

Katarzyna Rubel

Akademia Ekonomiczna w Katowicach
Université Montesquieu-Bordeaux IV

UWAGI W SPRAWIE NIEDOŁĘŻNOŚCI ORAZ SPOSOBÓW UBEZPIECZENIA JEJ SKUTKÓW W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

Uchwała nr 1008/1993 Parlamentarnego Zgromadzenia Rady Europy w sprawie polityki socjalnej na rzecz osób starszych i ich samodzielności mówi, iż za osoby niepełne, a więc uzależnione od opieki, uważa się te osoby, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej wymagają w znacznym zakresie niezbędnej opieki w codziennych czynnościach życiowych.

Ryzyko niepełności towarzyszy ludziom od zarania dziejów i ewoluowało w miarę rozwoju społeczeństwa. Początkowo jednak nie odgrywało ono dużej roli społecznej, ponieważ tylko nieliczne jednostki dożywały starości, ale mogły wówczas liczyć na opiekę najbliższej rodziny. Jednak na skutek wzrostu liczby ludzi starszych, wydłużającej się średniej długości życia społeczeństwa, malejącego przyrostu naturalnego oraz zwiększonego odsetka aktywnych zawodowo kobiet nastąpiło znaczne zmniejszenie potencjału opieki w systemie rodzinnym. Wymusiło to rozwiązania m.in. w postaci rozszerzenia zakresu pomocy społecznej, powstania specjalistycznych instytucji opieki dziennej lub całodobowej dla osób starszych oraz ubezpieczenia od niepełności¹.

W miarę rozwoju społecznego i ekonomicznego niepełność zaczęła być traktowana jako odrębne ryzyko, a nie – jak dotychczas – jako integralny element ubezpieczenia w razie choroby, starości lub inwalidztwa [14, s. 259 i n.]. W zależności od państwa prawo do świadczenia na skutek niepełności może być związane z zaawansowanym wiekiem (tak jak jest w przypadku Francji) bądź też może być przyznawane w każdym momencie życia, jak np. w niemieckim systemie prawnym.

¹ Więcej na temat determinantów niepełności, a zwłaszcza roli kobiet w nieformalnej opiece rodzinnej, zob. [5, s. 3-18; 4, s. 103 i n.].

Prekursorem w zakresie powszechnego ubezpieczenia od niepełności były Niemcy, które jako pierwsze wprowadziły obowiązkowe społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne już przeszło 10 lat temu, uchwalając 26 maja 1994 r. ustawę o socjalnym zabezpieczeniu ryzyka potrzeby pielęgnacji. Aktualnie 85 mln mieszkańców Niemiec jest objętych ubezpieczeniem pielęgnacyjnym, a 2 mln osób korzysta ze świadczeń z tego tytułu². Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, niezależnie od wieku, każdej osobie objętej obowiązkowym ubezpieczeniem pielęgnacyjnym, która na skutek choroby, zaburzeń psychicznych lub inwalidztwa stała się niepełna i wymaga stałej i znacznej pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności w życiu codziennym. Beneficjent ma możliwość wyboru pomiędzy świadczeniem w naturze, zasiłkiem w formie pieniężnej lub kombinacją świadczenia w naturze i zasiłku pieniężnego. W pierwszym przypadku, w zależności od stopnia niepełności, przysługuje opieka o równowartości miesięcznej: 383 euro dla 1 stopnia, 920 euro dla 2 stopnia, 1432 euro dla 3 stopnia, a w przypadkach najtrudniejszych – 1917 euro. Z kolei jeżeli ubezpieczony zdecyduje się na świadczenie pieniężne, przysługuje mu, w zależności od stopnia niepełności, zasiłek w wysokości: 205 euro dla 1 stopnia, 409 euro dla 2 stopnia i 665 euro dla 3 stopnia. Należy zwrócić uwagę, iż mimo znacznej dysproporcji między świadczeniem w naturze a świadczeniem pieniężnym zdecydowana większość beneficjentów wybiera jednak świadczenie wprawdzie o niższej wartości, ale w formie pieniężnej. Ubezpieczenie pielęgnacyjne jest finansowane ze składek ubezpieczonych oraz pracodawców w wysokości 0,85% przez każdą ze stron. Ze względu na repartycyjny sposób jego finansowania, opartego na solidarności międzypokoleniowej, począwszy od 1 stycznia 2005 r., osoby bezdietne zostały zobowiązane do odprowadzania wyższej składki, która wynosi 1,1% wynagrodzenia.

Należy zwrócić uwagę, że komplementarne prywatne ubezpieczenie od niepełności³ nie cieszy się w Niemczech dużym zainteresowaniem, w przeciwieństwie do Francji, która jest w tym zakresie liderem i zarazem największym, bo liczącym 2,5 mln osób ubezpieczonych, rynkiem europejskim, pomimo że od 2002 r. istnieje tam również *allocation personnalisée à l'autonomie* (APA) – świadczenie finansowane z systemu ubezpieczeń społecznych. Stanowi to w przypadku rynku francuskiego wyłącznie potwierdzenie tezy, że wprowadzenie publicznego obowiązkowego ubezpieczenia od niepełności jest katalizatorem dynamicznego rozwoju prywatnego komplementarnego ubezpieczenia od niepełności [15, s. 1].

Allocation personnalisée à l'autonomie, uchwalona ustawą z 20 lipca 2001 r., zastąpiła od 1 stycznia 2002 r. *prestation spécifique dépendance* (PSD), które było

² Wśród 2 mln beneficjentów świadczenia pielęgnacyjnego ok. 1,37 mln przebywa w miejscu zamieszkania, a 0,63 mln w specjalistycznych instytucjach opieki.

³ Istnieje również prywatne obowiązkowe ubezpieczenie od niepełności będące alternatywą dla obowiązkowego społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego osób przekraczających odpowiedni poziom dochodów.

formą pomocy społecznej w naturze przyznawanej przez departament⁴. APA zapoczątkowała nowe prawo oparte na zasadzie równości, znosząc dotychczasowy warunek wyłączający ze swojego zakresu podmiotowego szerokie grono obywateli ze względu na wyższy poziom dochodów niż dopuszczała *prestation spécifique dépendance*. APA przysługuje, niezależnie od wysokości dochodów lub stanu majątkowego, każdemu obywatelowi, który ukończył 60 lat i na stałe zamieszkuje terytorium Francji. Prawo do tego świadczenia mają na tych samych zasadach obcokrajowcy, o ile posiadają kartę rezydenta lub aktualne pozwolenie na pobyt tymczasowy (warunek minimum piętnastoletniego pobytu przed ukończeniem 70 roku życia nie ma już w tej chwili zastosowania).

Kolejnym, niezbędnym warunkiem uprawniającym do otrzymania świadczenia APA jest utrata samodzielności po osiągnięciu minimum 60 lat. Została ona zdefiniowana przez ustawę z 20 lipca 2001 r. następująco: *stan osoby, która pomimo aktualnie zapewnionej opieki potrzebuje pomocy w codziennych czynnościach życiowych lub wymaga stałej obecności osoby trzeciej*. Jednak zasadniczą innowacją wprowadzoną w 2002 r. jest stopień niedołężności klasyfikujący do przyznania świadczenia APA (por. [9, s. 42]). Przysługuje ono nie tylko tym osobom, które z najbardziej dotkliwymi i zaawansowanymi typami niedołężności zaliczane są do grup 1, 2 i 3, ale również i tym, które są zaklasyfikowane do grupy 4 – o umiarkowanym stopniu niedołężności. Podstawą klasyfikacji niedołężności jest tabela AGGIR (*autonomie gérontologie-groupes iso-ressources*) wyróżniająca 6 grup niedołężności osób starszych – począwszy od grupy 1, czyli osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, aż do grupy 6, czyli osób niedołężnych w najmniejszym stopniu, zdolnych do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego.

Tabela 1. Tabela AGGIR (*autonomie gérontologie-groupes iso-ressources*)

Stopień niedołężności	Opis
1.	osoby unieruchomione w łóżku lub fotelu, które nie mają autonomiczności umysłowej, fizycznej, ruchowej, socjalnej i wymagają stałej obecności osoby trzeciej
2.	osoby unieruchomione w łóżku lub fotelu mające autonomiczność umysłową częściowo ograniczoną, wymagające pomocy przy większości czynności życia codziennego, lub osoby, które nie mają autonomiczności umysłowej, lecz są sprawne fizycznie,
3.	osoby całkowicie sprawne umysłowo, ale częściowo ograniczone fizycznie i wymagające codziennej, kilkakrotnej pomocy przy czynnościach życia codziennego
4.	osoby, które nie mogą samodzielnie przemieszczać się, lecz są w stanie samodzielnie podnieść się i poruszać po mieszkaniu, ale potrzebują jednak pomocy do codziennej toalety oraz ubierania się
5. oraz 6.	osoby niedołężne w nieznacznym stopniu lub osoby sprawne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [12, s. 2].

O zaawansowaniu niedołężności i klasyfikacji do jednej spośród sześciu grup decyduje, po przeprowadzonej wizycie w miejscu zamieszkania osoby ubiegającej

⁴ Podstawą prawną *prestation spécifique dépendance* była ustawa z 24 stycznia 1997 r. Więcej na temat PSD i przyczyn jej zastąpienia przez APA zob. [3, s. 290 i n.; 1, s. 700 i n.; 15].

się o świadczenie, zespół medyczno-socjalny, który składa się przynajmniej z jednego lekarza i jednego pracownika socjalnego. Prawo do świadczenia APA przysługuje wyłącznie osobom zaklasyfikowanym do grup 1, 2, 3 oraz 4, osoby zaś znajdujące się w grupach 5 i 6 mogą jedynie wystąpić, w zależności od wysokości osiąganych dochodów, o zasiłek na pomoc domową z pomocy społecznej lub dodatkowy zasiłek na pomoc domową, który jest przyznawany przez Kasę Ubezpieczenia Emerytalnego.

W przypadku osób niedołącznych mieszkających w swoich domach lub mieszkaniach, a nie w wyspecjalizowanych instytucjach, takich jak domy spokojnej starości, instytucje specjalizujące się w opiece całodobowej osób starszych, inwalidów itp.⁵, maksymalna wysokość zasiłku jest ustalana na podstawie wysokości świadczenia dodatku dla osoby trzeciej (*majoration pour tierce personne*) i wynosi odpowiednio:

- dla grupy pierwszej – 1,19 dodatku dla osoby trzeciej, a więc 1408,09 euro,
- dla grupy drugiej – 1,02 dodatku dla osoby trzeciej, a więc 984,08 euro,
- dla grupy trzeciej – 0,765 dodatku dla osoby trzeciej, a więc 738,06 euro,
- dla grupy czwartej – 0,51 dodatku dla osoby trzeciej, a więc 492,04 euro.

Przedstawiona powyżej wysokość zasiłku APA jest kwotą maksymalną i przysługuje wyłącznie beneficjentom, których dochody nie przekraczają wskaźnika 0,67 dodatku dla osoby trzeciej. Osoby o wyższych dochodach są zobligowane do pokrywania tzw. udziału własnego (*ticket modérateur*) wahającego się w granicach od 0 do 90% przyznanego zasiłku APA. Osoby niedołączne, których dochody przekraczają równowartość wskaźnika 2,67 dodatku dla osoby trzeciej, pokrywają maksymalny i najwyższy udział własny, wynoszący 90% przyznanego zasiłku APA. Według danych na trzeci kwartał 2005 r., 911 000 osób miało prawo do świadczenia APA. Przeciętna wysokość świadczenia wynosiła miesięcznie 483 euro, a 69% beneficjentów było zobligowanych do pokrycia udziału własnego w wysokości 101 euro [12, s. 1 i n.].

APA jest oparta na solidarności społeczności lokalnej oraz narodowej i dlatego jest finansowana z różnych źródeł: 0,1% *contribution sociale généralisée*, kasa ubezpieczenia emerytalnego w 2000 r. przeznaczyła 50% środków na pomoc domową⁶, z departamentu, środki zgromadzone w dniu solidarności na rzecz osób niedołącznych i niepełnosprawnych, zyski z ulokowanych wkładów.

Już 2 lata po wprowadzeniu w życie APA została uznana za ofiarę własnego sukcesu z powodu nieoczekiwanej dużej liczby beneficjentów i deficytu finansowego. Niestety, sytuacja finansowa nie uległa poprawie, ponieważ beneficjentów

⁵ W przypadku osób przebywających w wyspecjalizowanych instytucjach świadczenie APA jest przekazywane bezpośrednio do instytucji sprawującej opiekę nad osobą niedołączną. Na dzień 30 września 2005 r., spośród osób pobierających świadczenie APA aż 41% przebywało w takich instytucjach.

⁶ Środki te w kwocie 76 mln euro powinny zostać przełane do 30 czerwca każdego roku na rzecz funduszu finansowego zasiłku niedołącznościowego (*Fonds de financement de l'accocaction personnalisée d'autonomie*).

APA jest coraz więcej – 30 września 2005 r. prawo do tego świadczenia miało 911 000 osób, co spowodowało drastyczny wzrost wydatków.

Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne dotyczące Europy, należy zauważyć, że problem, w jaki sposób finansować opiekę nad osobami niedołącznymi w podeszłym wieku, będzie z czasem rosnać. Najprostszym rozwiązaniem tej kwestii jest zwiększenie składek odprowadzonych do systemu ubezpieczeń społecznych⁷. Jednak w aktualnej, trudnej przecież sytuacji wszystkich europejskich systemów zabezpieczenia społecznego należy zdecydowanie poszukać alternatywnego rozwiązania, tj. pozabudżetowego finansowania ryzyka niedołączności. Kolejnym, nasuwającym się rozwiązaniem, znacznie realniejszym niż poprzednie, jest prywatne ubezpieczenie od niedołączności. A konkretnie – upowszechnienie już istniejącego na francuskim rynku prywatnego ubezpieczenia od niedołączności dzięki szeregowi przywilejów o charakterze fiskalnym. Począwszy od nieuwzględniania świadczenia w postaci renty z tytułu prywatnego ubezpieczenia od niedołączności jako dochodów branych pod uwagę przy ustalaniu świadczenia APA, poprzez wprowadzone w 2005 r. zwolnienie ze składek na ubezpieczenie społeczne środków odprowadzanych na prywatne grupowe ubezpieczenie od niedołączności, aż po projekt ustawy z grudnia 2005 r., przewidujący zwolnienie od podatku dochodowego składek przeznaczonych na prywatne ubezpieczenie od niedołączności z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia zarówno grupowego, jak i indywidualnego⁸.

Prywatne ubezpieczenia od niedołączności funkcjonujące na francuskim rynku już od 20 lat obejmujące 2,5 mln ubezpieczonych jest, na tle pozostałych krajów członkowskich, w Europie bezdyskusyjnym prekursorem i zarazem liderem w komplementarnym zabezpieczeniu niniejszego ryzyka. Specyfika francuskiego prywatnego ubezpieczenia od niedołączności opiera się przede wszystkim na uproszczonej konstrukcji oferty umowy ubezpieczenia w postaci renty dożywotniej o stałej wysokości, co pozwala beneficjentom na całkowicie nieograniczoną dyspozycję środkami przekazywanymi z tytułu niedołączności, a zarazem pomoc ubezpieczyciela w wyborze specjalistycznej opieki przez dodatkową usługę assistance⁹.

Z kolei faktem, który dobrze ilustruje, jak ważną rolę odgrywa niedołączność we francuskim systemie ubezpieczeń społecznych, bezdyskusyjnie jest powołanie do życia w maju 2005 r. *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*. Zdaniem D. Piveteau świadczy to z całą pewnością o zaistnieniu nowej – piątej dziedziny – zabezpieczenia społecznego zwanej również piątym ryzykiem [13, s. 409].

⁷ Mimo iż takie rozwiązanie wybrano do finansowania niemieckiego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, obciążając ubezpieczonych składką 1,7%, nie jest ono całkowicie satysfakcjonujące, jeśli się uwzględni istniejący deficyt.

⁸ Art. 1 *proposition de loi n° 2691 visant au financement de la dépendance, présentée par M. Michel Hunault*.

⁹ W przeciwieństwie do amerykańskich ofert prywatnego ubezpieczenia od niedołączności, które, jak pokazują badania przeprowadzone przez l'American Council of Life Insures, dla 2/3 konsumentów polisy prywatnego ubezpieczenia od niedołączności (*long-term care*) są niezrozumiałe.

Na przykładzie Niemiec i Francji, dwóch państw europejskich stanowiących czołówkę w zakresie ubezpieczenia od niedołężności, możemy zaobserwować jego ewolucję – od początkowo nie odgrywającego większej roli i skromnego elementu pomocy społecznej aż do odrębnej, piątej dziedziny ubezpieczeń społecznych.

Nie tylko rozwiązania dotyczące samego ubezpieczenia od niedołężności są różne w poszczególnych krajach zjednoczonej Europy. Również w przypadku nazewnictwa ubezpieczenia od niedołężności możemy wyróżnić zróżnicowane tendencje: w krajach anglojęzycznych używa się określenia oznaczającego opiekę długoterminową – *long-term care*, w Niemczech zaś podkreśla się charakter pielęgnacyjny – *pflegeversicherung*. We Francji z kolei ma zastosowanie określenie podkreślające utratę samodzielności, autonomiczności – *allocation personnalisée à l'autonomie*. W krajach francuskojęzycznych w przypadku ubezpieczycieli prywatnych ma również zastosowanie określenie będące przeciwieństwem samodzielności/autonomiczności, a mianowicie zależność – *assurance dépendance*. Trudno mówić o nazewnictwie polskim ze względu na to, iż w Polsce praktycznie ryzyko niedołężności nie zostało wyodrębnione ani w ramach systemu ubezpieczeń społecznych¹⁰, ani wśród ubezpieczycieli komercyjnych, którzy nie mają ubezpieczenia od niedołężności w swojej ofercie. Literatura z kolei w tej dziedzinie odnosi się do rozwiązań przyjętych w innych państwach, więc i nazewnictwo jest zazwyczaj przetłumaczoną nazwą przyjętą w danym systemie. Nie wydaje się, iż można uznać za ubezpieczenie od niedołężności istniejący w polskim systemie ubezpieczeń społecznych zasiłek pielęgnacyjny, przysługujący każdemu emerytowi z racji ukończenia 75 roku życia czy też ze względu na stan zdrowia. Zasiłek pielęgnacyjny jest integralnym elementem ubezpieczenia emerytalnego i poniekąd przypomina rozwiązanie zastosowane w ustawie o ubezpieczeniu społecznym uchwalonej 28 marca 1933 r. (DzU nr 51, poz. 396), gdzie ryzyko starości zostało uwzględnione jedynie w sposób pośredni poprzez domniemanie inwalidztwa u osoby, która osiągnęła 65 rok życia, a w szczególnych przypadkach 60 lat. Konsekwencją tego nie było wyróżnienie przez ustawę scaleniową odrębnego świadczenia emerytalnego, lecz ujęcie ryzyka starości jako specyficznego rodzaju inwalidztwa, które nie jest uwarunkowane faktyczną niezdolnością zarobkową.

Literatura

- [1] Belorgey J.M., *Du handicap à la dépendance: la trappe?*, „Revue de Droit Sanitaire et Social” 1999.
- [2] Błędowski P., *Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech*, [w:] *Re-formy społeczne i zagrożenia ich realizacji*, red. L. Frąckiewicz, W. Koczur, AE, Katowice 1998.

¹⁰ Przedstawiona w ubiegłym roku propozycja projektu zasiłku dla niedołężnych osób starszych przewidywała nazwę ubezpieczenie pielęgnacyjnego.

- [3] Borgetto M., Lafore R., *Droit de l'aide et l'action sociales*, 5 éd., Montchrestien, Paris 2004.
- [4] Breuil-Genier P., *La gestion du risque dépendance: le rôle de la famille, de l'État et du secteur privé*, „Économie et Statistique” 1996 nr 291-292.
- [5] Faure-Abbad M., *Solidarité nationale et solidarité familiale dans la prise en charge des personnes âgées*, [w:] *La Protection sociale face au vieillissement: journée d'étude, Poitiers, 23 octobre 2003*, LGDJ, 2004.
- [6] Greiner D., Demuijnck G., *Justice distributive et dépendance: coparaison France-Allemagne*, 4^e Conférence internationale de recherche en sécurité sociale Anvers, 2003
- [7] Kessler F., *L'Assurance-dépendance en Allemagne: premières leçons*, „Revue Belge de Sécurité Sociale” 1997 nr 39.
- [8] Le Blan-Delannoy V., *L'Allocation personnalisée d'autonomie pour les familles des personnes âgées dépendantes: des espoirs déçus*, „Revue de la Recherche Juridique, Droit Prospectif” 2003 nr 4.
- [9] Levoyer L., *Financier le vieillissement: l'exemple de l'APA*, [w:] *La protection sociale face au vieillissement: journée d'étude, Poitiers, 23 octobre 2003*, LGDJ, 2004.
- [10] Mercat-Bruns M., *Age et dépendance: un regard comparé*, „Droit Social” 2003 nr 12.
- [11] Otten B., *Répondre à la dépendance: l'expérience allemande*, „Risques” 2003 nr 55.
- [12] Perben M., Deloffre A., *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2005*, „Études et Résultats” 2005 nr 415.
- [13] Piveteau D., *Dix questions sur la nouvelle Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*, „Revue de Droit Sanitaire et Social” 2005 nr 3.
- [14] Schulte B., *Les reformes des systemes de la sécurité sociale en Europe*, [w:] *Rapports au 6^{ème} Congres Europeen de Droit du Travail et de la Sécurité Sociale*, Varsovie 1999, s. 259 i n.
- [15] Sueur J.P., *L'aide personnalisée à l'autonomie: un nouveau droit fondé sur la principe d'égalité*, La Documentation Française, 2000.
- [16] Taleyson L., *L'assurance dépendance privée. Comparaisons internationales*, „Newsletters Techniques SCOR” 2003 nr 9.

REMARKS ON INFIRMITY AND HOW TO INSURE ITS CONSEQUENCES IN SELECTED EU COUNTRIES

Summary

There are not only various solutions on dependence insurance in different European countries, but also as far as the terminology of the dependence insurance is

concerned there have been various tendencies created: the English speaking countries use the definition meaning a long term care is used – *long term care*, while Germany, and France use the definitions meaning losing independence and autonomy – *pflegeversicherung*, *allocation personnalisée à l'autonomie*. In French speaking countries private insurers also use a term being opposed to independence and autonomy, that is dependence – *assurance dépendance*. It is difficult to speak about Polish definitions, as practically in Poland this risk has been separated neither in social securities system nor by the private insurers, who do not offer such a product yet. On the other hand literature covers the solutions worked out in other countries and definitions usually are some form of translation from other systems. Following the examples of Germany and France, two of the European leading countries in aspect of dependence insurance, one can easily observe the evolution of dependence risk, which started as the diminished element of social security to become a separate, fifth field of social insurances.