

# Njemački sustav socijalnog osiguranja za njegu\*

Nino Žganec

Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta  
Sveučilište u Zagrebu

Pregledni članak

UDK: 368.4 (-430.1.-2)

Primljeno: siječanj 2000.

*Rad sadrži pregled njemačkog sustava osiguranja za njegu, uvedenog 1995. godine. Osiguranje za njegu uklopljeno je u njemački sustav socijalnog osiguranja kojeg ova zemlja razvija još od glasovitih Bismarckovih reformi. Kako se često ističe, ovo je osiguranje peti stup u sustavu socijalne sigurnosti Njemačke. Usmjereno je osiguranju rizika od potrebe za dugotrajnom negom, dakle onih oblika ovisnosti o pomoći drugoga za koje se ne može očekivati kako će prestati. U tome se nalazi osnovna linija razgraničenja između osiguranja za njegu i zdravstvenog osiguranja. U radu se prikazuju glavne sastavnice ovog, u europskim razmjerima još uvijek relativno novog oblika socijalnog osiguranja, te se upozorava na neke uočene probleme u proteklom razdoblju njegove primjene. Među glavnim problemima navode se problemi nedovoljne dostupnosti različitih usluga njege, prevelika institucionalizacija, pitanje visine doprinosa, pitanje razgraničenja sustava osiguranja za njegu od zdravstvenog osiguranja itd.*

**Cljučne riječi:** osiguranje za njegu, socijalno osiguranje, socijalna sigurnost, Njemačka.

## UVOD

Europske tradicije u izgradnji socijalne države pokazuju raznolikost u idejama i praktičnim rješenjima. Hoće li takvo stanje pomoći stvaranju neke buduće jedinstvene europske socijalne politike ili će se, pak, nastaviti s izgradnjom izdvojenih nacionalnih socijalnih politika, pokazat će vrijeme. U ovom su časopisu već objavljeni prilozi o socijalnim politikama za Hrvatsku najzanimljivijih europskih zemalja. Njemački sustav socijalnog osiguranja osobito je značajan za Hrvatsku, kako zbog svojeg utjecaja koji je u povijesti preko Austro-Ugarske imao na Hrvatsku, tako i zbog brojnih i intenzivnih veza koje se između Njemačke i Hrvatske i danas održavaju. U Europskoj uniji, čiji je Njemačka član, zamjetna su nastojanja za ujednačavanjem socijalnih prava i socijalnih standarda. Njemačka, čiju povijest na planu socijalne politike obilježava tzv. *Sonderweg* ili izdvojeni, posebni put, danas izabire tzv. "srednji put" koji obilježava pozicija između nordijske, socijaldemokratske socijalne politike s jedne i socijalnih politika u kojima do-

miniraju "desne tendencije" s druge strane (Lawson, 1996).

Izvorišta suvremene njemačke socijalne politike treba tražiti, prije svega, u njezinoj povijesti i to osobito onoj druge polovice 19. stoljeća. Glasovite Bismarckove socijalne reforme, o kojima je u ovom časopisu već pisano, bile su u prvom redu politički motivirane (Žganec, 1995.) i ostavile su dubok i trajan trag, koji su pratili svi oni koji su razvoju njemačke socijalne politike dali značajniji doprinos. Sustav socijalnog osiguranja (zdravstveno osiguranje, 1883. godine, osiguranje od posljedica nesreće na poslu, 1884. godine te osiguranje za slučaj invalidnosti i starosno osiguranje, 1889. godine), koji se u svjetskim razmjerima prvi puta pojavljuje za vrijeme Bismarckove vladavine, predstavlja "kopernikanski obrat" u razvoju socijalne države i, osobito, socijalne pravde. Kako ističe Puljiz (1997.), bile su to prve značajne mjere socijalne politike koje je sustavno provela jedna država. Nadopunjen osiguranjem za slučaj nezaposlenosti (1927. godine) njemački sustav socijalne sigurnosti počiva na četiri

\* "Osiguranje za njegu" je u stvari prijevod njemačke riječi "Pflegeversicherung". U literaturi na engleskom jeziku za isto koristi se izraz "Long-Term Care Insurance", što bi se moglo prevesti kao "osiguranje dugotrajne njege" (skrbi). (Napomena autora.)

stupa koja pokrivaju glavne socijalne rizike stanovništva.

Novo političko doba, nastalo padom Berlinskog zida i ujedinjenjem zemlje, donosi sa sobom nove izazove za Njemačku kao socijalnu državu. Stanovnicima Istočne Njemačke ujedinjenje donosi velike promjene u socijalnoj politici i politici rada (Lawson, 1996.). Jedan od glavnih problema za istočne Nijemce predstavlja velik pad zaposlenosti kao posljedica sloma istočnog gospodarstva. Ujedinjena Njemačka suočena je s golemim socijalnim izdacima koje je tadašnja vlada kancelara Kohla nastojala pokriti, prije svega povećanjem izdvajanja zaposlenih za socijalno osiguranje. Pored toga, 1994. godine Vlada uvodi opsežan plan štednje, tzv. *Sparpaket*, koji znači smanjivanje broja i opsega različitih socijalnih davanja. Pri tome je najviše pogodena srednja klasa njemačkog društva koja je s jedne strane dobila povećane stope izdvajanja za socijalno osiguranje, a s druge strane više ne može računati na onaj obujam državne pomoći koji joj je godinama jamčio relativno visoki stupanj socijalne sigurnosti i blagostanja. U takvim uvjetima, od početka 90-ih godina u Njemačkoj se vodi intenzivna rasprava o potrebi i mogućnostima uvođenja 5. stupa socijalne sigurnosti. Intenzivira se, zapravo, rasprava koja je stara već dvadeset godina, a tiče se novog oblika obveznog osiguranja pod nazivom osiguranje za njegu (njem. *Pflegeversicherung*, engl. *Long-Term Care Insurance*). Iako nije predstavljao novost u svjetskim (bolje reći europskim) razmjerima, ovaj novi oblik obveznog socijalnog osiguranja bio je, kako se kasnije pokazalo, izuzetno hrabar potez tadašnje njemačke vlade.

Samostalno osiguranje za njegu u to vrijeme imala je tek Nizozemska, dok neke druge zemlje, poput Belgije i Francuske, imaju neke elemente osiguranja za njegu uključene u obvezno zdravstveno osiguranje. Zbog takvih okolnosti uvođenje novog osiguranja suočeno je s nizom problema vezanih uz predvidive zahtjeve osiguranika za korištenjem prava iz osnova ovog osiguranja u inozemstvu (Sieveking, 1997.). Iako su u međuvremenu neke druge zemlje Europske unije uvele samostalno osiguranje za njegu (Austrija, Finska), ipak su još danas uočljivi različiti problemi koji se zbog neujednačenosti sustava socijalnog osiguranja (bolje reći nepostojanja sustava osiguranja za njegu u većini europskih zemalja) pojavljuju,

kako za korisnike – osiguranike, tako i za osiguravatelje (državne i privatne).

Kako ističe Eichenhofer (1996.), koordinacija sustava socijalne sigurnosti na razini Europske unije moguća je jedino ako u svim državama članicama postoji jednaka struktura socijalnih usluga. Tek tada mogao bi se osigurati, temeljem članstva u sustavu socijalnog osiguranja jedne zemlje, pristup socijalnim uslugama druge zemlje putem sustava europskog socijalnog prava. Tako nešto moguće je npr. u području zdravstvenog osiguranja. Što se tiče osiguranja za njegu u sferi je dobrih želja i nadanja da će u budućnosti sve zemlje Europske unije u svoj sustav socijalne sigurnosti uvesti ovo osiguranje.

Uvođenju osiguranja za njegu prethodila je duga i opsežna rasprava kojom se nastojalo doći do najboljeg od moguća tri pristupa. Prvi pristup zagovarao je tzv. tržišno upravljano strategiju, drugi pristup oslanja se na transfere iz poreza, a trećim se predlagalo proširenje pokrivenosti socijalnog osiguranja (Schneider, 1999.). Dvadeset godina duge i kontroverzne rasprave dovelo je napokon do odgovora o najboljem pristupu za uvođenje novog osiguranja koje je uklopljeno u široki sustav socijalnog osiguranja kao 5. stup socijalne sigurnosti. U osnovi osiguranje za njegu slijedi tzv. "medicinski model" koji se u definiranju pretpostavki za osobnu pomoć čvrsto oslanja na medicinsku profesiju. Štoviše, prvi je korak ka uvođenju osiguranja za njegu predstavljala reforma zdravstvenog zakonodavstva kojom se 1988. godine naznačuje mala skupina klijenata koja ima pravo na pomoć za njegu na teret troškova zdravstvenih fondova. Pravo je ograničeno na one klijente koji su potpuno ovisni o drugoj osobi odnosno na one koji trebaju njegu u kući. Od 1995. godine (1. siječnja počinje uplata doprinosa, a 1. travnja uvodi se usluga njege u kući) usluge s osnova osiguranja za njegu, koje su se do tada ostvarivale preko zdravstvenih fondova i koje je imalo oko 700.000 korisnika, sada se ostvaruju preko novoosnovanih fondova za njegu.

Osiguranje za njegu kao 5. stup socijalne sigurnosti formalno je zaseban vid osiguranja i u ideji i provedbi jasno je razgraničeno od zdravstvenog osiguranja. Usluge koje je moguće ostvariti temeljem zdravstvenog osiguranja usmjerene su na tretman ili prevenciju bolesti s ciljem da se osobi pomogne u procesu ozdrav-

ljenja, odnosno s ciljem da do bolesti uopće ne dođe. Pri tome zdravstveno osiguranje može pokriti troškove zdravstvene skrbi u bolnici ili kod kuće. Prilikom bolničkog liječenja u zdravstvenu njegu uključene su, dakle, i neke usluge njege koje pokrivaju zdravstveni fondovi. U slučaju da se liječenje bolesti odvija u kući bolesnika, zdravstveni fondovi imaju obvezu pokriti troškove vremenski ograničenih usluga njege. Osiguranik tada ostvaruje pravo na kućnu zdravstvenu njegu koja uključuje i opskrbu u domaćinstvu. U slučaju bolesti takav oblik skrbi može se ostvariti u vremenskom trajanju do četiri tjedna. Međutim, kad su mogućnosti zdravstvenog tretmana (i bolničkog i onog kućnog) iscrpljene tada osiguranik više nema pravo na pomoć po osnovi zdravstvenog osiguranja, iako i dalje postoji potreba za pomoći. U tom slučaju otvara se prostor za ostvarenje pomoći na osnovi osiguranja za njegu i na tome zapravo počiva ideja ovog osiguranja.

### GLAVNI ELEMENTI STRUKTURE SOCIJALNOG OSIGURANJA ZA NJEGU

Uvođenjem novog oblika obveznog socijalnog osiguranja obuhvaćeno je cjelokupno stanovništvo ujedinjene Njemačke. Temeljno je načelo da svatko tko je osiguran u sustavu zdravstvenog osiguranja postaje osiguranik socijalnog osiguranja za njegu, a svatko tko je osiguran preko privatnog zdravstvenog osiguranja mora 1. siječnja 1995. godine zaključiti privatno osiguranje za njegu. Nositelji osiguranja su fondovi (kase) za njegu koji se osnivaju pri zdravstvenim fondovima. S obzirom na to da je zakonskim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeno oko 90 posto stanovništva, pri uvođenju novog osiguranja izbjegavaju se komplicirani administrativni postupci koji bi se javili ako bi se gradio potpuno novi sustav izvan postojećeg zdravstvenoga.

Obvezu osiguranja za njegu imaju sve osobe koje su osigurane zakonskim zdravstvenim osiguranjem i to radnici, državni službenici, studenti, umirovljenici. Osobe koje su dobrovoljno osigurane unutar zdravstvenog osiguranja, također su obveznici osiguranja za njegu. Djeca i bračni partneri koji imaju pravo na uzdržavanje, a čiji mjesečni prihod ne prelazi utvrđeni minimum (koji je u trenutku uvođenja osiguranja za njegu iznosio 560 DEM u bivšoj Zapadnoj, a 440 DEM u bivšoj Istočnoj Njemačkoj), suosiguranici su u okviru obitelj-

skog osiguranja. Državni službenici, dobrovoljno osigurani unutar zdravstvenog osiguranja, osigurani su unutar sustava osiguranja za njegu djelomično i, sukladno tome, djelomično ostvaruju usluge s osnova novog osiguranja. Određeni krug osoba obveznici su socijalnog osiguranja za njegu i onda kada nisu osigurani, niti unutar obveznog zakonskoga, niti unutar privatnog zdravstvenog osiguranja. U taj krug ulaze vojnici koji se privremeno nalaze u vojsci. Osobe koje su sklopile ugovor o privatnom osiguranju za njegu mogu u određenom roku raskinuti ugovor i osloboditi se obveze osiguranja za njegu.

### Različite kategorije u sustavu osiguranja za njegu

Socijalnim osiguranjem za njegu jasno su određeni različiti elementi, vezani za nesmetano provođenje i ostvarenje prava na njegu. Zakonom o osiguranju za njegu određene su tako kategorije poput "potreba za njegom", "stupnjevi potrebe za njegom", "vrsta usluga", a određen je i krug osoba koje mogu dobiti status "njegovatelja", definirani su kriteriji što se koriste u obračunavanju obveznih doprinosa koji osiguranici uplaćuju itd.

### Potreba za njegom

Osobe u stanju potrebe za njegom su one koje zbog tjelesne ili duševne bolesti ili sprječivosti trajno (predviđeno je najmanje šest mjeseci) trebaju značajnu pomoć u obavljanju uobičajenih i redovnih dnevnih aktivnosti. Bolesti i oštećenja su: 1. gubitak dijela tijela, oduzetost ili neke druge funkcionalne smetnje; 2. funkcionalne smetnje unutarnjih ili osjetilnih organa; 3. smetnje središnjeg živčanog sustava, kao što su smetnje pokreta, mišljenja ili orijentiranja te endogene psihoze, neuroze ili duševna oštećenja. Pomoć se sastoji u vidu podrške u djelomičnom ili potpunom obavljanju aktivnosti tijekom dana ili, pak, u nadzoru ili uputama radi samostalnog preuzimanja tih aktivnosti. Uobičajene i redovne aktivnosti uključuju: a) tjelesnu njegu, pranje, tuširanje, kupanje, njegu zuba, brijanje itd. b) ishranu, pripremanje hrane i hranjenje, c) kretanje, samostalno ustajanje i odlazak u krevet, oblačenje i svlačenje, hodanje, stajanje, penjanje stepenicama te izlazak i povratak u stan d) kućnu opskrbu, kupovinu, kuhanje, čišćenje stana, pranje po-

suda, mijenjanje i pranje rublja ili zagrijavanje stana.

### Stupnjevi njege

Prilikom ostvarenja usluga koje proizlaze iz osiguranja korisnici su podijeljeni u jedan od tri stupnja njege. Prvi stupanj obuhvaća osobe u stanju potrebe za njegom (stupanj *značajne* potrebe za njegom) koje pri njezi tijela, ishrani ili kretanju trebaju pomoć za najmanje dvije aktivnosti iz jednog ili više područja, najmanje jednom dnevno te koje trebaju dodatno više puta u tjednu pomoć u opskrbi za domaćinstvo. Drugi stupanj (stupanj *teške* potrebe za njegom) obuhvaća osobe koje pri njezi tijela, ishrani ili kretanju trebaju pomoć najmanje tri puta dnevno u različito doba dana te koje dodatno trebaju pomoć više puta tjedno za opskrbu u domaćinstvu. Treći stupanj (stupanj *najteže* potrebe za njegom) obuhvaća osobe koje pri njezi tijela, ishrani ili kretanju trebaju stalnu pomoć, čak i noću, te koje trebaju dodatnu i višestruku pomoć u opskrbi domaćinstva tijekom tjedna. Kad se radi o djeci, onda klasifikacija slijedi mjerilo potrebitosti za dodatnom njegom u odnosu na zdravo dijete iste dobi.

### Vrste usluga

Usluge ili davanja koje je na osnovi osiguranja za njegu moguće ostvariti dijele se na dvije osnovne skupine: ambulantne usluge, uvedene od 1. travnja 1995. godine, te stacionarne usluge, uvedene od 1. srpnja 1996. godine. Prevencija i rehabilitacija imaju prednost pred njegom te ambulantne usluge pred stacionarnim. Glavne usluge, predviđene zakonskim osiguranjem za njegu, dijele se na šest skupina: a) ambulantna njega, b) zamjena njege, c) dnevna i noćna njega, d) kratkotrajna njega, e) stacionarna njega i f) ostale usluge.

a) Kućna njega ima prednost pred stacionarnim smještajem. Zbog toga okosnicu zakona čine usluge koje pridonose poboljšanju uvjeta njege u kući. Ove se usluge pružaju od 1. travnja 1995. godine. Sukladno težini potrebe za njegom moguće je ostvariti pravo na stvarne usluge putem ambulantne službe za njegu do vrijednosti od 750, 1800 ili 2800 DEM mjesečno. U osobito teškim slučajevima taj se iznos može popeti i do 3750 DEM mjesečno. Umjesto usluga moguće je zatražiti i novac za njegu, a iznos se određuje prema stupnju potrebe.

Postavljanje takvog novčanog zahtjeva pretpostavlja samostalno osiguravanje temeljne njege i opskrbe u domaćinstvu uz pomoć plaćenog njegovatelja u kući. Uz ovu, postoji i mogućnost istovremenog ostvarivanja prava na usluge i naknade u novcu ukoliko se usluge ne iskoriste u punoj visini na koju osiguranik inače ima pravo. Pravo izbora između usluga i novca, kao i kombinacija usluga i novčanih davanja, omogućuju korištenje pomoći koja odgovara individualnim potrebama korisnika. Osobe koje su bile osigurane u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja, te one koje su u trenutku stupanja na snagu odredbi o ambulantnim uslugama za njegu koristile usluge temeljem teške potrebe za njegom, automatski su svrstane u drugi stupanj te su ostvarile pravo na odgovarajuće usluge u novom sustavu osiguranja za njegu. Ukoliko se radilo o osobama čije stanje udovoljava trećem stupnju njege (stupanj najteže potrebe za njegom), tada su trebale postaviti zahtjev za svrstavanjem u ovaj novi stupanj.

b) Tijekom godišnjeg odmora ili drugih situacija u kojima njegovatelj nije dostupan, osigurana osoba ima pravo tražiti njegovu zamjenu u vremenu do četiri tjedna u ukupnoj vrijednosti do 2800 DEM godišnje.

c) Ukoliko je njegu u kući nemoguće uspostaviti na zadovoljavajući način, moguće je ostvariti pravo na djelomičnu stacionarnu njegu u ustanovama za dnevnu ili noćnu njegu. Visina troškova za ovaj oblik usluge se razlikuje s obzirom na stupanj potrebe za njegom.

d) U slučajevima u kojima nije moguća niti njega u kući niti djelomična njega u stacionaru, osiguranik može ostvariti pravo na smještaj u ustanovu za kratkotrajnu njegu. Ove se usluge mogu koristiti najduže četiri tjedna do visine troškova od 2800 DEM godišnje.

e) Počevši od 1. srpnja 1996. godine pružaju se usluge stacionarne njege. Ukoliko je utvrđena potreba za stacionarnom njegom, fond osiguranja za njegu preuzima troškove smještaja u visini do 2800 DEM mjesečno. Za najteže slučajeve potrebe za njegom moguće je taj iznos povisiti na 3300 DEM mjesečno. Troškove smještaja i njegovanja osiguranik, kao i kod njege u kući, mora snositi i sam.

f) Njega u kući se proširuje kako bi se osiguranike opskrbilo sredstvima za njegu, ukoliko ta sredstva ne moraju biti osigurana od fondova zdravstvenog osiguranja ili drugih izvora, te kako bi se omogućila tehnička pomoć u do-

maćinstvu radi olakšanja njege ili samostalnog života osobe u stanju potrebe za njegom. U to spadaju specijalni kreveti, invalidska kolica itd. Za preuređenje stana osobe u stanju potrebe za njegom moguće je, također, ostvariti novčanu pomoć.

### Tečajevi za njegu

Fondovi za njegu dužni su ponuditi tečajeve njegovateljima te ih na taj način podupirati u podizanju kvalitete njege u kući. Takvi tečajevi njegovateljima trebaju olakšati i poboljšati njihov svakodnevni posao.

### Postupak utvrđivanja potrebitosti za njegom

Fondovi za njegu ovlašćuju medicinske službe, koje djeluju unutar zdravstvenog osiguranja, na provođenje postupka utvrđivanja potrebitosti za njegom te stupnja njege. Ukoliko osigurana osoba ima pravo od zdravstvenog fonda tražiti usluge ambulante medicinske rehabilitacije, tada u okviru ispitivanja potrebitosti za njegom, medicinska služba treba utvrditi jesu li i u kojem opsegu mjere za uklanjanjem, ublažavanjem ili sprječavanjem pogoršanja stanja primjerene i potrebne.

### Socijalno osiguranje osoba koje imaju status njegovatelja

Kako bi se unaprijedila kvaliteta, osobito kućne njege, te kako bi se osigurao visoki angažman njegovatelja koji se zbog obavljanja njege često potpuno ili djelomično odriču vlastite profesije, mjerama u okviru mirovinske reforme iz 1992. godine poboljšana je socijalna sigurnost njegovatelja. Osobe koje zbog djelatnosti njege ne rade na svojem uobičajenom radnom mjestu više od 30 sati tjedno, ostvaruju pravo da im se preko osiguranja za njegu uplaćuju doprinosi za obvezno mirovinsko osiguranje. Pri tome se visina uplaćenih doprinosa određuje prema stupnju potrebitosti za njegom i tome sukladnoj djelatnosti njege. Osim toga, njegovatelji su za vrijeme svoje djelatnosti oslobođeni uplaćivanja doprinosa na ime zakonskog osiguranja od posljedica nesreće. Zakonom o osiguranju za njegu određuje se da je njegovatelj osoba koja njeguje osobu u stanju potrebe najmanje 14 sati tjedno u njezinoj kući te joj to, istovremeno, nije osnovni izvor prihoda.

### Doprinosi za osiguranje za njegu

Izdaci socijalnog osiguranja za njegu financirani su doprinosima osiguranika i poslodavaca, nositeljima mirovinskog osiguranja te ostalim nositeljima socijalnih usluga. Visina doprinosa određuje se prema primanjima osigurane osobe. Djeca i bračni partneri, koji su ostvarili pravo na uzdržavanje, a njihov ukupni mjesečni prihodi ne prelaze minimalnu granicu prihoda (560 DEM u bivšoj Zapadnoj, a 440 DEM u bivšoj Istočnoj Njemačkoj) suosigurani su u okviru obiteljskog osiguranja te su oslobođeni uplaćivanja doprinosa. U slučajevima kada se radno mjesto osigurane osobe nalazi u onoj pokrajini koja je praznikom odredila dan koji je inače radni dan, doprinos za taj dan dužni su uplatiti zaposlenik i poslodavac tako da svaka strana uplaćuje polovicu potrebnog iznosa. Za one osobe koje primaju pomoć za nezaposlenost, za uzdržavanje i sl., doprinose uplaćuje Savezni ured za rad. Za osobe koje se nalaze na rehabilitaciji doprinose uplaćuju nositelji rehabilitacije, a za hendikepirane osobe u ustanovama doprinose uplaćuje nositelj ustanove. Jednako tako za korisnike ostalih socijalnih usluga za uzdržavanje doprinose uplaćuju nadležni nositelji ovih usluga. Osobe koje su se u trenutku stupanja na snagu Zakona o osiguranju za njegu nalazile na stacionarnoj njezi, nisu bile dužne uplaćivati doprinose do trenutka uvođenja stacionarne njege (1. srpnja 1996. godine). Doprinosi umirovljenika uplaćuju se jednom polovinom oni sami, a u drugoj polovici nositelji mirovinskog osiguranja. Stopa obveznih doprinosa određuje se sukladno visini prihoda osiguranika, a ona se uzima kao osnova za doprinose u sustavu zdravstvenog osiguranja. U godini uvođenja obveznog osiguranja za njegu, 1995. godine, u cijeloj je Njemačkoj vrijedila jedinstvena stopa doprinosa od 1%, a od 1. srpnja 1996. godine, kada se uvode usluge stacionarne njege, ta se stopa povisuje na 1,7%. Zaposlenici koji su dobrovoljno osigurani unutar obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju pravo na polovicu iznosa doprinosa od poslodavca koji trebaju uplatiti na ime socijalnog osiguranja za njegu. Ukoliko u isto vrijeme osoba ima više radnih odnosa, poslodavci su dužni uplaćivati doprinose sukladno dijelu zarade koje zaposlenik ostvaruje kod svakoga od njih.

### Osiguranje usluga

Fondovi osiguranja za njegu preuzimaju na sebe osiguranje njegovateljske skrbi svojih osi-

guranika. Fondovi zbog toga sklapaju ugovore s nositeljima ustanova za njegu i s ostalim davateljima usluga. Pri tome vrijede ove odredbe:

a) Fondovi za njegu smiju sklapati ugovore radi osiguranja kućne te djelomične i potpune stacionarne njege samo s onim ambulantskim i stacionarnim ustanovama za njegu s kojima su njihova pokrajinska udruženja zaključila ugovor o njezi. Radi unapređenja tržišnog natjecanja među ustanovama za njegu, sklapanje takvih ugovora ne ovisi o stvarnoj potrebi. Odlučujuće za sklapanje ugovora jest je li ustanova u stanju jamčiti njegu koja će odgovarati kriterijima stručnosti i ekonomičnosti. Pri tome privatni davatelji usluga nisu zapostavljeni, već su izjednačeni s ustanovama čiji su nositelji nevladine organizacije (nositelji dobrotvornosti – 6 najvećih nevladinih organizacija u Njemačkoj), a pred javnim nositeljima imaju i prednost. Ustanove za njegu koje su i prije uvođenja osiguranja za njegu pružale usluge temeljem ugovora s nositeljima socijalnih usluga, ostvarile su pravo na opstanak, ukoliko je njihov rad odgovarao stručnim kriterijima. Pokrajinska udruženja fondova za njegu imaju pravo otkazati ugovor, ako ustanova za njegu radi protivno načelima ekonomičnosti ili ako nije osigurala potrebnu kvalitetu njege. Ustanove u javno-pravnom sustavu pružanja usluga povezane su ugovorom u svojim pravima i obvezama. One su se obvezale pružati njegovateljsku skrb i za to stječu pravo na naknadu od fondova za njegu, ukoliko s njima imaju sklopljen ugovor o skrbi.

b) Opskrba osiguranika sa sredstvima za njegu osigurava se putem ugovora između fondova za njegu i davatelja usluga.

c) Krovne udruge fondova za njegu, Savezna radna zajednica međumjesnih nositelja socijalne pomoći, Savezna udruga komunalnih krovnih udruga i udruženja nositelja ustanova za njegu dogovaraju zajednička, jedinstvena načela i mjerila za kvalitetu i osiguravanje kvalitete ambulantske i stacionarne njege, kao i postupak provođenja ispitivanja kvalitete. Ovi se sporazumi objavljuju u saveznom glasilu i obvezni su za sve fondove za njegu, njihove udruge, kao i za ovlaštene ustanove za njegu. Pokrajinske udruge fondova za njegu imaju mogućnost ispitivanja ekonomičnosti i svrsishodnosti ambulantskih i stacionarnih usluga njege preko ovlaštenih inspekcija.

## Financiranje investicija ustanova za njegu

Smatra se kako osiguranje za njegu može ispuniti svoj zadatak jedino ukoliko počiva na dovoljnoj i, po mogućnosti, jednakomjerno pokrivenoj ponudi usluga sposobnih, štedljivih i odgovornih ustanova za njegu u vlasništvu privatnih ili javnih nositelja. Savezne pokrajine su odgovorne za izgradnju i razgradnju infrastrukture za njegu. Investicijski troškovi, neophodni za djelatnost ustanova za njegu, procjenjuju se na oko 3,6 milijardi DEM godišnje. Ova sredstva moraju osigurati savezne pokrajine. Za financiranje investicija pokrajine moraju osigurati jedan dio sredstava koje, uvođenjem osiguranja za njegu, uštede u području socijalne pomoći. Ukoliko investicijski troškovi nisu u potpunosti pokriveni javnim poticajnim sredstvima, ustanova za njegu može povisiti račun za obavljene usluge koji ispostavlja osiguranim korisnicima.

## Naknada za njegu

Pitanje plaćanja i naknade za obavljene usluge njege riješene su uglavnom osnivanjem fondova za njegu, koji s ustanovama za pružanje njege sklapaju ugovor. Pri tome se pojavljuje nekoliko različitih situacija:

a) Fondovi za njegu plaćaju ustanovama za njegu. Ugovorom o skrbi ustanove ovlaštene za ambulantsku i stacionarnu njegu ostvaruju pravo na naknadu za pružene usluge. Zahtjev za naknadu troškova postavlja se nadležnom fondu za njegu. Pretpostavka za to jest da ustanova za njegu ima sklopljen ugovor s fondom. Korisnici usluga dužni su pri korištenju stacionarne njege i sami sudjelovati u pokrivanju troškova smještaja i negovanja.

b) O vrsti, visini i dužini pružanja njege kod pune ili djelomične stacionarne njege sklapa se sporazum između fondova za njegu i nositelja doma za njegu. Ukoliko sporazum nije moguće postići, o sporu odlučuje neovisni arbitar.

c) Naknada za ambulantsku njegu i za opskrbu u domaćinstvu određuje se, također, između ustanove i fonda za njegu. Ukoliko nije moguće postići sporazum i ovdje odlučuje neovisni arbitar. Savezno ministarstvo za rad i socijalni poredak ovlašteno je donijeti pravilnik o pristojbama. Ovaj pravilnik ima prvenstvo pred pojedinačno sklopljenim odredbama o naknadama.

d) Ustanove za njegu koje nisu sklopile ugovor o naknadama s fondovima za njegu, mogu ugovoriti naknadu troškova direktno s korisnicima. U tom slučaju korisnik ima pravo na naknadu od fonda za njegu do visine od 80% ukupnih troškova.

### Privatno osiguranje za njegu

Spomenuto je već kako pored obveznog zakonskog osiguranja za njegu kojem podliježe većina stanovnika, postoji i mogućnost privatnog osiguranja za njegu. U privatnom osiguranju su one osobe koje su osigurane i u privatnom zdravstvenom osiguranju. Time se postigao slijed osiguranja za njegu sa zdravstvenim osiguranjem te je izbjegnuta većina sukoba oko razgraničenja između bolesti i potrebe za njegom. Obvezu privatnog osiguranja za njegu imaju:

a) sve osobe koje su privatno zdravstveno osigurane s pravom na opće zdravstvene usluge,

b) državni službenici,

c) pripadnici profesija kao što su vojnici, policajci i vatrogasci,

d) osiguranici u zdravstvenim fondovima poštanskih službenika i državnih željeznica.

Određeni krug osoba ima pravo izbora između socijalnog i privatnog osiguranja za njegu. To su, prije svega, osobe koje su dobrovoljno osigurane i u zakonskom zdravstvenom osiguranju (npr. državni službenici, suci, vojnici i samostalni privrednici čiji prihodi prelaze najvišu granicu, utvrđenu pri određivanju visine doprinosa osiguranja za njegu). Takve osobe imaju pravo izbora privatnog osiguranja, ukoliko se oslobode obveze osiguranja u sustavu socijalnog osiguranja za njegu.

Što se tiče vrste i kvalitete usluga koje je moguće ostvariti temeljem privatnog osiguranja za njegu, vrijedi načelo jednake vrijednosti koje se proteže na sve aspekte osiguranja za njegu (kvaliteta i vrsta usluga, postupak utvrđivanja potrebe za njegom, kategorizacija osiguranika u odgovarajući stupanj njege itd.).

### NEKE OCJENE DOSADAŠNJEG FUNKCIONIRANJA SUSTAVA OSIGURANJA ZA NJEGU

Proteklih pet godina od uvođenja novog socijalnog osiguranja u Njemačkoj i primjene usluga s osnova tog osiguranja dovoljno su razdoblje za donošenje prvih ocjena o uspješnosti

realizacije glavnih ciljeva novog sustava, ali i za detekciju glavnih problema koji se pojavljuju na planu primjene različitih usluga njege.

Kako ističe Schneider (1999.) glavni je cilj pri uvođenju osiguranja za njegu bilo osigurati veću dostupnost dugotrajnih oblika njege onim osobama koje ovisе o pomoći. Pri tome je namjera zakonodavca bila reducirati institucionalne oblike smještaja u korist pružanja njege koja će imati oblik neformalne, obiteljske pomoći. S obzirom na ove kriterije, sustav osiguranja za njegu došao je pod udar kritike onih koji su nezadovoljni s razinom dostupnosti različitih oblika usluga, koje se nominalno nalaze na popisu usluga s osnove osiguranja za njegu, tako i s nekim od bitnih pitanja što zadiru u samu ideju osiguranja za njegu. Pri tome se najčešće mogu čuti kritike upravo na račun povećane institucionalizacije njege koja je, po mišljenju ovih autora, logičan slijed funkcioniranja sustava ovog osiguranja s obzirom na to da se kao kriterij za ostvarivanje prava postavlja izrazito visoka frekventnost potrebe za njegom koju je, onda, veoma teško pružiti u krugu obitelji.

Uvođenjem osiguranja za njegu njemačka se vlada opredijelila za jedinstvenu stopu doprinosa, što u dijelu stanovništva nije naišlo na odobravanje. Već na samom početku postavilo se pitanje, hoće li uplaćena svota biti dovoljna za pokrivanje stvarnih troškova njege, odnosno, odgovara li jedinstvena stopa kriterijima socijalne pravde (osobito ukoliko se uzme u obzir jednakost u razini i vrsti usluga koje jednako, uz jednaku stopu doprinosa, ostvaruju različiti slojevi stanovništva). Prva iskustva su pokazala kako su dodatna plaćanja za korisnike usluga njege prilično visoka. Drugi problem pojavio se oko nedefiniranih zona razgraničenja između sustava zdravstvenog osiguranja i novog sustava osiguranja za njegu. Naime, kod nekih se oblika njege postavlja pitanje i javljaju se nedoumice, iz kojih sredstava treba pokriti troškovi npr. nabavke različitih medicinskih aparata i sredstava potrebnih za njegu.

Noviji rezultati ispitivanja ukazuju na nove nedoumice oko razine doprinosa. Tijekom 1998. godine njemački su liberali predložili smanjenje stope na 0.2 %. Javile su se i ideje oko osnivanja tzv. interesnog fonda koji bi trebao osigurati dugotrajnu stabilnost stopa doprinosa. Na kraju, njemačka je Vlada razmotrila različite mogućnosti kako bi poboljšala razinu usluga s osnova osiguranja za njegu. Pre-

dlaže se i povećanje stope doprinosa na 3%, no ovi su prijedlozi još uvijek u fazi razmatranja.

Daljnji problemi vezani su uz stalne deficite u infrastrukturi te uz nedostatak osoblja obučenog za pružanje njege. Kako navodi Schneider (1999.), u Njemačkoj u sektoru njege radi 289.000 zaposlenih s punim radnim vremenom. Problemi se javljaju u obrazovanju za njegu jer nema ujednačenih kriterija na nacionalnoj razini. Profesija njegovatelja još uvijek nije postala dovoljno atraktivnom, a neki smatraju ni dovoljno plaćenom.

### ZAKLJUČAK

Općenito govoreći, može se ustvrditi kako njemački sustav socijalne sigurnosti, nakon

uvođenja petog stupa, počiva na čvrstim osloncima. Tijekom proteklih pet godina sustav osiguranja za njegu, usprkos spomenutim problemima, postao je snažnim jamstvom za sigurnu starost, ali i za prevladavanje ostalih faza u životu onih koji su o dugotrajnoj njezi postali ovisni mnogo ranije. Trendovi koji se mogu primijetiti, prije svega u Europi ali i u svijetu, pokazuju kako ideja osiguranja za njegu dobiva sve više zagovornika. Stoga se treba nadati kako će, nakon Scila i Haribdi s kojima se suočava sustav mirovinskog osiguranja u Hrvatskoj, budućnost biti pogodnija za otvaranje rasprave o uvođenju osiguranja za njegu u naš sustav socijalne sigurnosti.

### LITERATURA

- Pflegeversicherung kommt* (1995.) Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland* (1993.) Muenchen: C. H. Beck Verlag.
- Eichenhofer, E. (1996.) *Einordnung der deutschen Pflegeversicherung in die Europäische Sozialpolitik*: Universität Osnabruck.
- Lawson, R. (1996.) *Germany – Maintaining the Middle Way*; u: George, V. & Taylor-Gooby, P. (ed.) *European Welfare Policy. Squaring the Welfare Circle*. London: MacMillan Press Ltd.
- Puljiz, V. (1997.) *Socijalne reforme Zapada*. Zagreb: Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.
- Schneider, U. (1999.) *Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation*, *International Social Security Review* 52(2):31-74.
- Sieveling, K. (1997.) *Pflegeversicherung und Migranten*. Bremen: ZAR.
- Žganec, N. (1995.) *Sustav socijalne skrbi Savezne Republike Njemačke*, *Revija za socijalnu politiku* 2:145-153.

### Summary

#### THE GERMAN SYSTEM OF LONG-TERM CARE INSURANCE

Nino Žganec

*This paper contains an overview of the German system of long-term care insurance introduced in 1995. It was part of the German social security system that the country has been developing since the famous Bismarck reforms. As is often stated, this type of security is the fifth pillar within the social security system of Germany. It is directed towards the insurance of risks against long-lasting care and against all kinds of dependence on other persons' assistance which will not cease to exist. This is where the basic distinction lies between care insurance and health insurance. The paper presents the main elements of this form of social insurance which is still relatively new in Europe. Some problems of its implementation in the previous period are highlighted. These are such problems as the insufficient availability of various services of care, extensive institutionalisation, the level of contributions, and the demarcation between the system of long-term care insurance and health insurance.*

**Key words:** long-term care insurance, social insurance, social safety, Germany.