składek w systemie GPV, ponieważ wtedy transformacja demograficzna się zakończy. Ta może się zakończyć dopiero wtedy, gdy z jednej strony nastąpi wzrost stopy dzietności do poziomu gwarantującego zastępowalność pokoleń, z drugiej zaś oczekiwane trwanie życia przestanie się wydłużać.

Podsumowanie i wnioski

Niemieckie ubezpieczenie pielęgnacyjne w obu swoich częściach — społecznej GPV i prywatnej PPV — obejmuje wszystkich mieszkańców kraju i już z tego powodu, jako rozwiązanie wyjątkowe w skali europejskiej i światowej, zasługuje na uwagę. 90% mieszkańców kraju jest ubezpieczonych w filarze społecznym, stąd też zrozumiła koncentracja zainteresowania polityków i ekspertów na tym, co dzieje się w GPV. Przedstawiona powyżej analiza, podobnie jak wiele ekspertyz przygotowanych przez niemieckich ekonomistów, nie napawa optymizmem. Przyjęte w GPV rozwiązania raczej nie mogą zostać uznane za przykład dobrej praktyki, mimo niewątpliwych krótkookresowych sukcesów i miejscowo pozytywnych wyników. Słabość GPV jest w pierwszym rzędzie konsekwencją narzucenia także w tym obszarze społecznego zabezpieczenia modelu repartycyjnego opartego na idei umowy międzypokoleniowej jako podstawowej zasady finansowania. W modelu tym, upraszczając nieco, pokolenia młodsze (w wieku produkcyjnym) finansują (w dużej części) świadczenia dla pokoleń starszych, z nadzieją, że kolejne pokolenia sfinansują świadczenia dla nich samych. Mechanizm repartycyjny, relatywnie dobrze funkcjonujący w społeczeństwach o stabilnej strukturze wiekowej, w warunkach wyznaczonych przez transforma-

cję demograficzną zmienia się w piramidę finansową. Rozkręcająca się spirala roszczeń wymusza coraz głębszą redystrybucję międzypokoleniową, gdy coraz mniej liczne nowe pokolenia muszą ponosić ciężar utrzymania coraz liczniejszych (przynajmniej relatywnie) pokoleń starszych.

Niezdolność GPV do sprostania finansowemu wyzwaniu, które stawia transformacja demograficzna, nie jest jedyną jego cechą budzącą niepokój i krytykę. niesprawiedliwe uprzywilejowanie jednych grup/pokoleń na koszt innych (*Einführungsgewinne*), prowadzące do całkowicie przypadkowych kierunków redystrybucyjnych kwotowe i rodzajowe ograniczenie podstawy naliczania składki, bezpośrednie uzależnienie przychodów ubezpieczenia od zmieniającej się kondycji gospodarki (wskutek uzależnienia składki od dochodów z pracy) to kolejne wskazane wyżej mankamenty niemieckiego rozwiązania. O ile te ostatnie można jednak, przy pewnej determinacji reformatorów, relatywnie łatwo usunąć, dostosowanie systemu do potrzeb starzejącego się społeczeństwa wymaga czegoś więcej niż tylko kosmetycznych modyfikacji obecnie funkcjonujących rozwiązań. Do tej pory żadnemu państwu nie udało się odwrócić niekorzystnych procesów demograficznych. Nawet bardzo prorodzinna polityka prowadzona w niektórych krajach nie spowodowała przyrostu wskaźnika dzietności wystarczającego do odwrócenia trendów demograficznych. Czy lepsze wyniki może przynieść ofensywna polityki promigracyjna? Zdania na ten temat są podzielone. Także w obliczu najnowszej fali imigracyjnej — w 2015 r. do Niemiec przybyło ponad milion uchodźców, z których spora część z pewnością będzie chciała się osiedlić tu na stałe — przedstawiciele czołowych instytutów ekonomicznych są sceptyczni co do tego, czy to wystarczy do przezwyciężenia niekorzystnych dla rynku pracy i stabilności systemu zabezpieczenia społecznego konsekwencji starzenia się populacji. Pozostaje zatem zmiana paradygmatu i przejście, być może stopniowe i rozciągnięte w czasie, ale jednak konsekwentne na mechanizm kapitałowy, w którym każde pokolenie zadba o siebie, budując — w okresie charakteryzującym się niskim ryzykiem i wysokimi dochodami (wiek produkcyjny) — odpowiednie rezerwy pokoleniowe na czas swojej starości.

Bibliografia

- Abiry, R., Boll, C., Bonin, H., Gerlach, I., Hank, K., Laß, I., Nehr Korn-Ludwig, M.-A., Reich, N., Reuß, K., Schnabel, R., Stichnoth, H., Wilke, C. (2014). *Evaluation der Wirkung ehe- und familienbezogener Leistungen auf die Geburtenrate/Erfüllung von Kinderwünschen. Gutachten für die Prognos AG — Endbericht*. Mannheim: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH.
- Arentz, C., Läufer, I., Roth, S.J. (2011). *Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung: Teilkapitaldeckungsmodelle im Vergleich*. Discussion Paper 04/2011. Köln: Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Arentz, C., Läufer, I., Roth, S.J. (2014). *Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung. Systematische Antworten auf ökonomische Herausforderungen und politische Restriktionen. Pflegevorsorge und IWP-Optionsmodell*. Discussion Paper 04/2014. Köln: Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsforschung.

- Aristoteles (1983). *Nikomachische Ethik*. Stuttgart: Reclam Verlag.
- Bäcker, G. und das Team sozialpolitik-aktuell (2015). *Chronologie gesetzlicher Neuregelungen. Pflegeversicherung und Pflege 1998–2014*. Duisburg: Institut Arbeit und Qualifikationen der Universität Duisburg-Essen.
- Błądowski, P. (2009). Reforma społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech — główne cele i uwarunkowania. *Polityka Społeczna*, nr 7, s. 22–27.
- BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (2003). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission. Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012). Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Pobrano z: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf [dostęp: 20.04.2016].
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Pobrano z: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> [dostęp: 07.06.2016].
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015a). Daten des Gesundheitswesens 2015. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Boll, C., Bonin, H., Gerlach, I., Hank, K., Laß, I., Nehr Korn-Ludwig, M.-A., Reich, N., Reuß, K., Schnabel, R., Schneider, A.K., Stichnoth, H., Wilke, C. (2013). *Geburten und Kinderwünsche in Deutschland: Bestandsaufnahme, Einflussfaktoren und Datenquellen*. Mannheim: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH.
- Bowles, D., Zuchandke, A., Greiner, W., Graf von der Schulenburg, J.-M. (2014). Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen in der Gesetzlichen Pflegeversicherung — Zum Einfluss unterschiedlicher Morbiditätsannahmen auf die Entwicklung der sozialrechtlich anerkannten Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Schmollers Jahrbuch*, vol. 134, nr 2, s. 209–236.
- Breyer, F. (2014). Ungeeigneter Vorsorgefonds. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 29 sierpnia 2014, s. 20.
- Breyer, F. (2015). Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, vol. 16, nr 3, s. 215–230.
- Chawla, M., Betcherman, G., Banerji, A. (2007). *From Red To Gray. The „Third Transition” of Aging Populations in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Comas-Herrera, A. i in. (2006). Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing and Society*, vol. 26, nr 2, s. 285–302.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2014). Familienpolitische Maßnahmen in Deutschland — Evaluationen und Bewertungen. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, vol. 83, nr 1.

- Eurostat (2015). Pobrano z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/2/21/Total_fertility_rate%2C_1960%E2%80%932014_%28live_births_per_woman%29_YB16.png [dostęp: 16.04.2016].
- Felder, S., Fetzter, S. (2008). Wenn nicht jetzt, wann dann? Zur Reform der Pflegeversicherung. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, vol. 97, nr 1, s. 144–161.
- Fries, J.F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, vol. 303, nr 3, s. 130–135.
- Fries, J.F. (2000). Compression of morbidity in the elderly. *Vaccine*, vol. 18, nr 16, s. 1584–1589.
- Götting, U., Hinrichs, K. (1993). Probleme der politischen Kompromißbildung bei der gesetzlichen Absicherung des Pflegefallrisikos. *Politische Vierteljahresschrift*, vol. 34, nr 1, s. 47–71.
- Gaßner, M., Schottky, E. (2005). Reformvorschlag für eine ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. *Die BKK*, nr 2, s. 61–65.
- Gaßner, M., Schottky, E. (2006). Ein Modell zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung. *Die BKK*, nr 8, s. 384–388.
- Gruenberg, E.M. (1977). The failures of success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly (Health and Society)*, vol. 55, nr 1, s. 3–24.
- Häcker, J., Raffelhüschen, B. (2004). Den sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsordnung*, vol. 73, nr 1, s. 158–174.
- Häcker, J., Raffelhüschen, B. (2008). *Die Pflegeversicherung in der Krise. Renditen, Leistungsniveau und Versorgungslücken*. Köln: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Häcker, J., Hackmann, T., Raffelhüschen, B. (2011). *Soziale Pflegeversicherung heute und morgen mit nachhaltigen Reformen aus der Krise*. Köln: Deutsches Institut für Altersvorsorge.
- Kant, I. (1793/1983). Über den Gemeinspruch. Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis. W: W. Weischedel (red.), *Immanuel Kant — Werke in zehn Bänden*, t. 9 (s. 125–172). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (1974). Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Pobrano z: http://www.kda.de/tl_files/kda/Jubilaum1962%20-%202012/PDFs/Gutachten.pdf [dostęp: 16.04.2016].
- Kommission Soziale Sicherheit (2003). Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin.
- Läufer, I., Roth, S. (2012). Pflegeneuausrichtungsgesetz: Fragwürdige Förderung. *Wirtschaftsdienst*, vol. 92, nr 5, s. 288.
- Meyer, J. (1996). *Der Weg zur Pflegeversicherung. Position, Akteure, Politikprozesse*. Frankfurt: Mabuse.
- Montgomery, F.U. (2001). Zielkonflikte im Gesundheitssystem: Der medizinische Fortschritt, das medizinische Ethos und der Zwang zur Wirtschaftlichkeit. W: K.-D. Henke,

- C. Dräger (red.), *Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität* (s. 68–77). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Mossakowska, M., Więcek, A., Błędowski, P. (2012). *POLSENIOR. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Naegele, G. (2014). *20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht*. Friedrich Ebert Stiftung. Pobrano z: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10541.pdf> [dostęp: 20.04.2016].
- Pabst, S. (1997). *Finanz- statt Sozialpolitik. Konflikte bei der Implementation der Pflegeversicherung*. ZeS-Arbeitspapier, nr 8. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen.
- Rothgang, H. (2007). Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems. *Wirtschaftsdienst*, vol. 87, nr 6, s. 364–369.
- Rothgang, H. (2009). Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. W: H. Dräther, K. Jacobs, H. Rothgang (red.), *Fokus Pflegeversicherung: Nach der Reform ist vor der Reform* (s. 95–121). Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Rothgang, H. (2011). Reformoptionen und Reformsackgassen. *Wirtschaftsdienst*, vol. 91, nr 10, s. 659–663.
- Sowada, C. (2004). Obowiązkowe ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech — podstawowe rozwiązania i wybrane problemy. *Zdrowie i Zarządzanie*, vol. 6, nr 6, s. 54–61.
- Sowada, C. (2011). Starzenie się człowieka i starzenie się populacji. Podział odpowiedzialności za skutki finansowe w systemie opieki zdrowotnej. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 9, nr 1, s. 86–100.
- Sowada, C. (2013). Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden. Pobrano z: http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse_2013.pdf [dostęp: 10.04.2016].
- Statistisches Bundesamt (2015a). *Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege*. Wiesbaden. Pobrano z: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/10/PD13_362_221.htmlhttps://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfeszurPflege5221020127004.pdf?__blob=publicationFile [dostęp: 15.04.2016].
- Statistisches Bundesamt (2016). *Ausgaben der Sozialhilfe — Hilfe zur Pflege*. Pobrano z: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/EinnahmenAusgaben/Tabellen/Ausgaben_HilfePflege.html [dostęp: 22.04.2016].
- SVR (Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung) (2004). *Erfolge im Ausland — Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005*. Wiesbaden.
- United Nations (2007). *World Economic and Social Survey 2007. Development in an Ageing World*. New York: Department of Economics and Social Affairs. Pobrano

z: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf [dostęp: 15.04.2016].

Werding, M. (2013). Alterssicherung, Arbeitsmarktdynamik und neue Reformen: Wie das Rentensystem stabilisiert werden kann. Studie der Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung. Pobrano z: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/alterssicherung-arbeitsmarktdynamik-und-neue-reformen/> [dostęp: 10.04.2016].

Wille, E., Igel, C. (2008). Pflegereform: Vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren? W: L. Funk, E. Knappe (red.), *Anwendungsorientierte Marktwirtschaftslehre und Neue Politische Ökonomie* (s. 461–493). Marburg: Metropolis Verlag.

Summary

Germany, as one of the first countries in the world, introduced mandatory insurance for long-term care in 1995. The statutory system (*Gesetzliche Pflegeversicherung*) covers 90% of German population, with remaining 10% covered by the private insurance. The statutory system relies on wage-based premiums (payroll tax). It is a pay-as-you-go scheme which allows for a comprehensive intergenerational redistribution of income. However, in an ageing population with fewer working adults and more pensioners (who benefit from the long-term care most), this system is not sustainable in the long run. A change of the funding paradigm is needed. Yet, given the concern of younger generations about the increased financial burden (by paying twice in the future, once for the parents' and grandparents' generations and once for themselves), the implementation of the reform is challenging.

Key words: long-term care insurance, pay-as-you-go, ageing population, intergenerational redistribution, Germany, public policy

Cytowanie

Christoph Sowada (2016), *Powszechne społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w starzejącym się społeczeństwie. Sukces czy porażka modelu bismarckowskiego w Niemczech?*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” nr 33(2), s. 13–34. Dostępny w Internecie na www.problempolitykispolecznej.pl [dostęp: dzień, miesiąc, rok]