

JOLANTA LEHMANN-KNAPP

NIEMIECKI SYSTEM UBEZPIECZEŃ CHOROBYCH

WSTĘP

Zdrowie jest jednym z najważniejszych dóbr człowieka. Celem polityki zdrowotnej jest utrzymanie zdrowia obywateli, pomoc zdrowotna lub też przywrócenie zdrowia w przypadku choroby. Każdy obywatel powinien mieć w miarę możliwości zapewnione dłuższe, zdrowsze oraz aktywniejsze życie. Dostęp do środków profilaktycznych lub środków przywrócenia zdrowia powinien mieć każdy obywatel bez względu na jego sytuację finansową, pozycję w społeczeństwie i niezależnie od jego miejsca zamieszkania. W tym celu konieczny jest skuteczny i dostępny bez przeszkód dla wszystkich system opieki zdrowotnej.

Potrzeba objęcia ochrony zdrowia reformą gospodarczą w Polsce wynika z kompleksowego charakteru dokonywanej reformy systemu społeczno-gospodarczego państwa. Potrzebę tę nasila nacisk społeczny, wynikający z niskiej - w opinii społecznej - oceny dotychczas funkcjonującego systemu służby zdrowia¹. Ocena ta znajduje potwierdzenie zarówno we wskaźnikach ilustrujących rozmiary i strukturę zasobów, jakimi dysponuje służba zdrowia, oraz w społecznej ocenie ilości, jakości, dostępności i warunków świadczenia usług zdrowotnych. Krytyce tej dodają znaczenia niekorzystne zmiany w stanie zdrowia ludności zauważalne wyraźnie po 1980 roku².

Warunki funkcjonowania i poziom finansowania ochrony zdrowia muszą ulec zmianie. Utrzymywanie dotychczasowego stanu przyczynia się do postępującej niewydolności systemu opieki zdrowotnej i grozi załamaniem w najbliższej przyszłości. Społeczeństwo polskie traci poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, natomiast pracownicy służby zdrowia nie mogą efektywnie pracować.

Okres przejściowy, w którym znajduje się nasz kraj, to również okres poszukiwań rozwiązań systemowych dotyczących zarówno całej gospodarki jak i polityki społecznej oraz socjalnej właściwych gospodarce rynkowej. Nie jest to jednak sprawa prosta, dlatego też celowe wydaje się poznanie doświadczeń krajów, które rozwijają się w systemie rynkowym, osiągając przy tym znaczące pozytywne rezultaty. Niemcy są właśnie takim krajem, który obok wysokich osiągnięć gospodarczych ma również bogate doświad-

¹ J. Sobiech, *Reforma w ochronie zdrowia*, "Materiały i Studia Opolskie" Rok XXV, z. 48, Opole 1983, s. 1.

² Tamże, s. 2.

czenia i osiągnięcia w dziedzinie polityki społecznej oraz zabezpieczenia socjalnego. Występujące tam rozwiązania warte są studiów i wyciągnięcia stosownych wniosków dla prowadzenia polityki społecznej i zabezpieczenia socjalnego w krajach, które przechodzą do systemu gospodarki rynkowej, w tym dla Polski. Z tych względów w opracowaniu tym przeprowadzona zostanie analiza funkcjonowania systemu ubezpieczeń chorobowych w Niemczech, co będzie punktem wyjścia do wskazania niektórych dodatnich i ujemnych stron tego systemu w praktyce niemieckiej.

I. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH W NIEMCZECH

Rozumienie polityki społecznej w Niemczech było zmienne w różnych okresach. Zmieniały się również jej cele, zadania, zakres oddziaływania. Obecnie polityka społeczna (*Gesellschaftspolitik*) stała się instrumentem kształtowania nie tylko warunków życia, lecz także stosunków społecznych. Podkreśla się w niej konieczność wzmożonej ochrony i dążenie do poprawy sytuacji ekonomicznej i społecznej tych grup ludności, które są relatywnie słabsze. Drugim, podstawowym zadaniem polityki społecznej jest konieczność zapobiegania skutkom ryzyka socjalnego zagrażającego egzystencji jednostki³.

Podstawowe postanowienia dotyczące polityki społecznej zostały zawarte w konstytucji Niemiec. Wynika z nich przede wszystkim prawo do zabezpieczenia socjalnego ludności, które jest realizowane poprzez szereg świadczeń socjalnych realizowanych w formie pieniężnej, w naturze i w usługach⁴.

Świadczenia socjalne są realizowane w ramach następujących systemów:

- przezorności społecznej (ubezpieczenia społeczne: chorobowe⁵, od wypadków przy pracy, rentowo-emerytalne, na wypadek bezrobocia oraz ubezpieczenie społeczne niepełnosprawnych),
- odszkodowania socjalnego (zaopatrzenie urzędników na wypadek choroby, inwalidztwa, starości, wypadku przy pracy i śmierci, zabezpieczenie członków ich rodzin w razie choroby, zaopatrzenie ofiar wojny, zaopatrzenie inwalidów wojennych),
- pomocy społecznej i wsparcia socjalnego (pomoc społeczna w związku ze starością, ubóstwem, inwalidztwem, utratą pracy lub skrócenia czasu jej trwania (zasiłki dla bezrobotnych), pomoc w związku z chorobą, pomoc dla ociemniałych, pomoc w pokryciu kosztów pogrzebu, pomoc dla pozostałych po zmarłym, pomoc dla dzieci i uczącej się młodzieży (zasił-

³ S. Golinowska, *Ubezpieczenia zdrowotne w Niemczech*, "Polityka Społeczna" 1992, nr 4, s. 7.

⁴ J. Zerche, *Przemiany w polityce socjalnej RFN*, "Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny", Poznań 1978, nr 4, s. 198.

⁵ Pojęcie "ubezpieczenia chorobowe" traktowane jest zamiennie z pojęciem "ubezpieczenia zdrowotne". W literaturze oraz w praktyce polskiej powszechnie stosuje się pojęcie "ubezpieczenia zdrowotne", natomiast w Niemczech w praktyce i w literaturze mówi się o ubezpieczeniach chorobowych.

ki i stypendia), pomoc w zakresie mieszkań i budownictwa mieszkaniowego itd⁶

Rozwijające się współcześnie we wszystkich krajach świata zabezpieczenie społeczne, definiowane jako "zespół środków i działań (instytucji), przy pomocy których społeczeństwo stara się zabezpieczyć swoich członków przed groźbą niezaspokojenia podstawowych potrzeb uznanych za ważne"⁷ związane było w początkowej fazie swego rozwoju nieomal wyłącznie z opieką leczniczą i zasiłkami pieniężnymi dla osób tracących dochody na skutek choroby. Tradycyjnie więc jednym z pierwszych ryzyk obejmowanych zabezpieczeniem społecznym jest choroba i jej skutki ekonomiczne, przy czym chorobie w koncepcji zabezpieczenia społecznego nadaje się wyraźnie losowy, zdarzeniowy charakter⁸.

System ubezpieczeń chorobowych w Niemczech zajmuje dominującą pozycję w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, dlatego też w dalszej części opracowania będzie poświęcona mu szczególna uwaga.

System ubezpieczeń chorobowych w Niemczech realizowany jest przez instytucje ustawowego ubezpieczenia chorobowego oraz prywatne instytucje ubezpieczeń chorobowych. Większa część ludności Niemiec (ok. 90%) ubezpieczona jest w ustawowych kasach chorych (GKV)⁹, przy czym obowiązek ubezpieczenia dotyczy tylko ludności, której dochód kształtuje się poniżej granicy ustalonej w przepisach prawnych (w 1993 roku odnosiło się to do pracowników osiągających roczny dochód poniżej 67500 DM¹⁰). Liczba osób ubezpieczonych w instytucjach ustawowego ubezpieczenia chorobowego stale wzrasta.

Wynika to w szczególności ze zmian w obrębie prawa, zgodnie z którym krąg osób ubezpieczonych był z biegiem lat stale rozszerzany poza pierwotne ograniczenie do robotników przemysłowych. Zamożniejsi pracownicy mogą korzystać z GKV na zasadzie dobrowolności.

Analizując kwestię niemieckich ubezpieczeń chorobowych, warto przyrzeć się wielkości oraz strukturze wydatków przeznaczonych na ten cel. W wydatkach całego budżetu socjalnego¹¹ wydatki z tytułu ubezpieczeń chorobowych zajmują drugie miejsce po ubezpieczeniach emerytalno-rentowych. Na trzecim miejscu znajdują się ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, dalej występują ubezpieczenia chorobowe na skutek wypadku przy pracy. Przykładowo w 1983 roku wydatki z tytułu ubezpieczeń chorobowych wynosiły 100,3 mld DM, podczas gdy wydatki w ramach ubezpieczeń emerytalno-rentowych 162,3 mld DM (relacja 1:1,62)¹². Natomiast w 1992 roku wydatki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe wynosiły 255,5 mld

⁶ J. Piasny, J. Woś, *System zabezpieczenia socjalnego ludności w Republice Federalnej Niemiec*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1992, s. 13 - 14.

⁷ J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Książka i Wiedza, Warszawa 1966, s. 36.

⁸ Tamże, s. 91 - 101.

⁹ "Kasy chorych" są instytucjami ubezpieczeń chorobowych. Są to samorządne osoby prawa publicznego odznaczające się samodzielnością finansową.

¹⁰ Statistischen Taschenbuch 1994, *Arbeits-Sozialstatistik der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung*, Bonn 1994.

¹¹ Poprzez pojęcie "budżet socjalny" rozumiana jest całość środków finansowych przeznaczonych na wypłaty z tytułu ubezpieczenia socjalnego.

¹² J. Piasny, J. Woś, op. cit., s. 37.

DM, a wydatki na ubezpieczenia chorobowe wzrosły do 210 mld DM¹³. Udział poszczególnych grup wydatków w ramach ubezpieczenia chorobowego w 1992 roku przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Wydatki ustawowych ubezpieczeń chorobowych w Niemczech w 1992 roku

Rodzaj wydatków	Kwota wydatków (w mld DM)	Struktura procentowa wydatków
Ogółem w tym wydatki na:	210,0	100,0
szpitale	64,4	30,7
leczenie ambulatoryjne	33,6	16,0
lekarstwa	32,5	15,5
środki lecznicze i środki pomocnicze	12,5	6,0
leczenie stomatologiczne	12,5	6,0
materiały dentystyczne	9,4	4,5
administrację	10,6	5,0
pozostałe	34,5	16,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie rocznika statystycznego, Bonn 1993.

II. USTAWOWE UBEZPIECZENIA CHOROBY

Na mocy ustawy o reformie służby zdrowia¹⁴ (Gesundheits reformgesetz) z 1989 roku obowiązkiem ubezpieczenia są objęci pracownicy oraz osoby zatrudnione w celu nauki zawodu, pobierający wynagrodzenie za pracę, bezrobotni, osoby prowadzące przedsiębiorstwo rolne lub leśne oraz współpracujący członkowie ich rodzin, publicyści, osoby przygotowane do pracy zarobkowej w obiektach pomocy dla młodzieży oraz uczestnicy szkoleń odbywających się w ramach rehabilitacji zawodowej, osoby niepełnosprawne pracujące w warsztatach dla niepełnosprawnych, warsztatach dla niewidomych, w zakładach, internatach lub podobnych obiektach, studenci immatrykulowani na uczelniach państwowych, praktykanci oraz emeryci oraz członkowie rodzin pozostający na dożywotniej rencie w sektorze rolnictwa¹⁵.

Bezrobotni są objęci obowiązkiem ubezpieczenia w przypadku, gdy otrzymują zasiłek dla bezrobotnych, zapomogę dla bezrobotnych lub zasiłek adaptacyjny. Obowiązkiem ubezpieczenia objęci są także uczestnicy szkoleń odbywających się w ramach podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub przekwalifikowania w przypadku pobierania zasiłku na utrzymanie.

¹³ H. Seehofer, *Gesundheit für alle, Stand*, Bonn, 1992, s. 17 - 19.

¹⁴ A. Risene, H. Fruscliki, Z. Meurer, *Unsere sozial Versicherung*, Berlin 1993, s. 36 - 38.

¹⁵ G. Ziegler, E. Gawlikowska, *Ubezpieczenia chorobowe-rozwiązania niemieckie*, Federalne Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej w Niemczech, wyd. "Wokół Nas", Gliwice 1991, z. 8, s. 16.

Osoby prowadzące gospodarstwo rolne lub leśne są objęte obowiązkiem ubezpieczenia jedynie wówczas, gdy ich gospodarstwo stanowi podstawę bytu lub też gdy utrzymują się oni z pracy w rolnictwie. Współpracujący członkowie rodzin są objęci obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego po ukończeniu 15 roku życia, jeżeli ich podstawową pracą jest zatrudnienie w przedsiębiorstwie rolnym.

Studenci są objęci obowiązkiem ubezpieczenia tylko do zakończenia 14 semestru, jednakże najdłużej do ukończenia 30 roku życia. Obowiązek ubezpieczenia studenta nie istnieje tak długo dopóki jest on objęty ubezpieczeniem rodzinnym.

Obok obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego występuje również dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Ubezpieczenie dobrowolne jest z reguły możliwe jedynie wówczas, gdy ubezpieczony już należał do systemu ubezpieczeń ustawowych bez przerwy przez okres sześciu miesięcy lub też przynajmniej przez okres dwunastu miesięcy w ciągu ostatnich pięciu lat przed ustaniem obowiązku ubezpieczenia. Z dobrowolnego ubezpieczenia mogą ponadto korzystać:

- pracownicy, którzy ze względu na przekroczenie rocznej granicy dochodów nie są objęci obowiązkiem ubezpieczenia,
- osoby o dużym stopniu niepełnosprawności, jeżeli one same, ktoś z ich rodziców lub ich współmałżonek byli ubezpieczeni w ciągu ostatnich pięciu lat,
- pracownicy podejmujący ponownie pracę w ciągu dwóch miesięcy po powrocie z zagranicy¹⁶.

Do systemu ubezpieczenia chorobowego można przystąpić dobrowolnie tylko w ciągu trzech miesięcy od zaistnienia faktu, który tego rodzaju ubezpieczenie uzasadnia.

System ubezpieczeń chorobowych w Niemczech działa w oparciu o instytucje kas chorych. Zgodnie z zasadą podziału w systemie ubezpieczeń chorobowych nie istnieje jednolita instytucja ubezpieczeń chorobowych, lecz różne rodzaje (w sumie 8) kas chorych, ukierunkowanych regionalnie, zawodowo lub branżowo, obejmujące w sumie 1221 kas chorych. Struktura rodzajowa ustawowych kas chorych (tab. 2) została ukształtowana w procesie historycznym.

Główny rodzaj kas chorych to państwowe (federalne) kasy RVO (Reichversicherungsordnung), które tradycyjnie funkcjonują na podstawie regulacji o tzw. ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy¹⁷. Do kas tych należy wiele, liczebnie niedużych kas zakładowych (BKK), kas rzemieślniczych (IKK) i tzw. kas miejscowych (OKK).

Miejscowych kas chorych jest prawie 270 (trzy razy mniej niż zakładowych), ale ich działalność pochłania około 50% z całości wydatków na ustawowe ubezpieczenia chorobowe w Niemczech. Mają one najwięcej ubezpieczonych, ale też i najwyższe jednostkowe koszty funkcjonowania. W kasach miejscowych ubezpiecza się tzw. "reszta społeczeństwa", a są to

¹⁶ Tamże, s. 27.

¹⁷ Materiały konferencyjne, *Konferencja na temat ubezpieczeń chorobowych w Niemczech*, Kolonia 8 X 1992.

jednostki z relatywnie większym ryzykiem zachorowania, co jest jedną z przyczyn powtarzających się kłopotów finansowych tych kas.

Tabela 2

Ilość kas chorych i liczba zrzeszonych członków w Niemczech w 1993 roku

Nazwa kasy	Ilość kas	Liczba członków zrzeszonych w danych kasach w tys. osób
Ogółem:	1221	50845
w tym:		
I. Kasy państwowe (Reichversicherungsordnung – RVO):	1182	31477
1. Miejscowe kasy chorych (Allgemeine Ortskrankenkassen – OKK)	269	23499
2. Zakładowe kasy chorych (Betriebskrankenkassen – BKK)	744	5477
3. Rzemieślnicze kasy chorych (Innungskrankenkassen – IKK)	169	2501
II. Kasy zawodowe (Fachkrankenkassen – FKK):	24	2079
1. Rolnicze kasy chorych (Landwirtschaftliche Krankenkassen – LKK)	22	707
2. Kasa chorych żeglugi (Seekrankenkassen – SKK)	1	57
3. Górnicza kasa chorych (Bundesknappschaft – BKS)	1	1315
III. Kasy zastępcze (Ersatzkrankenkassen – EKK):	15	17289
1. Zastępcze kasy chorych dla pracowników umysłowych (Ersatzkrankenkassen für Angestellte)	7	16487
2. Zastępcze kasy chorych dla robotników (Ersatzkrankenkassen für Arbeiter)	8	802

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zebranych w czasie konferencji na temat ubezpieczeń chorobowych w Niemczech, Kolonia, 8 X 1993.

Następnym historycznie ukształtowanym rodzajem ustawowych kas chorych są kasy zawodowe FKK (Fachkrankenkassen). Główne z nich to kasy samodzielnych rolników LKK (Landwirtschaftliche Krankenkassen) i pojedyncze kasy ludzi morza SKK (Seekrankenkassen), kasy brackie górnicze i hutnicze BKS (Bundesknappschaft).

Inną grupą kas są tzw. kasy zastępcze EKK (Ersatzkrankenkassen), które ubezpieczają głównie urzędników. Cieszą się one dobrą opinią wśród ubezpieczonych. Wynika to z tego, że kasy zastępcze wynegocjowały dobre umowy ze świadczeniodawcami. Powoli zmniejsza się liczba kas zakładowych (BKK) i kas miejscowych (OKK), które jednak ciągle dominują w niemieckim systemie ustawowych kas chorych¹⁸. Spadek zainteresowania

¹⁸ H. Kaltenbach, G. Sokoli, V. Leienbach, *Elemente eines Systems der soziale Sicherung unter Bedingungen einer sozialen Marktwirtschaft – das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland*, Bergisch Gladbach, Berlin 1992, s. 10 - 11.

miejscowymi kasami chorych wynika przede wszystkim z faktu, iż kasy te ubezpieczają również bezrobotnych, co z kolei niepokoi obywateli, że należą do kasy dla biednych.

Ustawa o reformie struktury służby zdrowia (Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen) z 1 X 1990 roku i z mocą obowiązującą od 1 X 1991 roku, stanowi jaka kasa chorych jest właściwa dla poszczególnych ubezpieczonych¹⁹. Właściwą kasą dla pracowników jest zwykle miejscowa kasa chorych (OKK) w miejscu zatrudnienia. Do rzemieślniczych kas chorych należą wszyscy zatrudnieni w zakładach rzemieślniczych, których właściciel jest członkiem cechu. Do zakładowych kas chorych należą wszyscy zatrudnieni w zakładach pracy, dla których utworzone zostały zakładowe kasy chorych. Ubezpieczeni mogą zmienić kasę chorych z tej, która została im wskazana na zastępczą kasę chorych, jeżeli należą oni do tych członków systemu ubezpieczeniowego, którzy mogą zostać przyjęci przez zastępczą kasę chorych.

Poszczególne kasy chorych mają taką samą strukturę organizacyjną, są samodzielne pod względem finansowym i organizacyjnym i podlegają kontroli państwowej. Każda pojedyncza kasa, niezależnie od jej rodzaju, odpowiedzialna jest za ściąganie składek, gwarantuje świadczenia ubezpieczonym na wypadek choroby, rehabilitację, itd. Różnica między poszczególnymi kasami wyraża się jedynie w wysokości składki oraz w rodzaju ubezpieczonych członków.

Duża ilość zdecentralizowanych kas chorych powoduje, że ze względu na możliwość silniejszej reprezentacji na zewnątrz porozumiewają się one ze sobą, współpracują i łączą interesy kas chorych jednego rodzaju. Kasy chorych tworzą zrzeszenia na szczeblu federalnym i na szczeblu landów. Wszystkie pojedyncze kasy poszczególnych rodzajów muszą być zrzeszone w zrzeszeniu kas chorych na poziomie landów (np. Cechowa Kasa Chorych w Kolonii wchodzi w skład zrzeszenia w landzie Nadrenii-Westfalii).

Jeżeli w danej grupie istnieje tylko jedna kasa chorych (jak to najczęściej występuje w miastach-landach np. miejscowa kasa chorych w Berlinie i w Kraju Saary) to spełnia ona jednocześnie zadania zrzeszenia federalnego. Zrzeszenia miejscowych, zakładowych i rzemieślniczych kas chorych na szczeblu landów tworzą zrzeszenia federalne. Zrzeszenia na szczeblu landów i na szczeblu federalnym mają - tak jak pojedyncze kasy chorych - osobowość prawną i samorząd.

Zadania zrzeszeń dzielią się na własne zadania ustawowe oraz zadania wspierające na rzecz członków zrzeszeń. W ramach zadań ustawowych zrzeszenia landów zawierają umowy ogólne, ustalają stałe stawki na pomoce medyczne, uczestniczą między innymi w tworzeniu jednostek arbitrażowych i komisji kwalifikujących oraz współdziałają w systemie wzajemnych rozliczeń pomiędzy kasami chorych. Zrzeszenia federalne zawierają np. umowy na szczeblu federalnym, ustalają stałe stawki na lekarstwa. Są one także upoważnione do podejmowania zasadniczych decyzji regulujących opłaty, sprawy profilaktyki oraz rehabilitacji. Związki federalne uczestni-

¹⁹ S. Golinowska, op. cit., s. 8.

czą w rozmowach z rządem, komisjami, które przygotowują ustawy²⁰. Zrzeszenia Kas Chorych zawierają pisemne umowy ze Zrzeszeniami Lekarzy Kas Chorych w celu zapewnienia sobie usług świadczonych przez lekarzy. Zrzeszenia Kas Chorych mogą zawierać umowy także z centralnymi organizacjami producentów leków, np. w sprawie produkcji ekonomicznych i odpowiadających celom terapeutycznym opakowań leków oraz w sprawie dostarczania danych dotyczących leków.

Kasy Chorych finansowane są wyłącznie ze składek ich członków, ponieważ w odróżnieniu od instytucji ubezpieczenia emerytalnego nie otrzymują one dotacji ze środków budżetu państwa. Kasy chorych muszą się więc troszczyć o wyrównanie wpływów i wydatków. Pracownicy i pracodawcy uiszczają składkę w równych częściach. W przypadku pracowników o bardzo niskich zarobkach (540 DM miesięcznie) składki uiszczane są tylko przez pracodawców. Za osoby odbywające obowiązkową służbę wojskową składki uiszcza państwo, a za osoby pobierające zasiłek dla bezrobotnych, zapomogę dla bezrobotnych, zasiłek na utrzymanie lub zasiłek adaptacyjny - Federalny Urząd Pracy. Studenci objęci obowiązkowym ubezpieczeniem opłacają swe składki sami. W 1993 roku miesięczna składka wynosiła, zgodnie z federalną ustawą o pomocy dla uczniów i studentów (*Bundesausbildungsforderungsgesetz*), 9% wysokości stypendium (850 DM), czyli 76,5 DM. Osoby otrzymujące stypendium zgodnie z federalną ustawą o pomocy dla uczniów i studentów otrzymują dodatek na składkę z tytułu ubezpieczenia w wysokości 74 DM²¹.

Obciążenie ubezpieczonego składką uzależnione jest od jego możliwości finansowych. Za podstawę wymiaru składek służy dochód brutto pracownika, jednakże tylko do granicy obliczania składek, która od roku 1970 jest corocznie podnoszona odpowiednio do wzrostu średnich dochodów brutto (w 1993 roku 67 500 DM rocznie, miesięcznie 5625 DM)²². Ponadto obciążenie poszczególnych ubezpieczonych składkami jest uzależnione od wysokości składek właściwej kasy chorych. Składka jest ustalana samodzielnie przez daną kasę i zależy od struktury ryzyka w poszczególnych kasach.

Składka powinna być ustalona na takim poziomie, aby pokryła razem z innymi dochodami planowane wydatki związane ze świadczeniami i rezerwą. Jeżeli kasa osiągnie większe dochody powinna obniżyć składkę, w przypadku wzrostu wydatków kasy, składka ulega podwyższeniu. Najwyższy, najniższy oraz średni poziom składek w poszczególnych kasach chorych w 1993 roku ilustruje tabela 3. Jak wynika z tabeli, w 1993 roku najwyższa składka wynosiła 16,8% i występowała w ustawowych i miejscowych kasach chorych, a najniższa - 8,0% i występowała w zakładowych kasach chorych.

Istnieją koncepcje, aby podwyższyć górną granicę dochodu, od którego oblicza się składkę na ubezpieczenie lub objęcia składkami wszystkich dochodów uzyskiwanych przez ubezpieczonego na przykład odsetek od

²⁰ Materiały konferencyjne, *Konferencja na temat ubezpieczeń chorobowych w Niemczech*, Kolonia 8 X 1993.

²¹ H. Seehofer, op. cit., s. 21.

²² Materiały konferencyjne, *Konferencja na temat ubezpieczeń chorobowych w Niemczech*, Kolonia 8 X 1993.

wkładów, czynsze od lokatorów pobierane przez właściciela nieruchomości, przez co górna granica dochodów zostałaby podwyższona automatycznie²³.

Tabela 3

Poziom składek (w %) w poszczególnych kasach chorych w 1993 roku

Rodzaj kasy	Najwyższa składka	Najniższa składka	Średnia składka
Ustawowe kasy chorych ogółem	16,8	8,0	12,4
Miejscowe kasy chorych	16,8	10,9	13,9
Zakładowe kasy chorych	14,9	8,0	11,5
Rzemieślnicze kasy chorych	15,4	9,8	12,6
Zastępcze kasy chorych	12,3	10,2	11,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zebranych w czasie konferencji na temat ubezpieczeń chorobowych w Niemczech, Kolonia 8 X 1993.

Ustawowe ubezpieczenie chorobowe opiera się na zasadzie świadczeń rzeczowych²⁴. Zasada ta gwarantuje leczenie chorego bez względu na jego dochody. W zasadzie świadczeń rzeczowych brakuje, ze względu na związane z nią brak przejrzystości kosztów i cen, zachęty do oszczędnego korzystania ze świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego; może to zagrozić finansowej stabilizacji ubezpieczeń chorobowych²⁵.

W celu korzystania ze świadczeń, kasa chorych wystawia ubezpieczonemu zaświadczenie uprawniające do korzystania z gwarantowanych usług. Najbardziej rozpowszechnionym zaświadczeniem jest tzw. Krankenschein (rodzaj czeku służącego do uregulowania należności za wyświadczoną usługę lekarską), z którego ubezpieczony może w miarę potrzeby korzystać na własną odpowiedzialność. Od początku 1994 roku zaświadczenia chorobowe są zastępowane przez karty ubezpieczenia chorobowego, które są podobne do kart magnetycznych i tym samym wygodniejsze w użyciu.

Niezależnie od składek ubezpieczeni uczestniczą bezpośrednio w pokryciu kosztów określonych świadczeń. Poprzez własny udział w kosztach ubezpieczony zostaje zmuszony do bardziej świadomego i odpowiedzialnego korzystania ze świadczeń. W sumie, gospodarstwa domowe partycypują w około 8% wydatków na zdrowie (poza składką). Opłaty dotyczą:

- leków realizowanych na receptę (do 1992 roku zryczałtowana opłata wynosiła 3 DM, a od 1993 roku - 15% ceny do 15 DM),
- leków z tzw. negatywnej listy leków (w tym przypadku występuje pełna odpłatność),
- pobytu w szpitalu i w sanatorium (obecnie ryczałtowa opłata za każdy dzień wynosi 10 DM),
- transportu medycznego (20 DM),
- okularów, szkieł kontaktowych, aparatów słuchowych, protez, ortodoncji,

²³ Tamże.

²⁴ H. Seehofer, op. cit., s. 25.

²⁵ Tamże, s. 27.



– usług stomatologicznych w zależności od zastosowanych materiałów²⁶.

W ramach ubezpieczenia chorobowego ubezpieczeni mają prawo do następujących świadczeń:

- zapobiegania chorobom,
- wczesnego wykrywania chorób,
- leczenia podczas choroby,
- korzystania z opieki w przypadku zaistnienia takiej konieczności,
- korzystania z pomocy lekarskiej w czasie ciąży i macierzyństwa,
- zasiłku pogrzebowego (2100 DM)²⁷.

Najważniejszymi świadczeniami realizowanymi w ramach ustawowych ubezpieczeń chorobowych są świadczenia związane z leczeniem chorób. Obejmują one:

- leczenie medyczne;
- leczenie dentystyczne, łącznie z zaopatrzeniem w protezy dentystyczne;
- zaopatrzenie w lekarstwa, środki opatrunkowe, terapeutyczne, pomoce medyczne;
- opieka nad chorymi w domu i pomoc w gospodarstwie domowym;
- leczenie szpitalne;
- świadczenia w celu sztucznego zapłodnienia;
- świadczenia medyczne i uzupełniające w celu rehabilitacji²⁸.

Leczenie medyczne obejmuje wszystkie czynności lekarzy zmierzające do zapobiegania chorobom, wczesnego rozpoznawania chorób i ich leczenia. Podobnie leczenie dentystyczne odbywa się w pełnym zakresie jako świadczenie rzeczowe, jednakże z następującymi wyjątkami: - w przypadku zaopatrzenia w protezy dentystyczne kasa chorych zwraca tylko część kosztów leczenia dentystycznego i materiałów (50% całości kosztów); - w przypadku leczenia ortodonyjnego kasa chorych zwraca 80% kosztów.

Za lekarstwa, środki opatrunkowe oraz pomoce medyczne ustalone są stałe stawki kwotowe (stała określona cena), a kasa chorych ponosi koszty do wysokości sumy ustalonej w każdym przypadku. Jeżeli ubezpieczony życzy sobie lekarstwa, którego cena kształtuje się powyżej ustalonej sumy, to ubezpieczony sam pokrywa różnicę²⁹.

Jeżeli ubezpieczony jest leczony w domu, to zapewnia mu się nie tylko leczenie medyczne, lecz także domową opiekę. Prawo do domowej opieki przysługuje jedynie wówczas, gdy żyjąca we wspólnym gospodarstwie domowym osoba nie może opiekować się chorym. Kasa chorych zapewnia w ramach obowiązkowych świadczeń ustawowych opiekę domową przez okres 4 tygodni w przypadku każdej choroby. W uzasadnionych, wyjątkowych przypadkach kasa chorych może na wniosek lekarza zezwolić na dłuższy okres opieki domowej. Jeżeli kasa chorych nie może zapewnić

26 S. Golinowska, *Funkcjonowanie systemu ustawowych kas chorych w Niemczech; Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, Studia i materiały pod redakcją S. Golinowskiej, IPiSS, Warszawa 1993, nr 3, s. 27.

27 G. Ziegler, E. Gawlikowska, op. cit., s. 37.

28 Tamże, s. 40.

29 G. Ziegler, E. Gawlikowska, op. cit., s. 42.

pracownika do domowej opieki nad chorym, to wówczas ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów opieki³⁰.

Gdy choroby nie można wyleczyć ambulatoryjnie lub gdy nie wystarcza domowa opieka nad chorym, wówczas ubezpieczeni mają prawo do leczenia szpitalnego, które jest najkosztowniejszym świadczeniem w ramach ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Leczenie szpitalne jest szeroko rozbudowanym świadczeniem (leczenie medyczne, opieka nad chorymi, zaopatrzenie w lekarstwa, środki terapeutyczne oraz pomoce medyczne, zakwaterowanie i wyżywienie), które z reguły jest opłacane przez kasy chorych. Ubezpieczeni dopłacają do pobytu w szpitalu 10 DM za dzień, przez okres 14 dni w roku. Lekarz kierujący wskazuje ubezpieczonemu dwa szpitale do wyboru. Jeżeli ubezpieczony wybiera inny szpital, to może być on całkowicie lub częściowo obciążony dodatkowymi kosztami³¹.

Od 1 lipca 1990 kasy chorych realizują świadczenia mające na celu sztuczne zapłodnienie. Do tego czasu świadczenia te były wyraźnie wykluczone. Przepisy prawne obowiązujące w tym zakresie były jednak krytykowane przez bezdietne pary oraz przez lekarzy, w szczególności dlatego, że kasy chorych realizowały świadczenia usuwania ciąży, a nie realizowały świadczeń wywołania ciąży w drodze sztucznego zapłodnienia. Rząd Niemiecki zareagował na tę krytykę i w ustawie o dostosowaniu świadczeń, zgodnie z federalną ustawą o zaopatrzeniu (Bundesversorgungsgesetz) oraz o zmianie dalszych przepisów prawa socjalnego z 26 czerwca 1990, dołączył do katalogu świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego świadczenia sztucznego zapłodnienia. Świadczenia te dotyczą tylko małżeństw³².

Podstawę do wystawiania rachunku za świadczone usługi zdrowotne stanowi obowiązujący w całym kraju "Cennik opłat za usługi lekarskie"-przyjęty w 1988³³. Cennik ten zawiera katalog świadczeń występujących zarówno w systemie prywatnym jak i obowiązkowym. Katalog zawiera około 2500 pozycji. Przy wycenie świadczeń, których nie ma w katalogu, przyjmuje się cenę, jaka jest podana dla świadczeń podobnych lub równoważnych. W cenniku są wymienione standardowe rodzaje świadczeń, tzn. typowe przypadki chorobowe. W związku z tym, że w przypadku indywidualnego pacjenta intensywność i zakres stosowanego leczenia może odbiegać od założonego standardu, lekarz ma prawo do odstąpienia od cennika i może zwiększyć opłatę do 3,5-krotnej wysokości przy świadczeniach osobistych oraz do 2,5-krotnej wysokości przy świadczeniach medyczno-technicznych³⁴.

Zgodnie z obowiązującym prawem niemieckim leczeniem osób ubezpieczonych zajmują się wyłącznie lekarze kas chorych³⁵. Ubezpieczony może jednak wybrać lekarza z danej kasy chorych. Z reguły, ubezpieczony kieruje się do lekarza domowego. Jeżeli jest to konieczne, lekarz domowy kieru-

³⁰ Tamże, s. 43.

³¹ Materiały konferencyjne, op. cit.

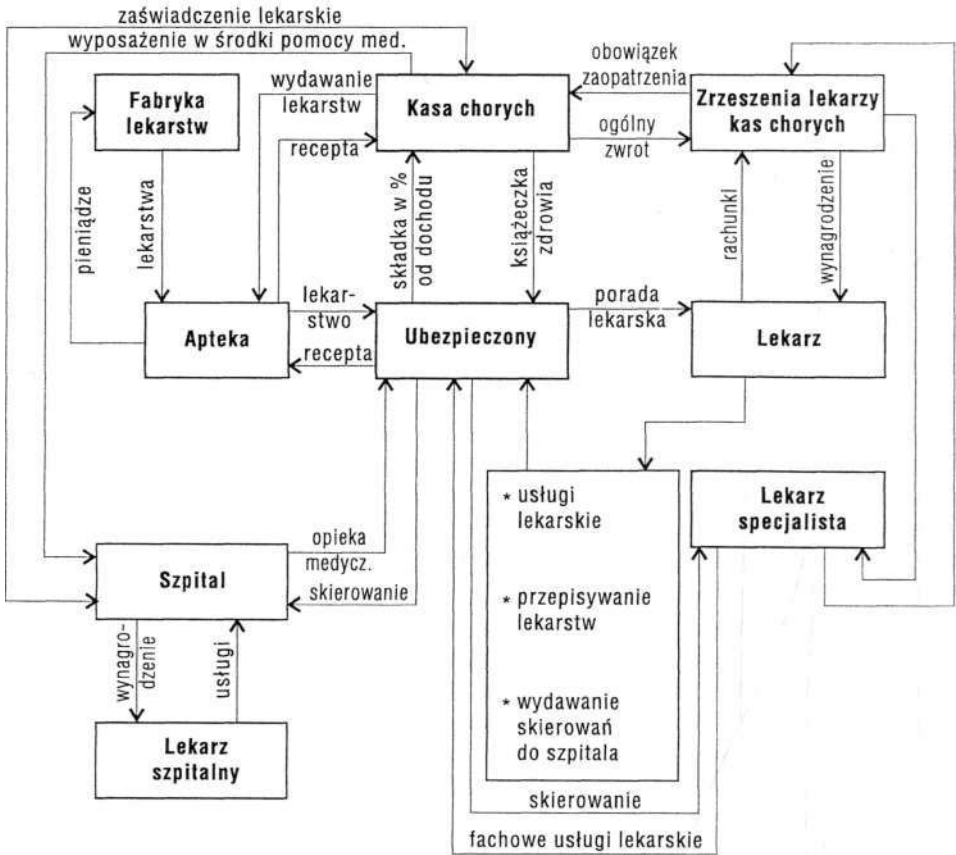
³² G. Ziegler, S. Gawlikowska, op. cit., s. 49.

³³ Materiały konferencyjne, *Konferencja na temat ubezpieczeń chorobowych w Niemczech*, Kolonia 8 X 1993.

³⁴ S. Golinowska, op. cit., s. 8.

³⁵ Materiały konferencyjne, op. cit.

je pacjenta do lekarza specjalisty. System połączeń i rozliczeń między lekarzami, pacjentami, szpitalami, aptekami i Zrzeszeniami Lekarzy Kas Chorych przedstawia rys. 1.



Rys. 1. Funkcjonowanie ubezpieczeń chorobowych w Niemczech

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów konferencyjnych z konferencji na temat ubezpieczeń chorobowych w Niemczech, Kolonia 7 X 1993.

Interesującym novum w Niemczech jest koncepcja wprowadzenia specjalnego ubezpieczenia osób starszych i przewlekle chorych. Obecnie obowiązujące rozwiązania w tym zakresie przedstawiają się następująco: jeżeli stan zdrowia chorego rokuje poprawę, może on korzystać ze środków z kasy chorych, natomiast jeżeli cierpi on na chorobę nieuleczalną, wówczas nie może korzystać ze środków kasy chorych. W tym przypadku koszty opieki ponosi sam chory, a kasa chorych przyznaje jedynie opiekę domową w zakresie do 25 razy po godzinie w miesiącu kalendarzowym, o ogólnym nakładzie wynoszącym miesięcznie najwyżej 750 DM, bądź na wniosek pacjenta, zamiast powyższego świadczenia wypłaca kwotę 400 DM. W obu przypadkach są to świadczenia jednorazowe.

Decyzję o stanie zdrowia pacjenta wydaje lekarz. Jeżeli nieuleczalnie choremu pacjentowi nie wystarcza pieniędzy na pokrycie kosztów leczenia wówczas wkracza pomoc społeczna. Miesięczny pobyt w domu opieki dla przewlekle chorych kosztuje około 4500 DM, dlatego prawie 90% pacjentów cierpiących na przewlekłe schorzenia korzysta z pomocy społecznej. Konsekwencje tego są takie, że przewlekle chorzy zajmują około 20 000 łóżek w szpitalach, gdyż lekarze nie chcą zostawić chorych bez opieki. Jest to sprzeczne z samą istotą ubezpieczenia społecznego, gdyż lekko chorzy korzystają z ubezpieczenia, natomiast przewlekle chorzy muszą korzystać z własnych środków. Stąd też problem ten jest żywo dyskutowany w Niemczech.

III. PRYWATNE UBEZPIECZENIA CHOROBOWE

W Niemczech poza systemem obowiązkowych ubezpieczeń chorobowych istnieją także ubezpieczenia prywatne. W 1992 roku 13,6 mln osób było prywatnie ubezpieczonych, co stanowiło około 19% wszystkich mieszkańców Niemiec. Z ubezpieczeń prywatnych mogą korzystać osoby pracujące na własny rachunek, osoby wykonujące tzw. wolne zawody (lekarze, artyści, adwokaci), urzędnicy państwowi, a także pracownicy umysłowi, robotnicy i rolnicy, których zarobki są wyższe od ustalonej granicy zarobków zobowiązującej do ubezpieczenia ustawowego. Ponadto prywatne ubezpieczenia uzupełniające proponuje się ubezpieczonym w systemie obowiązkowym. Oferta ubezpieczeniowa towarzystw prywatnych jest skierowana do grup ludności o wyższym stopniu zamożności.

W 1992 roku w Niemczech było 116 prywatnych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych prowadzących ubezpieczenia w zakresie ryzyka choroby. Spośród nich, 46 największych, obejmujących swoją działalnością całe terytorium Niemiec i zbierających 99% składek na ten rodzaj ubezpieczeń, należało do powstałego w 1947 roku Związku Prywatnych Ubezpieczeń Chorobowych. Pozostałe 70 przedsiębiorstw są to małe kasy chorych oraz tzw. kasy zapomogowe mające lokalne znaczenie i prowadzące ograniczony zakres ubezpieczeń, przede wszystkim uzupełniających³⁶.

W ubezpieczeniu prywatnym - w odróżnieniu od obowiązkowych ubezpieczeń chorobowych - wysokość składki jest niezależna od wysokości zarobków ubezpieczonego. Składka jest kalkulowana indywidualnie dla danej osoby z uwzględnieniem stopnia ryzyka oraz zakresu i poziomu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W systemie prywatnych ubezpieczeń chorobowych obowiązuje tzw. zasada ekwiwalentności, co oznacza że zdyskontowana na dany moment wartość oczekiwanych świadczeń ubezpieczeniowych i zdyskontowana wartość składek powinny być równe. Wysokość składki zależy od płci i wieku przystępującego do ubezpieczenia prywatnego oraz wybranej taryfy ubezpieczeniowej (wysokości własnego udziału w kosztach świadczeń - im wyższy własny udział, tym niższa jest składka).

³⁶ H. Kaltenbach, G. Sokoli, V. Leienbach, op. cit., s. 25.

Zadaniem, jakie ma spełnić własny udział, jest skłonienie ubezpieczonego do zachowań ekonomicznych, tzn. korzystania z usług ubezpieczeniowych wtedy, gdy jest to konieczne i nie nadużywania prawa do świadczeń. Kalkulacja składki odbywa się przy zastosowaniu następujących parametrów: tablice wymieralności, wskaźniki kosztów poszczególnych usług, wiek, płeć. Ponadto kalkulacja składki uwzględnia koszty administracyjne oraz dodatkowe rezerwy na nieprzewidziane ryzyka ubezpieczeniowe³⁷.

Prywatnie ubezpieczeni otrzymują od swojego pracodawcy częściową refundację składki w przypadku ubezpieczenia kosztów leczenia, usług opiekuńczych i dziennego świadczenia szpitalnego. Pracodawca opłaca taką część składki, jaką byłby zobowiązany płacić za pracownika ubezpieczonego w ustawowym ubezpieczeniu.

W 1991 roku suma zebranych składek przez prywatne ubezpieczenia chorobowe wyniosła 18,7 mld DM, z tego 67,4% przypadało na ubezpieczenie kosztów leczenia, 8% na ubezpieczenie świadczeń dziennego pobytu w szpitalu, 7,6% na ubezpieczenie dziennych świadczeń chorobowych, a 17% na pozostałe rodzaje ubezpieczeń³⁸.

Zasadnicza różnica między systemem ubezpieczeń obowiązkowych a ubezpieczeń prywatnych wyraża się w rodzaju oferowanych świadczeń. W ubezpieczeniu ustawowym mamy cło czynienia przede wszystkim ze świadczeniami rzeczowymi, natomiast w ubezpieczeniu prywatnym - ze świadczeniami pieniężnymi. Ubezpieczony sam płaci za usługi zdrowotne, sam pokrywa koszty leczenia, zaopatrzenia w leki, a następnie przedstawia je swojemu ubezpieczycielowi, który z kolei pokrywa poniesione wydatki w takiej wysokości, jaka została ustalona w umowie ubezpieczeniowej³⁹ po przedłożeniu rachunków. Jedynie w przypadku kosztów leczenia szpitalnego występuje odstępstwo od tej reguły i na ogół w regulowaniu rachunków uczestniczą ubezpieczyciel i szpital z pominięciem ubezpieczonego. Wynika to przede wszystkim z dużego obciążenia finansowego, jakie stanowi koszt opieki szpitalnej. Zwrot wydatków za lekarstwa, protezy, inne środki lecznicze i pomocnicze jest uzależniony od zawartej umowy ubezpieczeniowej. Nie występuje tu, tak jak w systemie obowiązkowym, ograniczenie dotyczące ceny leków.

W ramach prywatnych ubezpieczeń chorobowych można wyróżnić cztery grupy ubezpieczeń ryzyka choroby:

- ubezpieczenie kosztów leczenia choroby,
- niezależne ubezpieczenia częściowe (kosztów świadczeń opiekuńczych, kosztów dodatkowych świadczeń szpitalnych, kosztów leczenia w czasie pobytu za granicą, ubezpieczenia świadczeń specjalnych - np. pobytu w sanatorium, specjalistycznych kuracji),
- ubezpieczenie świadczenia dziennego pobytu w szpitalu,

³⁷ S. Golinowska, op. cit., s. 10.

³⁸ Materiały konferencyjne, op. cit.

³⁹ Umowy ubezpieczeniowe mają charakter indywidualny. Zawierane są pisemnie pomiędzy ubezpieczającym się a instytucją ubezpieczeniową. W prywatnym systemie ubezpieczeń, w odróżnieniu od systemu obowiązkowego, ubezpieczenie nie obejmuje nie pracujących członków rodziny. Ochrona ubezpieczeniowa odnosi się tylko do jednej ubezpieczonej osoby. Dlatego też każda osoba w rodzinie, w przypadku tej formy ubezpieczenia, musi być samodzielnie ubezpieczona.

— ubezpieczenie dziennych świadczeń chorobowych⁴⁰.

W ramach ubezpieczenia prywatnego, w zakresie objętym umową, są pokrywane koszty świadczeń medycznych niezbędnych do wyleczenia choroby, skutków wypadku, porodu i połogu. Świadczenia te mogą obejmować: badania i porady lekarskie oraz dentystyczne, wizyty domowe, badania profilaktyczne, zabiegi, operacje i leczenie szpitalne, różnego rodzaju terapie, leki, środki pomocnicze i protetyczne, w tym także dentystyczne. Osobom mieszkającym stale w Niemczech świadczenia te mogą być również udzielane za granicą na obszarze Europy.

Ubezpieczającym koszty leczenia choroby są oferowane w zasadzie dwa rodzaje umów ubezpieczeniowych. Pierwsza z nich to tzw. pełna ochrona ubezpieczeniowa z dowolnie wybranym własnym udziałem w pokrywaniu kosztów opieki ambulatoryjnej. W umowie jest określona roczna kwota własnego udziału ubezpieczonego w pokrywaniu kosztów leczenia ambulatoryjnego, resztę rocznych kosztów leczenia pokrywa ubezpieczyciel. Koszty usług dentystycznych są w ramach tego rodzaju ubezpieczenia także częściowo pokrywane przez ubezpieczonego. Natomiast koszty leczenia szpitalnego są w całości pokrywane przez ubezpieczenie.

Drugi rodzaj umowy ubezpieczeniowej dotyczy tzw. procentowej ochrony ubezpieczeniowej. Poniesione koszty leczenia są zwracane przez ubezpieczyciela w określonym w umowie udziale procentowym. Udział ten może być dowolnie wybrany dla każdego rodzaju świadczeń. Zawierana umowa ubezpieczeniowa jest dostosowana do sytuacji finansowej ubezpieczającego się. Ważną rolę w tym przypadku pełni wybór wysokości własnego udziału. Decydując się na wyższy udział w finansowaniu kosztów leczenia ubezpieczony może obniżyć wysokość swojej składki. W 1990 roku z ubezpieczeń kosztów leczenia korzystało 6 614 tys. osób⁴¹.

Instytucje prywatnego ubezpieczenia chorobowego oferują także świadczenia, które w ogóle nie występują w systemie obowiązkowym, jak np. zwrot kosztów leczenia poniesionych podczas pobytu za granicą. Ubezpieczenie to pokrywa, do wysokości określonej umową ubezpieczeniową koszty leczenia, pobytu w szpitalu, transportu chorego oraz wydatków na lekarstwa poniesione podczas pobytu za granicą. W ramach tego ubezpieczenia oferowane są polisy indywidualne i grupowe. Można je wykupić także w biurach podróży, klubach samochodowych, na lotniskach. W 1990 roku zakupiono 16 521 tys. polis związanych z tym ubezpieczeniem⁴².

Wszystkie osoby ubezpieczone (obowiązkowo lub prywatnie) otrzymują jednolite świadczenia leczenia szpitalnego. Obejmują one koszty opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz koszty utrzymania w pokoju wieloosobowym. Wykupując dodatkowe prywatne ubezpieczenie kosztów leczenia szpitalnego, można zapewnić sobie większy komfort w szpitalu (pokój jedno- lub dwuosobowy z telefonem, łazienką, telewizorem, itp.). Drugą ofertą

⁴⁰ K. Wiśniewska, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Niemczech. Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, op. cit., s. 42.

⁴¹ K. Wiśniewska, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Niemczech. Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, op. cit., s. 43.

⁴² Tamże, s. 45.

w ramach tego ubezpieczenia jest wykupienie polisy, która daje możliwość leczenia w szpitalu przez wybranego lekarza specjalistę, w tym także ordynatora. W 1990 roku ubezpieczenie to obejmowało 6 207 tys. osób ubezpieczonych prywatnie i 3 853 tys. osób ubezpieczonych w systemie obowiązkowym⁴³.

Od 1985 roku prywatne ubezpieczenie chorobowe obejmuje koszty usług opiekuńczych. W tym przypadku oferowane są dwa rodzaje umowy ubezpieczeniowej. Pierwszy rodzaj to ubezpieczenie dziennych kosztów opieki. Ubezpieczony otrzymuje dzienny zasiłek opiekuńczy, którego wysokość zależy od wysokości płaconej składki. Drugi rodzaj to ubezpieczenie kosztów opieki. Ubezpieczony otrzymuje zwrot kosztów opieki świadczonej przez osobę o odpowiednich kwalifikacjach, w wysokości określonej umową ubezpieczeniową. W 1990 roku z tego rodzaju ubezpieczenia korzystało 103 tys. osób⁴⁴.

Instytucje prywatnego ubezpieczenia chorobowego oferują także dwa rodzaje świadczeń pieniężnych - ubezpieczenia z tytułu dziennego pobytu w szpitalu oraz ubezpieczenie dziennych świadczeń chorobowych. Pierwsze z wymienionych ubezpieczeń oferuje za każdy dzień pobytu w szpitalu określone w umowie świadczenie pieniężne. Drugi rodzaj świadczenia ma chronić przed spadkiem dochodu spowodowanym niezdolnością do pracy wywołaną chorobą lub wypadkiem.

Ubezpieczenie na wypadek choroby w systemie prywatnym umożliwia uzyskanie zasiłku chorobowego osobom, którym on w ogóle nie przysługuje. Natomiast osobom mającym prawo do zasiłku chorobowego pozwala uzyskać dodatkowe świadczenie. Wysokość zasiłku oraz okres jego wypłacania są uzależnione od umowy ubezpieczeniowej. W 1990 roku z tego rodzaju ubezpieczenia korzystało 1 639 tys. osób⁴⁵.

IV. PODSTAWOWE PROBLEMY FUNKCJONOWANIA USTAWOWYCH UBEZPIECZEŃ CHOROBYCH W NIEMCZECH

Niemiecki system ubezpieczeń chorobowych jest systemem sprawnym, sprawdzonym i uznanym w skali międzynarodowej. Niemniej jednak, nie jest on pozbawiony wad, o czym warto wspomnieć w okresie reformowania polskiego systemu ubezpieczeń społecznych. Znajomość podstawowych problemów w dziedzinie ubezpieczeń chorobowych, z jakimi borykają się Niemcy może pomóc w uniknięciu podobnych kłopotów w Polsce.

Najważniejszą wadą systemu niemieckich ubezpieczeń chorobowych jest ciągły wzrost wydatków w porównaniu z wpływami. W Niemczech mówi się nawet o "eksplozji" wydatków na ubezpieczenia chorobowe. Ciągły wzrost tych wydatków jawi się niewątpliwie jako niebezpieczeństwo przy próbie transformacji niemieckiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych na grunt polski, zwłaszcza, że nasz budżet państwa wykazuje stały i pogłębiający się deficyt budżetowy.

Tamże, s. 44.

K. Wiśniewska, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Niemczech*, op. cit., s. 44.

Tamże, s. 45.

Wzrost wydatków instytucji ubezpieczeń chorobowych w Niemczech w latach 1950 - 1992 obrazują dane zawarte w tabeli 3. Z tabeli tej wynika, że w dziesięcioleciu 1950 - 1960 wydatki te wzrosły czterokrotnie, w następnym dziesięcioleciu wzrosły kolejne 2,7 razy, a w 1980 roku były one już 3,5 razy większe niż w 1970 roku. Od roku 1990 wydatki te wzrosły prawie dwukrotnie. Zjawisko takie, szczególnie w tak krótkim okresie jest bardzo niepokojące. Interesujący jest także zmieniający się udział procentowy wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń, o czym informuje tabela 4. Z danych zawartych w tej tabeli wynika, że udział wydatków na leczenie lekarskie i stomatologiczne w wydatkach ogółem był po wojnie względnie stabilny, podczas gdy udział wydatków na lekarstwa, środki lecznicze i protezy dentystyczne od 1965 roku wykazuje tendencje rosnącą. Od 1960 roku najsilniej wzrosły wydatki na leczenie szpitalne, a najbardziej zmalały wydatki na zasiłki chorobowe.

Tabela 3

**Wydatki instytucji ubezpieczeń chorobowych
w latach 1950 - 1992**

Rok	Wydatki ogółem w mld DM	Indeks wydatków 1970 = 100
1950	2,3	9
1960	9,5	37
1970	25,2	100
1980	89,8	356
1981	96,4	382
1982	97,2	386
1983	100,3	398
1984	108,4	430
1990	134,9	535
1992	210,0	833

Źródło: J. Piasny, J. Woś, *System zabezpieczenia...*, s. 42 oraz materiały konferencyjne, *Konferencja na temat ubezpieczeń chorobowych w Niemczech*, Kolonia 8 X 1993.

Przyczyn eksplozji wydatków ubezpieczeń chorobowych można upatrywać w wielu zjawiskach. Do nich należy między innymi znaczny wzrost wynagrodzeń pracowników służby zdrowia, wzrost cen środków medycznych, a także znaczny rozwój infrastruktury służby zdrowia, co wiąże się ze wzrostem liczby lekarzy i personelu pielęgniarskiego⁴⁶. W 1970 roku liczba lekarzy wynosiła 93,8 tys., w 1984 roku już 154 tys. a w 1992 roku 251,9 tys. Natomiast dane dotyczące lekarzy-stomatologów kształtowały się następująco: w 1970 roku - 29,7 tys., w 1984 roku - 34,4 tys., w 1992 roku - 79,1 tys.

Należy dodać, że przy wzroście liczby lekarzy następują żądania wyższych pensji, tymczasem kwoty przekazywane z kas chorych do związku lekarzy kas chorych rosną niewspółmiernie wolniej od oczekiwań lekarzy,

⁴⁶ E. Wille, *Problemy finansowania i alokacji w opiece zdrowotnej przedstawione na przykładzie RFN. Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, op. cit., s. 52.

co w konsekwencji doprowadza do wzrostu cen za poszczególne świadczenia.

Tabela 4

Struktura procentowa wydatków chorobowych w latach 1950- 1992
(wydatki chorobowe ogółem = 100%)

Rok	Wydatki na leczenie przez lekarzy i stomatologów	Wydatki na lekarstwa, środki lecznicze, protezy	Wydatki na leczenie szpitalne	Wydatki na zasiłki chorobowe	Pozostałe wydatki
1950	24,9	19,2	19,2	20,6	16,1
1960	24,6	16,5	14,3	27,0	17,6
1970	28,5	20,1	23,9	19,2	8,3
1980	23,2	22,2	28,3	7,4	18,9
1981	23,3	22,6	28,3	6,7	19,1
1982	23,7	26,5	30,4	6,1	13,3
1983	24,4	26,1	30,3	5,9	13,3
1984	23,6	26,6	30,5	5,8	13,5
1990	22,0	26,1	34,2	4,5	13,2
1991	21,4	24,1	33,1	4,2	17,2
1992	17,9	22,5	32,5	3,6	23,5

Źródło: Jak w tabeli 3.

W związku z tym obecnie jest dyskutowana możliwość wprowadzenia zryczałtowanych wynagrodzeń lekarzy. Innym sposobem ograniczania wynagrodzeń lekarzy jest wprowadzenie regresji punktowej. Polega ona na tym, że po przekroczeniu górnego limitu punktów potrąca się część wynagrodzenia, przykładowo w stomatologii roczny limit wynosi 300 punktów. Jeżeli stomatolog uzyska 300 - 400 punktów potrąca mu się 10% zarobków; jeżeli 400 - 500 punktów - 20% zarobków i po przekroczeniu 500 punktów - 30% zarobków.

Dalszym czynnikiem determinującym znaczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia jest ciągły wzrost liczby ludności w podeszłym wieku, co jest rezultatem zmniejszenia się śmiertelności i wydłużenia trwania życia wskutek wcześniejszego rozpoznawania chorób. Dzięki nowym, ulepszonym metodom i diagnozom nastąpił także rozwój licznych, skutecznych środków leczniczych i postęp w medycznej aparaturze technicznej.

Wszelkie zjawiska powodujące wzrost omawianych wydatków są przedmiotem licznych dyskusji i akcji prowadzonych w celu zrationalizowania i podwyższenia efektywności działalności służby zdrowia w Niemczech. Przykładem tego jest uchwalanie ustaw o obniżaniu kosztów (Kostendämpfungsgesetz)⁴⁷. Ustawy takie uchwalono kolejno w 1977, 1979, 1981, 1987 i 1991 roku.

W celu ograniczenia ekspansji wydatków wprowadzono między innymi dopłaty do lekarstw i niektórych świadczeń uiszczane przez ubezpieczonych. W przeszłości przepisywano wiele drogich i często nieskutecznych

⁴⁷ A. Rische, op. cit., s. 44.

leków, w związku z tym ustawa o reformie służby zdrowia z 1992 roku wprowadziła nowy system stałych stawek na leki. W ten sposób część leków nie podlega dopłatom z kas chorych. Po pełnej realizacji wszystkich stawek za leki (w połowie 1994) oczekuje się oszczędności wynoszących równo 2,5 mld DM.

GERMAN SYSTEM OF SICKNESS INSURANCE

S u m m a r y

The German system of sickness insurance is a reliable system which has been functioning efficiently for a number of years. For that reason, the main elements of that system have been presented in the paper.

The paper is divided into three chapters. In the first one a general characteristics of the social benefits system in Germany is presented. That system has been divided into three sub-systems: social protection (prudence), social compensations and social support. Each of those has been discussed and their main objectives identified. The second chapter is devoted to statutory, or state sickness insurance in Germany. That system covers the majority of the population and therefore it has been given the most attention in the paper. Groups of insured parties covered by that system are presented, different types of patients insurance offices and their financing is discussed, and their relations with other elements of the social security system identified.

Types of benefits payable to the insured parties within the scheme of statutory sickness insurance have also been described. The third chapter is devoted to private sickness insurance which covers a significantly smaller proportion of the more wealthy German population. In that chapter the conditions in which a change from statutory insurance schemes to private insurance systems took place are described. Methods by which insurance premium is calculated and types of benefits payable under private insurance are also presented. The last, fourth chapter, identifies the main issues related to the sickness insurance system in Germany.