



Fot. iStockphoto.com

## Niekończąca się opowieść o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym

Wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski podczas debaty zorganizowanej w kwietniu przez „Dziennik Gazetę Prawną” przedstawił koncepcje zmian w finansowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Mówił między innymi o wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Z jego wypowiedzi wynika, że Ministerstwo Zdrowia chce przedstawić rozwiązania dotyczące zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz opieki nad osobami starszymi, a następnie wprowadzić związaną z nimi opłatę. – To byłby rodzaj składki rosnącej wraz z wiekiem czy stażem zawodowym i zarobkami aż do emerytury. Byłaby płacona w jakiejś części przez pracodawcę, w jakiejś przez pracownika – mówił wtedy wiceminister Gadomski. – Będzie można ją wprowadzić, ale po tym, kiedy powstanie realna oferta dla seniorów – dodał.

Czy ta propozycja jest rozsądna i jak ma się do tego, co w tej sprawie działo się w przeszłości?

### Trochę historii

Historycznie należy przypomnieć informację rządu na temat sytuacji w ochronie zdrowia, kiedy premie-

rem był Kazimierz Marcinkiewicz. W czasie dziewiętnastego posiedzenia Sejmu 7 czerwca 2006 r. minister zdrowia Zbigniew Religa powiedział: – Wprowadzenie dodatkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego od 2008 r. wynika z konieczności podjęcia działań w zakresie zapewnienia opieki pielęgnacyjnej dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości, szczególnie w świetle niekorzystnych wskaźników demograficznych oraz postępującego procesu starzenia się polskiego społeczeństwa.

Zarządzeniem z 28 marca 2006 r. minister powołał zespół do spraw opracowania założeń obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. W jego pracach miały uczestniczyć osoby reprezentujące naukę, samorządy medyczne, instytucje zajmujące się problematyką opieki długoterminowej oraz administrację rządową.

„ Proponuję likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia oraz stworzenie Ministerstwa Sportu, Zdrowia i Polityki Społecznej, które zajmowałoby się wszystkimi sprawami związanymi z dobrostanem społeczno-zdrowotnym obywateli ”

Zadania zespołu obejmowały w szczególności:

- przegląd aktów prawnych regulujących sprawy związane z opieką nad ludźmi niezdolnymi do samodzielnej egzystencji i ocena dotychczasowych rozwiązań,
- opracowanie epidemiologiczne aktualnej i prognozowanej liczby osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji,
- opracowanie definicji, stopnia i zasad orzecznictwa o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- opracowanie katalogu świadczeń wynikających z potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji,
- opracowanie zasad organizacji i finansowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych,
- opracowanie zasad ochrony danych i statystyki w ubezpieczeniach pielęgnacyjnych,
- opracowanie zasad zapewnienia jakości usług pielęgnacyjnych i innych regulacji mających na celu ochronę podmiotów ubezpieczeń pielęgnacyjnych,
- opracowanie projektów działań prewencyjnych i rehabilitacyjnych oraz przedsięwzięć badawczych mających na celu zapobieganie niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie chorób i urazów,
- opracowanie aktuarialne dotyczące proponowanej wysokości składki,
- opracowanie zasad funkcjonowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych.

– *Celem ubezpieczenia pielęgnacyjnego, opartego na zasadzie solidaryzmu społecznego, jest zapewnienie ludziom niezdolnym do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości możliwości godnego życia. Zakłada się powszechność obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Wysokość przewidywanej składki zostanie przedstawiona po zakończeniu prac zespołu. Zakłada się, że składka docelowo wyniesie 1,2 proc. podstawy wymiaru, przy czym w pierwszym roku obowiązywania, tj. w 2008 r., wyniesie 0,5 proc. i będzie w 50 proc. podlegała kompensacie z podatkiem dochodowym – mówił prof. Religa.*

Prace zespołu zakończyły się w 2007 r. wypracowaniem i przedłożeniem ministrowi zdrowia projektu

założeń do ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Uzasadnieniem dla podjęcia powyższych działań był fakt, że w Polsce ponad milion osób z powodu swojego stanu zdrowia jest niesamodzielnych i wymaga stałej opieki innych osób (stan w 2007 r.). Są to najczęściej osoby chore, niesprawne, które z powodu upośledzenia funkcji organizmu (często z niezawinionych przez siebie powodów) pozostają samotne, niezdolne do samodzielnej egzystencji.

Kolejnym dokumentem związanym z ubezpieczeniem pielęgnacyjnym było Zarządzenie nr 6 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r. w sprawie stworzenia Międzyresortowego Zespołu do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy, kiedy premierem była Beata Szydło. Zapisano w nim, że do zadań zespołu należy:

- dokonanie analizy funkcjonowania systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w kontekście ich spójności i konieczności koordynacji działań lub możliwości ich zintegrowania,
- opracowanie projektu założeń do ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy,
- opracowanie projektu ustawy o orzekaniu o niepełnosprawności i niezdolności do pracy po przyjęciu założeń przez zespół,
- opiniowanie rozwiązań dotyczących systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy wypracowanych w ramach działania 2.6 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Propozycje zespołu zostały złożone w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, a przyczynkiem do podjęcia prac było to, że w Polsce funkcjonuje aż sześć systemów orzekania o niepełnosprawności, w tym cztery ustalają uprawnienia do świadczeń rentowych (w ramach ZUS, KRUS, MSWiA i MON), piąty – o stopniu niepełnosprawności, a szósty – w zakresie potrzeb kształcenia specjalnego. Przepisy są sprzeczne, dezorientują osoby z niepełnosprawnościami i utrudniają im korzystanie ze swoich praw.

### Wnioski z przeszłości

W mojej ocenie, aby mówić o konkretyzacji tzw. ubezpieczenia pielęgnacyjnego, należy wyciągnąć wnioski i odpowiedzieć na pytanie, dlaczego mimo wielokrotnego rozpoczynania prac i niewątpliwie ciekawych i twórczych wniosków nie udało się dotychczas ich implementować. Mamy rok 2021, a jedynym na razie pomysłem przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia jest nałożenie kolejnej daniny, bez konkretnych rozwiązań dotyczących orzecznictwa o niepełnosprawności, ale także niesamodzielności, integracji świadczeń, które obecnie są finansowane m.in. przez NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, MSWiA czy MON.

Otóż w tym momencie odpowiedź jest jedna – proponuję likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia oraz stworzenie Ministerstwa

Sportu, Zdrowia i Polityki Społecznej, które zajmowałyby się wszystkimi sprawami związanymi z dobrostanem społeczno-zdrowotnym obywateli. Instytucją finansującą świadczenia medyczne i społeczne byłby ZUS. W innym przypadku to są mrzonki. Należy także skończyć z podziałem na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne w Polsce, który ma charakter *stricte* prawny i w rzeczywistości nastręcza wielu problemów instytucjom wykonującym poszczególne zadania, jak również osobom korzystającym ze świadczeń z dwóch rodzajów ubezpieczeń.

### Potencjał publicznych i prywatnych ubezpieczeń w zależności od ryzyka

Barbara Więckowska i Magdalena Osak w publikacji „Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce” (Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu 2010 nr 106) wskazują, że podziału ubezpieczeń zdrowotnych na publiczne i prywatne należy dokonywać według kryterium głównej metody pozyskiwania opłaty za prawo do korzystania z ochrony ubezpieczeniowej. W ubezpieczeniach publicznych jest to wkład pieniężny, którego wielkość zależy przede wszystkim od uzyskiwanego dochodu z pracy (legislacyjnie w ustawach), natomiast w ubezpieczeniach prywatnych opłata przyjmuje postać składki ubezpieczeniowej zależnej od czynników „ryzyka” (np. wiek, płeć, stan zdrowia, miejsce zamieszkania). Ponadto, finansowanie składkowe (jak również podatkowe) nie wyklucza „wspierania” ubezpieczeń prywatnych ze środków publicznych.

Obecnie w Polsce definicja tzw. ubezpieczeń publicznych w zakresie zdrowia ma niewiele wspólnego z definicją ubezpieczenia w ogóle, chociażby ze względu na brak określenia poszczególnych ryzyk i dostosowanych do nich świadczeń bez względu na to, która agenda jest odpowiedzialna za finansowanie. Są to kwestie do doprecyzowania w kontekście ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Reasumując, niewątpliwie po stronie Ministerstwa Zdrowia jest chęć zrobienia „czegokolwiek”, ale w związku z przemianami demograficznymi zachodzącymi w naszym społeczeństwie problem dotyczy różnych instytucji – zarówno publicznych, jak i prywatnych. Przemiany te spowodowały znaczne zwiększenie się liczby osób starszych, które wymagają pomocy w codziennych, czasami najbardziej podstawowych czynnościach, a dotychczas mogą jeszcze liczyć na pomoc członków rodziny lub sąsiadów.

Od początku 2020 r. doszedł jeszcze jeden czynnik wyalienowania osób starszych i pozbawienia ich kontaktów z członkami rodziny czy w ogóle z innymi osobami – zachorowania na COVID-19 spowodowane SARS-CoV-2 i związane z tym zalecenia. Podaję przykład komunikatu: „seniorzy nie powinni teraz



Fot. iStockphoto.com

„Należy skończyć z podziałem na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, który ma charakter *stricte* prawny i w rzeczywistości nastręcza wielu problemów instytucjom wykonującym poszczególne zadania, jak również osobom korzystającym ze świadczeń”

opuszczać swoich domów, a jeśli to niemożliwe, należy ograniczać wychodzenie do niezbędnego minimum, czyli krótkiego wyjścia po zakupy spożywcze, środki higieniczne czy leki, ale najlepiej poprosimy bliskich, młodszego sąsiada lub różnego rodzaju instytucje”.

Chodzi właśnie o różnego rodzaju instytucje, które należy w mojej ocenie w pierwszej kolejności przededefiniować. Przede wszystkim powinno się określić, czy to ma być ubezpieczenie pielęgnacyjne jako:

- koncepcja oparta na metodzie zaopatrzeniowej,
- koncepcja oparta na metodzie ubezpieczeniowej,
- koncepcja ubezpieczenia pielęgnacyjnego w ramach ubezpieczenia społecznego czy zdrowotnego (przy obecnych uregulowaniach, a najlepiej przy okazji likwidacji NFZ problem znika, bo zostaje tylko ZUS),
- koncepcja wprowadzenia orzecznictwa dotyczącego niesamodzielności,
- koncepcja ustanowienia koszyków świadczeń zdrowotno-społecznych (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia),
- koncepcja obowiązkowa czy dobrowolna z opcją wsparcia osób, które w danej sytuacji nie mogą pokrywać składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne.

Marek Woch, doktor nauk prawnych, były pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kontaktów z organizacjami pozarządowymi i organami władzy publicznej, biegły sądowy z zakresu zarządzania oraz organizacji opieki zdrowotnej przy Sądzie Okręgowym Warszawa-Praga