

GRZEGORZ CHAŁUPCZAK

*Finansowanie ustawowego ubezpieczenia chorobowego w RFN*

Funding of public health insurance in the Federal Republic of Germany

**Abstrakt:** Ubezpieczenia społeczne, w tym chorobowe, to problematyka o złożonym charakterze determinowana przez czynniki polityczno-ustrojowe, ekonomiczne, społeczne, a także prawne. Rozwijając się i ewoluując, spełniają one ważną rolę w życiu każdego społeczeństwa. Ich podstawowe funkcje to między innymi zaspokajanie potrzeb osób niezdolnych przejściowo lub trwale do pracy. Niniejszy artykuł traktuje o finansowych aspektach funkcjonowania ubezpieczenia chorobowego w systemie ochrony zdrowia w RFN. Przeprowadzone analizy odnoszą się do instrumentów finansowania świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w Niemczech, obowiązujących w ramach ustawowego (powszechnego) ubezpieczenia chorobowego, do których zaliczyć należy przede wszystkim składki ubezpieczeniowe, dopłaty uiszczane przez ubezpieczonych oraz instytucję wyrównania ryzyka strukturalnego i finansowego pomiędzy kasami chorych.

WPROWADZENIE

Introduction

Ubezpieczenie chorobowe, opierające się na zasadach powszechności, solidarności, subsydiarności i samorządności, w którego ramach osoby uprawnione mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zaczęło kształtować się w Niemczech już w II połowie XVIII wieku.<sup>1</sup> Nakreślone w tym czasie zasady stały się punktem wyjścia w rozwoju niemieckiego ustawodawstwa socjalnego.<sup>2</sup> Dorobek

---

<sup>1</sup> H. Peters, G. Mengert, *Geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung*, [w:] *Handbuch der Krankenversicherung*, Teil II, Band 1, 18. Auflage 1985, s. 32.

<sup>2</sup> W zakresie ustawowego ubezpieczenia chorobowego wskazać należy na następujące akty

legislacyjny na gruncie ubezpieczenia chorobowego pozwolił na ukształtowanie systemu opartego na instytucji samorządnych kas chorych, obowiązku ubezpieczenia uzupełnionego instytucją ubezpieczeń dobrowolnych, skorelowanych ze zobowiązaniem do wnoszenia składek ubezpieczeniowych oraz dopłat, które poza funkcją dodatkowego źródła finansowania spełniają także rolę instrumentu budującego współodpowiedzialność ubezpieczonych za aktualny stan i zakres ochrony ubezpieczeniowej. Współcześnie w RFN finansowanie ubezpieczenia chorobowego opiera się w ten sposób na zasadzie solidaryzmu, według której koszty świadczeń opieki zdrowotnej pokrywane są w przeważającej większości poprzez składki opłacane zarówno przez ubezpieczonych, jak i ich pracodawców. Przychody uzyskiwane z tych źródeł pozwalają zapewnić ubezpieczonym wielostronne wsparcie w przypadku choroby, które obejmuje pomoc lekarską, leki i środki pomocnicze, jak również leczenie i opiekę szpitalną.

Podstawę prawną współczesnych zasad niemieckiego systemu ubezpieczenia chorobowego stanowią przepisy Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego (SGB V), określanej mianem „Ustawowego Ubezpieczenia Chorobowego”.<sup>3</sup> Ustawa ta szczególnie dużo miejsca poświęca zagadnieniom odnoszącym się do finansowania opieki zdrowotnej realizowanej w ramach rzeczowych świadczeń ubezpieczenia chorobowego, określając szczegółowo źródła ich finansowania. Zalicza do nich przychody z tytułu składek ubezpieczeniowych i dopłat, a także środki pochodzące z subwencji oraz tzw. wyrównania ryzyka strukturalnego i finansowego pomiędzy kasami chorych. Rozbudowane zostały też zasady określające źródła solidarystycznie finansowanego systemu, w szczególności katalog dochodów stanowiących podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, co ma zapewnić kasom chorych maksymalnie wysokie przychody, służące pokryciu stale rosnących kosztów finansowania świadczeń zdrowotnych.

---

prawne: Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter – Krankenversicherungsgesetz – KVG vom 15. Juni 1883, Reichsgesetzblatt (RGBl.) S. 73; Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, Reichsgesetzblatt (RGBl.), s. 509; Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20.12.1988, BGBl. I, s. 2477.

<sup>3</sup> Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, BGBl. I, s. 2477, (cytowane dalej jako SGB V). W ramach niemieckiego systemu ubezpieczeń społecznych ubezpieczenie chorobowe (Krankenversicherung) obejmuje świadczenia ubezpieczeniowe o charakterze zarówno pieniężnym (zasiłek chorobowy) jak i rzeczowym (opieka zdrowotna). W ramach polskiego ubezpieczenia chorobowego mieszczą się wyłącznie świadczenia pieniężne, z kolei świadczenia rzeczowe wraz z zasadami odnoszącymi się do ich podmiotowego zakresu, struktury organizacyjnej instytucji ubezpieczeniowych odpowiedzialnych za ich realizację, finansowania oraz pozostałych zasad związanych z organizacją służby zdrowia ujęte zostały od roku 1999 w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

### SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA Contribution

Składka na ubezpieczenie chorobowe jest według przepisów Kodeksu Socjalnego częścią ogólnej składki na ubezpieczenia społeczne. Wnoszona jest ona na rzecz kasy chorych przez ubezpieczonych, pracodawców oraz osoby trzecie, na których ciąży taki obowiązek ustawowy. Regulacje Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego przewidują szeroki zakres źródeł przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe poszczególnych kategorii ubezpieczonych, co znajduje bezpośrednie przełożenie na wielkość wpływów uzyskiwanych z tego tytułu. Podstawę wymiaru składki stanowią między innymi: wynagrodzenie za pracę, kwota emerytury z ustawowego ubezpieczenia emerytalnego, kwoty uzyskane z tytułu świadczeń o skutku podobnym do emerytury i innych świadczeń pieniężnych przysługujących w ramach ubezpieczeń społecznych oraz pomocy społecznej czy wreszcie przychody uzyskiwane z prowadzonej działalności gospodarczej. Podkreślić należy, iż podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe jest tylko ta część wynagrodzenia, która nie przekracza tzw. granicy wymiaru składki.<sup>4</sup> Od części wynagrodzenia przekraczającego tę granicę ubezpieczony nie jest zobowiązany odprowadzać składkę na ubezpieczenie chorobowe.

Wysokość składek determinowana jest finansowymi potrzebami kasy chorych, tak więc jest ona ustalana na takim poziomie, aby przychody ze składek wspólnie z innymi przychodami pokryły przewidziane w planie budżetowym wydatki oraz fundusz rezerwowy. Wysokość składki, wyrażona jako setna część podstawy jej wymiaru, ustalana jest przez radę zarządzającą w statucie kasy i zatwierdzana przez władzę nadzorczą.<sup>5</sup> Na podkreślenie zasługuje jednak fakt, że kompetencje samorządu kas chorych do ustalania wysokości składki zostały znacznie ograniczone przez ustawodawcę, a w stosunku do studentów bądź emerytów całkowicie zniesione. Kodeks Socjalny wyróżnia więc składkę o wysokości ogólnej, podwyższonej i obniżonej w stosunku do wysokości ogólnej oraz przewiduje szczególną jej wysokość wobec określonego kręgu ubezpieczonych.<sup>6</sup> Prze-

<sup>4</sup> Granica wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe wynosi na każdy dzień kalendarzowy  $\frac{1}{360}$  granicy rocznego wynagrodzenia za pracę określonego na zasadach wynikających z przepisów SGB V.

<sup>5</sup> Przepis ten uwidacznia obowiązującą w ramach ustawowego ubezpieczenia chorobowego zasadę, że wysokość składki nie jest determinowana ryzykiem ubezpieczeniowym, lecz uzależniona wyłącznie od wysokości przychodów.

<sup>6</sup> Z zasady solidarystycznego finansowania ustawowego ubezpieczenia chorobowego wyprowadzić można jednak zobowiązanie, według którego niedopuszczalne jest dokonywanie podziału ubezpieczonych ze względu na ryzyko ubezpieczeniowe związane np. z wiekiem, płcią czy stanem zdrowia. Bundessozialgericht – Związkowy Trybunał Socjalny, BSG 15.05.1984 E 65, s. 259.

pisy zawarte w §§ 241–248 SGB V regulują w sposób wyczerpujący ogólne rodzaje składek, jakie kasa chorych może ustalać w stosunku do poszczególnych grup ubezpieczonych. Są to uregulowania abstrakcyjne nieustalające konkretnej, procentowej wysokości składki. Składka ogólna obowiązuje, jeśli przepisy SGB V nie stanowią inaczej. Kasa chorych nie jest więc w takiej sytuacji uprawniona do zastosowania w drodze uregulowań statutowych składki obniżonej bądź podwyższonej.

Jeśli przepisy Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego nie stanowią inaczej, ubezpieczeni wnoszą składki w wysokości „ogólnej”, której maksymalna wysokość ustalana jest przez Związkowego Ministra Zdrowia każdorazowo do dnia 1 stycznia. Składka ogólna obowiązuje wszystkich ubezpieczonych, którym w sytuacji niezdolności do pracy przysługuje przez co najmniej 6 tygodni prawo do wynagrodzenia za pracę lub inne świadczenie socjalne, które uzasadnia obowiązek ubezpieczenia.<sup>7</sup> Rozwiązania takie, zakładające solidarystyczne działanie pracodawcy i kasy chorych, wpływają znacznie na obniżenie kosztów związanych z wypłatą zasiłków chorobowych.<sup>8</sup>

Poza składką ogólną może być również pobierana składka podwyższona, w sytuacji jeśli ubezpieczonemu niezdolnemu do pracy nie przysługuje roszczenie o wypłatę wynagrodzenia lub zastępczych świadczeń socjalnych przez okres co najmniej 6 tygodni. Omawiana zasada odnosi się w szczególności do osób pracujących dorywczo lub zatrudnionych na czas określony, jeśli umowa z góry zawarta jest na krócej niż 7 tygodni. Do grupy tej zalicza się ponadto osoby wykonujące pracę nakładczą, kobiety ciężarne oraz samodzielnych artystów i publicystów, jeśli skorzystali oni z prawa wcześniejszego pobierania zasiłku chorobowego. Podwyższona składka ma na celu zrekompensowanie, poprzez większe wpływy ze składek, wyższych nakładów na świadczenia spowodowane wcześniejszym ich pobieraniem przez uprawnionych. Dodać należy, iż składka podwyższona nie musi być składką jednolitą, ponieważ istnieje możliwość wprowadzenia dyferencji ze względu na czas powstania roszczenia o wypłatę zasiłku.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Jak więc widać, w ramach wskazanej zasady nie zostały zawarte żadne ograniczenia odnośnie do zakresu jej zastosowania. Poza nielicznymi wyjątkami wszyscy pracownicy i osoby zdobywające wykształcenie zawodowe mają w przypadku niezdolności do pracy z powodu choroby roszczenie prawne o wypłatę wynagrodzenia przez co najmniej 6 tygodni. W modelowym ujęciu dopiero po upływie tego okresu, kiedy nie jest już wypłacane wynagrodzenie, ubezpieczony może otrzymać świadczenie zastępcze w postaci zasiłku chorobowego. Znajdują w tym przypadku zastosowanie przepisy prawa pracy.

<sup>8</sup> H. T ö n s, *Krankenversicherung nach dem SGB, Ein Lehrbuch*, § 27, 3d (3), W. Gerlach, in: *SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar*, hrsg. von K. Hauck / H. Heines, § 241, RdNr. 36.

<sup>9</sup> Jeśli przykładowo roszczenie osób ubezpieczonych dobrowolnie o wypłatę zasiłku chorobowego powstać może zgodnie z uregulowaniami statutowymi dopiero po tygodniu lub dwóch od chwili wystąpienia niezdolności do pracy, usprawiedliwione staje się tym samym podniesienie

SGB V przewiduje możliwość wprowadzenia także składki obniżonej, w sytuacji kiedy nie występuje roszczenie o zasiłek chorobowy lub kiedy kasa chorych ograniczyła zakres świadczeń w stosunku do poszczególnych grup swoich członków. U podstaw tego uregulowania legła idea, aby ubezpieczeni mający ograniczone roszczenia nie byli obciążani finansowaniem tych świadczeń, z których nie mogą korzystać. Rzeczywiste zastosowanie zasada ta znajduje jedynie wobec nieletnich znajdujących się w specjalnych ośrodkach, gdzie zdobywają kwalifikacje zawodowe oraz osób poddanych rehabilitacji, którym nie przysługuje zasiłek przejściowy.

W Piątej Księdze niemieckiego Kodeksu Socjalnego przewidziane zostały, wobec określonego kręgu ubezpieczonych, tzw. składki o szczególnej wysokości. Pierwsza z nich to szczególna postać składki obniżonej z powodu powołania do służby wojskowej bądź cywilnej na okres dłuższy niż 3 dni. Osobom takim nie przysługuje w tym czasie ogólne roszczenie o świadczenia wobec kasy chorych, gdyż uzyskują one prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej z innego tytułu. Składka o szczególnej wysokości uzależniona jest także od statusu ubezpieczonego. I tak, w stosunku do zobowiązanych do ubezpieczenia pracowników służby publicznej, którym na podstawie pragmatyk służbowych wypłacane jest w czasie ich uczestnictwa w ćwiczeniach wojskowych wynagrodzenie za pracę, składka obniżana jest do poziomu 1/3 ogólnej wysokości składki, którą uiszczali bezpośrednio przed powołaniem. Składka o szczególnej, obniżonej wysokości obejmuje również zobowiązanych do ubezpieczenia studentów i praktykantów. Składka wynosi wtedy 7/10 przeciętnej ogólnej składki kas chorych, której wysokość ustalana jest przez Związkowego Ministra Zdrowia każdorazowo do 1 stycznia.<sup>10</sup>

Wysokość składki emerytów ustawodawca niemiecki zdecydował się uregulować w odrębnym przepisie. Zgodnie z dyspozycją § 247 SGB V dla obliczenia składki od emerytury osób zobowiązanych do ubezpieczenia, otrzymywanej z tytułu ustawowego ubezpieczenia emerytalnego, stosuje się ogólną wysokość składki obowiązującej w kasie, w której są oni ubezpieczeni. Obowiązująca w niej od 1 stycznia składka ogólna w stosunku do emerytów znajduje jednak zastosowanie dopiero od 1 lipca roku bieżącego do 30 czerwca roku następnego. Podobne uregulowanie zawiera § 248 SGB V określający wysokość składki osób zobowiązanych do ubezpieczenia uzyskujących przychody z samodzielnej działalności lub pobierających świadczenia zaopatrzeniowe o skutku podobnym do

---

wysokości składki w mniejszym stopniu niż w przypadku ubezpieczonych, dla których roszczenie to powstaje natychmiast z chwilą wystąpienia niezdolności. Por. W. Engelhardt, *Finanzierung der Krankenversicherung – Beitragsrecht*, [w:] *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, hrsg. von B. Schulin, München 1994, s. 1366.

<sup>10</sup> W. Gerlach, [w:] *SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung*, Kommentar, hrsg. von K. Hauck / H. Heines, § 245, RdNr. 15.

emerytury. Ich składka odpowiada wtedy połowie składki ogólnej obowiązującej każdorazowo od 1 stycznia w kasie chorych, której osoby te są członkami.<sup>11</sup>

Analiza regulacji zawartych w Piątej Księdze Kodeksu Socjalnego wskazuje, iż rozróżniają one pojęcia „wnoszenia składek” i „wpłaty składek”. Drugie z tych pojęć wskazuje, na kim ciąży zobowiązanie dokonania faktycznej wpłaty na rzecz kasy chorych całej kwoty składki na ubezpieczenie chorobowe. Jest to więc czynność natury technicznej dokonywana w większości przypadków przez podmiot zobowiązany do wnoszenia składki. Pojęcie „wnoszenia składek” określa natomiast, kto ponosi finansowe obciążenie związane z obowiązkiem ich uiszczania. SGB V rozróżnia sytuację, kiedy składka opłacana jest w równej części przez ubezpieczonego i pracodawcę, względnie jednostkę organizacyjną ubezpieczenia emerytalnego, lub też wnoszona jest w całości przez pracodawcę, w całości przez ubezpieczonego bądź też w całości przez osoby trzecie.

W pierwszym przypadku chodzi głównie o ubezpieczonych zobowiązanych do ubezpieczenia na podstawie § 5 ust. 1 nr 1 SGB V, do których należą robotnicy, pracownicy umysłowi oraz osoby zatrudnione za wynagrodzeniem w celu zdobycia wykształcenia zawodowego. Do grupy tej zalicza się ponadto osoby pobierające zasiłek przedemerytalny oraz osoby niepełnosprawne. Wskazana zasada nie obowiązuje pracowników dobrowolnie ubezpieczonych oraz tych, którzy zwolnieni zostali od obowiązku ubezpieczenia. Obecnie, odmiennie od stanu prawnego istniejącego do końca 1991 roku<sup>12</sup>, osoby zobowiązane do ubezpieczenia, pobierające emeryturę z ustawowego ubezpieczenia emerytalnego oraz jednostki organizacyjne prowadzące to ubezpieczenie wnoszą w równych częściach składkę należną od emerytur. Inne rozwiązanie, choć o podobnym skutku, znajduje zastosowanie wobec emerytów ubezpieczonych dobrowolnie lub posiadających prywatne ubezpieczenia chorobowe. Wnoszą oni w całości należne składki, otrzymując jednak od jednostek organizacyjnych prowadzących ich ubezpieczenie emerytalne odpowiedni dodatek do pobieranej emerytury.

W przepisach Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego odmiennie zasady zawarte zostały w odniesieniu do osób, których składki pokrywane są wyłącznie przez pracodawców. Należą do nich w szczególności tzw. pracownicy zatrudnieni w ramach zakładowego systemu kształcenia zawodowego, osoby odbywające

<sup>11</sup> Podstawą tego uregulowania jest fakt, że osoby te opłacają składki samodzielnie, podczas gdy składki, których podstawą wymiaru jest wynagrodzenie za pracę lub emerytura, wnoszone są w połowie przez pracodawcę, względnie jednostkę organizacyjną ubezpieczenia emerytalnego. Obniżona wysokość składki z § 248 SGB V obowiązuje tylko osoby zobowiązane do ubezpieczenia co powoduje, że dobrowolnie ubezpieczeni muszą wносить składki w pełnej wysokości.

<sup>12</sup> Zmiany w tej materii wprowadziła ustawa o reformie ustawowego ubezpieczenia emerytalnego z 18.12.1989, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1992. Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenreformgesetz 1992 – RRG 1992) vom 18.12.1989, BGBl. I, s. 2261.

służbę zastępczą oraz pracownicy wykonujący prace sezonowe, za których pracodawcy zobowiązani są uiszczać składki na zasiłki przejściowe.<sup>13</sup>

SGB V określa ponadto sytuację, kiedy ubezpieczony zobowiązany jest do wnoszenia całości składki. Istotną przesłanką warunkującą taki obowiązek jest rodzaj przychodów uzyskiwanych przez te osoby, do których przepisy zaliczają świadczenia zaopatrzeniowe o skutku podobnym do emerytury oraz przychody z samodzielnej działalności gospodarczej lub zawodowej. Analogiczne zasady odnoszą się do ubezpieczenia studentów i praktykantów, którzy wnoszą samodzielnie składki należne od uzyskiwanych przychodów. Do samodzielnego wnoszenia składek w pełnej wysokości zobowiązane są ponadto osoby objęte dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Podobne uregulowanie znajduje się w ustawie o ubezpieczeniu chorobowym rolników z 1989<sup>14</sup>, według której wszystkie składki wnoszone są w pełni przez ubezpieczonych. Wyjątki dotyczą jedynie współpracujących w gospodarstwie rolnym członków rodziny ubezpieczonego.

Przepisy Piątej księgi Kodeksu Socjalnego odnoszą się także do pozostałych sytuacji, w których zobowiązanie do wnoszenia składek ciąży nie na ubezpieczonym czy pracodawcy, lecz na podmiotach trzecich. Stosowne przepisy regulują wnoszenie składek na rzecz ubezpieczenia chorobowego osób korzystających ze świadczeń przyznawanych w zastępstwie wynagrodzenia, nieletnich zdobywających kwalifikacje zawodowe w specjalnych ośrodkach, czynnych zawodowo niepełnosprawnych, samodzielnich artystów i dziennikarzy, osób odbywających służbę wojskową lub korzystających z tzw. Arbeitslosenhilfe<sup>15</sup> oraz otrzymujących zasiłek dla bezrobotnych lub tzw. Unterhaltsgeld.<sup>16</sup>

#### DOPLATY UBEZPIECZONYCH

##### Extra charges

W ramach niemieckiego systemu ubezpieczenia chorobowego ubezpieczeni zobowiązani są uiszczać, w przypadkach przewidzianych przepisami Piątej Księgi

<sup>13</sup> Podkreślić należy, że przez pracodawcę wnoszone są tylko te składki, których podstawę wymiaru stanowi wynagrodzenie za pracę. W. E n g e l h a r d t, *Finanzierung der Krankenversicherung – Beitragsrecht*, [w:] *Handbuch...*, s. 1372.

<sup>14</sup> Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) vom 20.12.1988, BGBl I, s. 477–2557. Krauskopf, *Soziale Krankenversicherung*, § 166 SGB V, RdNr. 1.

<sup>15</sup> Arbeitslosenhilfe – pomoc dla bezrobotnych. Roszczenie o przyznanie pomocy dla bezrobotnych przysługuje bezrobotnym zarejestrowanym w urzędzie pracy, nieposiadającym prawa do zasiłku dla bezrobotnych, którzy spełnili szczególne przesłanki ustawowe oraz uznani zostali za tzw. potrzebujących. Status prawny bezrobotnych regulują przepisy Trzeciej Księgi niemieckiego Kodeksu Socjalnego (SGB III).

<sup>16</sup> Pod pojęciem Unterhaltsgeld rozumieć należy środki finansowe otrzymywane przez pracownika, biorącego udział w działaniach mających na celu dalsze kształcenie zawodowe.

Kodeksu Socjalnego, dopłaty do przyznawanych im rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej. Maksymalna ustawowa wysokość dopłat odnosi się zazwyczaj do okresu roku kalendarzowego i wynosi 2% przychodów brutto.<sup>17</sup> Dla osób cierpiących na choroby przewlekłe granica ta obniżona została do 1% przychodów brutto. W przypadku osiągnięcia ustawowej granicy dopłat kasa chorych wystawia ubezpieczonemu stosowne zaświadczenia zwalniające go od obowiązku uiszczania dopłat do upływu danego roku kalendarzowego. Wysokość dopłat uzależniona jest zarówno od kryteriów podmiotowych, jak i przedmiotowych.

W przypadku choroby Kodeks Socjalny zobowiązuje kasy chorych do zapewnienia ubezpieczonym rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej, określanych zbiorczym pojęciem świadczeń leczniczych bądź leczenia. Na świadczenia lecznicze, przysługujące ubezpieczonym, składają się: opieka lekarska włącznie z psychoterapią, opieka dentystyczna, świadczenia protetyki dentystycznej, zaopatrzenie w leki, środki opatrunkowe i pomocnicze, zabiegi lecznicze, świadczenia chorobowej opieki i pomocy domowej, leczenie szpitalne, świadczenia rehabilitacji medycznej oraz świadczenia uzupełniające.

W szczególności, pod pojęciem opieki lekarskiej Piąta Księga Kodeksu Socjalnego rozumie wszelkie czynności podjęte przez lekarzy i lekarzy dentyków będące wystarczającym i celowym środkiem służącym rozpoznawaniu i leczeniu chorób, w tym także chorób jamy ustnej, jak również świadczenia pomocnicze innych osób wykonywane na zlecenie i odpowiedzialność lekarza lub lekarza dentystry. Pojęcie opieki lekarskiej swoim zakresem obejmuje tak leczenie przeprowadzane przez psychoterapeutów, jak i ambulatoryjną opiekę lekarską. Przepisy SGB V zobowiązują ubezpieczonych powyżej 18 roku życia do wnoszenia dopłat w wysokości 10 Euro za każde pierwsze świadczenie ambulatoryjnej opieki lekarskiej udzielone w okresie kwartalnym.<sup>18</sup> Dopłaty nie znajdują zastosowania w przypadku świadczeń wczesnego wykrywania chorób, w szczególności chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy oraz w stosunku do kobiet w okresie ciąży. W ramach leczenia przepisy ubezpieczeniowe przewidują ponadto świadczenia mające na celu leczenie niepłodności, w tym także zabiegi sztucznego zapłodnienia dla kobiet pomiędzy 25 a 40 rokiem życia oraz mężczyzn pomiędzy 25 a 50 rokiem życia. Powstałe z tego tytułu koszty pokrywane są w 50% przez kasę chorych, w pozostałej zaś części przez samych ubezpieczonych.

<sup>17</sup> Pod pojęciem tym ustawa rozumie przychody osiągane przez ubezpieczonego i innych członków jego rodziny zamieszkałych z nim we wspólnym gospodarstwie domowym (§ 62 ust. 2 SGB V).

<sup>18</sup> Dopłaty uiszczane przez ubezpieczonych świadczeniodawcy zobowiązani są w zasadzie rozliczyć z kasami chorych, z wyjątkiem dopłat odnoszących się do świadczeń stomatologicznych, co wpływa na odpowiednie zmniejszenie ich wynagrodzenia wynikającego z postanowień umowy o świadczenie usług ubezpieczeniowych na rzecz członków kasy chorych (§ 43b SGB V).



W ramach leczenia dentystrycznego SGB V przyznaje ubezpieczonym możliwość korzystania z podstawowych materiałów stomatologicznych, jak również materiałów dodatkowych, których koszty ubezpieczony zobowiązany jest pokryć z własnych środków. W tym wypadku ubezpieczeni pokrywają z własnych środków 20% ich wysokości. Udział w ogólnych kosztach leczenia może zostać zmniejszony do 10%, jeżeli leczeniu podlega przynajmniej dwoje dzieci poniżej 18 roku życia będących na utrzymaniu tej samej osoby. Udział ten odnosi się do drugiego i każdego następnego dziecka poddanego leczeniu. Szczególne zasady odnoszą się do świadczeń ubezpieczeniowych z zakresu protetyki zębowej, których znaczną część kosztów pokrywa kasa chorych.<sup>19</sup>

W katalogu świadczeń opieki zdrowotnej, przysługujących ubezpieczonym na mocy przepisów Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego, zawarte jest również opatrzenie w leki, środki opatrunkowe, lecznicze i pomocnicze realizowane przez apteki. W odniesieniu do tej grupy świadczeń kasa chorych pokrywa w pełnej wysokości koszty leków i środków opatrunkowych, dla których ustalona została stała cena urzędowa. Koszty pozostałych leków i środków opatrunkowych pokrywane są przez kasę chorych po potrąceniu dopłat uiszczanych przez ubezpieczonych oraz rabatów udzielonych aptekom. Osoby ubezpieczone, które ukończyły 18 rok życia, zobowiązane są do uiszczania dopłat w wysokości 10% ceny za każdy lek oraz środek opatrunkowy objęty dopłatami, nie mniej jednak niż 5 Euro i nie większej niż 10 Euro.

SGB V przyznaje ubezpieczonym także prawo do tzw. dozwolonych zabiegów leczniczych, do których zalicza się w szczególności masaże, kąpiele uzdrowiskowe oraz gimnastyka lecznicza. Środki te obciążone są dopłatami w wysokości 10% kosztów, jak również 10 Euro za każde skierowanie. W ramach świadczeń leczniczych kasa chorych zobowiązana jest zapewnić ubezpieczonym tzw. środki pomocnicze w postaci aparatów słuchowych, protez oraz innych ortopedycznych środków koniecznych do utrzymania rezultatów leczenia lub zapobiegających kalectwu. Kasa chorych zobowiązana jest także pokryć do pełnej wysokości koszty środków pomocniczych, dla których ustalona została stała cena urzędowa. Koszty pozostałych środków pomocniczych pokrywane są przez kasę do wysokości uzgodnionej przez związki kas chorych i związki świadczeniodawców. Nadwyżka kosztów ponad kwoty uzgodnione obciąża ubezpieczonych. Ci z nich, którzy ukończyli 18 rok życia, zobowiązani są uiszczać dopłaty za każdy przyznany przez kasę chorych środek pomocniczy w wysokości 10%

<sup>19</sup> Udział ten odpowiada 50% wynagrodzenia lekarzy dentyistów, z tym że dopuszczalne jest zwiększenie tego udziału do 70%, a w niektórych przypadkach nawet do 80% wynagrodzenia. Ogólne zasady przyznawania dopłat określone zostały w wytycznych Wspólnej Komisji Związkowej. A. Kubów, *Ochrona zdrowia w okresie przemian*, [w:] *Zabezpieczenie społeczne*, red. Zdzisław Pisz, Wrocław 1998, s. 137.

kosztów, najmniej 5 maksymalnie 10 Euro, nie więcej jednak niż całkowity koszt środka pomocniczego.

Kolejnym rodzajem świadczeń przysługującym ubezpieczonym, a wymagającym dopłaty, są tzw. świadczenia chorobowej opieki i pomocy domowej oraz socjoterapii. W ramach opieki domowej ubezpieczonemu przysługują świadczenia lecznicze, jak również zaopatrzenie w leki oraz stały nadzór pielęgniarstwa. Ubezpieczony, który ukończył 18 rok życia, zobowiązany jest uiszczać dopłatę w wysokości 10% kosztów udzielania tych świadczeń przez pierwszych 28 dni kalendarzowych w roku oraz 10 Euro za każde zalecenie stwierdzające konieczność przyznania tego rodzaju świadczeń. Korzystanie z socjoterapii objęte zostało dopłatami w wysokości 10% kosztów, nie mniej niż 5 i nie więcej niż 10 Euro za dzień kalendarzowy, które obciążają ubezpieczonych po ukończeniu przez nich 18 roku życia.

Poza przedstawionymi powyżej świadczeniami ambulatoryjnej opieki zdrowotnej Piąta Księga niemieckiego Kodeksu Socjalnego przyznaje osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym w kasach chorych prawo do stacjonarnego leczenia w szpitalu. I tak, w ramach hospitalizacji ubezpieczony ma prawo do wszelkich koniecznych świadczeń leczniczych, do których należą w szczególności opieka lekarska i chorobowa, zaopatrzenie w leki, środki pomocnicze oraz zabiegi lecznicze i wczesno-rehabilitacyjne, jak również utrzymanie i wyżywienie. Ci ubezpieczeni, którzy ukończyli 18 rok życia, zobowiązani są uiszczać dopłaty w wysokości 10 Euro za każdy z pierwszych 28 dni leczenia szpitalnego w roku kalendarzowym.

Ostatnią grupę rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej, do której odnosi się obowiązek dopłaty, stanowią świadczenia rehabilitacji medycznej oraz świadczenia uzupełniające udzielane przez specjalistyczne ośrodki rehabilitacyjne. Korzystanie ze świadczeń rehabilitacyjnych objęte jest dopłatami w wysokości 10 Euro za dzień, które obciążają ubezpieczonych po ukończeniu przez nich 18 roku życia. W ramach rzeczowych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego kasa chorych zobowiązana jest także ponosić koszty transportu sanitarnego koniecznego w procesie leczenia. W wyjątkowych przypadkach możliwy jest jednak udział ubezpieczonego w tych kosztach do wysokości 10%, nie mniej niż 5 i nie więcej niż 10 Euro, chyba że rzeczywiste koszty okażą się być mniejsze.

#### WYRÓWNANIE RYZYKA STRUKTURALNEGO I FINANSOWEGO Compensation of structural und financial risk

Cechą charakterystyczną ustawowego ubezpieczenia chorobowego w RFN jest rozbudowany system działających w jego ramach instytucji ubezpieczeniowych, poczynając od kas chorych (miejskowych, zakładowych, cechowych, rol-

nicznych i zastępczych), poprzez Morską Kasę Chorych i Bractwo Górnicze, kończąc na związkach ww. kas. Każda z wymienionych instytucji, jako samorządna korporacja prawa publicznego, wypełnia ciężące na niej zadania na własną odpowiedzialność, samodzielnie ponosząc tzw. ryzyko ubezpieczeniowe i co do zasady z własnych środków, finansując koszty udzielanych świadczeń. Występujące w ramach systemu ryzyko strukturalne, jak również regionalne różnice w strukturze kosztów świadczeń zdrowotnych doprowadziły do tego, że pomiędzy kasami różnych typów, a także w zakresie kas jednego typu istnieją znaczne różnice w wysokości składek. Pojawiły się więc postulaty, aby poprzez wyrównanie ryzyka strukturalnego i finansowego doprowadzić do zmniejszenia różnic w wysokości składek.<sup>20</sup> Znalazło to swoje odzwierciedlenie w ustawie o reformie struktury służby zdrowia z roku 1993.<sup>21</sup> Ustawodawca wybrał w niej drogę tzw. ogólnozwiązkowej kompensaty w zakresie wszystkich kas chorych, ograniczając ją jedynie do strony przychodowej (Risikostrukturausgleich – kompensata ryzyka strukturalnego), podczas gdy wyrównanie po stronie wydatków (Finanzausgleich – wyrównanie finansowe) nastąpić może głównie w obrębie kas chorych tego samego typu.

Sytuacja wyrównania finansowego poniesionych przez kasę chorych wydatków na kosztowne świadczenia ubezpieczeniowe uregulowana jest w przepisach § 265 SGB V, który ustanawia zasady postępowania kompensacyjnego ograniczonego do obszaru landu. Zawiera on uprawnienie skierowane do odpowiednich związków kas chorych, które w swoich statutach mogą określać specjalne opłaty uiszczane przez ich członków. Z opłat tych pokrywane mogą być w całości lub częściowo wydatki tych kas chorych należących do związku, które finansowały szczególnie kosztowne świadczenia.<sup>22</sup> Zasady kompensacji przewidują udzielenie finansowej pomocy kasom chorych znajdującym się w szczególnie trudnej sytuacji, a konkretne uregulowanie przesłanek jej przyznania, zakre-

<sup>20</sup> Bundestagsdrucksache 11 / 6380, s. 218–222.

<sup>21</sup> Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz-GSG) vom 21.12.1992, BGBl. I, s. 2266.

<sup>22</sup> Kilka słów wyjaśnienia poświęcić należy na przybliżenie pojęcia „świadczeń szczególnie kosztownych”. Są to przede wszystkim świadczenia związane z leczeniem rzadkich chorób krwi, transplantacją organów oraz wszelkich kosztownych zabiegów medycznych, których samodzielnemu finansowaniu dana kasa chorych może nie sprostać. Kasa może liczyć na dopłaty również w sytuacji nadzwyczajnych zobowiązań wynikających z roszczeń odszkodowawczych i innych obciążeń, spowodowanych wystąpieniem kataklizmów lub związanych z wcielaniem w życie kosztownych projektów pilotażowych. Zgodnie z dosłownym brzmieniem § 265 SGB V „nie odnosi się to do ogólnej, gospodarczej pozycji kasy chorych, lecz wyłącznie do świadczeń szczególnie kosztownych”. Ze stwierdzenia tego wynika, że w postępowaniu z § 265 SGB V nie jest brany pod uwagę istniejący w danym regionie wysoki poziom wydatków na leczenie, lecz uwaga koncentruje się jedynie na wymagających szczególnych nakładów pojedynczych przypadkach. Gesetzesbegründung zum GRG, Bundestagsdrucksache 11 / 2237, s. 228.

su i źródeł finansowania pozostawiono tzw. związkom naczelnym.<sup>23</sup> O przyznaniu pomocy w konkretnym przypadku rozstrzyga, na wniosek zainteresowanej kasy, zarząd właściwego związku naczelnego biorąc pod uwagę istniejący w danym regionie poziom wydatków na leczenie.

Wyżej przedstawione rozwiązania prawne stanowią istotny element działań mających na celu zmniejszenie dysproporcji w sytuacji finansowej poszczególnych kas chorych. Zakładają one wyrównywanie różnic w zakresie wydatków przez zastosowanie instrumentów wyrównania finansowego. Uzupełnia je ogólnozwiązkowa kompensata dla wszystkich kas chorych, ograniczająca się w odróżnieniu do pierwszej grupy jedynie do strony przychodowej. Coroczne przeprowadzenie procesu kompensacyjnego należy do Związkowego Urzędu Ubezpieczeń, któremu każda kasa zobowiązana jest dostarczyć dane stanowiące o zakresie kompensacji. Kompensacja ryzyka strukturalnego ma zapewnić wyrównanie finansowych różnic występujących w kasach różnego typu i spowodowanych głównie odrębnościami w zakresie wysokości wpływów ze składek. Wysokość rozszczenia wyrównawczego bądź też zobowiązania do kompensacji określana jest w wyniku porównania strony wydatków ze stroną przychodów danej kasy chorych.<sup>24</sup> Dzięki temu porównaniu określić można, w jakim zakresie kasa chorych obciążona jest finansowo czynnikami ryzyka ubezpieczeniowego. Jeśli w jego wyniku okaże się, że strona przychodów danej kasy chorych przekracza zakładane wydatki, osiągnięta nadwyżka przekazywana jest na cele ogólnozwiązkowej kompensaty. W sytuacji odwrotnej kase chorych przysługuje roszczenie o przyznanie wyrównania.

#### PODSUMOWANIE

##### Summation

Analiza dokonana w niniejszym artykule pozwala na dostrzeżenie kilku prawidłowości charakterystycznych dla niemieckiego ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie z założeniami niemieckiej polityki społecznej dorobek legislacyjny w tym względzie podlega stałym modyfikacjom i adaptacjom do potrzeb współczesnych stosunków społecznych i gospodarczych. Działania te mieszczą się w podstawowych zasadach systemu ustawowego ubezpieczenia chorobowego w RFN, którymi są samorządność, solidarność, obowiązkowość, uzupełnione zasadą powszechności. Obecny system, wraz z przyjętymi zasadami finansowania, ma charakter powszechny, gdyż jego zakres podmiotowy został

<sup>23</sup> Pod pojęciem związków naczelnych rozumie się federalne związki kas miejscowych, zakładowych, cechowych i rolniczych, a także związki kas zastępczych.

<sup>24</sup> W. Engelhardt, *Finanzierung der Krankenversicherung – Beitragsrecht*, [w:] *Handbuch...*, s. 1421 i n.

wydatnie rozszerzony na pozapracownicze grupy społeczeństwa. Pozwoliło to na zwiększenie przychodów kas chorych z tytułu składek ubezpieczeniowych. Jednocześnie rozwiązania wprowadzone w zakresie organizacji instytucji ubezpieczeniowych spowodowały, że działające na wolnym rynku kasy chorych zaczęły racjonalniej gospodarować posiadanymi środkami finansowymi, a w ramach prawa swobodnego wyboru kasy przez ubezpieczonych zmuszone są zabiegać o członków na równych zasadach. Ich egzystencja zależy od pozycji na rynku ubezpieczeniowym, liczby członków oraz wysokości środków finansowych.

Wraz z rozszerzaniem podmiotowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz zakresu świadczeń przysługujących ubezpieczonym konieczne stało się rozwiązanie rozwiązań mających na celu zapewnienie źródeł pokrycia powstałych z tego tytułu kosztów. Pokrywane są one przede wszystkim z przychodów uzyskiwanych w większości ze składek ubezpieczeniowych, które stanowią podstawę solidarystycznie finansowanego systemu ochrony zdrowia. Osoby korzystające ze świadczeń zobowiązane są ponadto do uiszczania dopłat stanowiących kolejny instrument współfinansowania i współodpowiedzialności ubezpieczonych za stan publicznej służby zdrowia. W ramach Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego zostały ujednoczone i sprecyzowane przepisy regulujące wzajemne stosunki na linii usługodawca–kasa chorych, odnoszące się do takich zagadnień jak kontraktowanie usług medycznych, ustalanie wynagrodzeń za ich udzielanie czy wyrównanie ryzyka strukturalnego i finansowego. Przyjęte rozwiązania w sumie spełniają podstawowe cele i pozwalają dostosować niemiecki system służby zdrowia do aktualnych możliwości i realiów społeczno-politycznych i gospodarczych. Realia te ulegają jednak stałym przeobrażeniom, co stawia przed państwem niemieckim zadanie nieustannego poszukiwania optymalnych rozwiązań ekonomiczno-prawnych, mogących zapewnić społeczeństwu bezpieczeństwo w tym newralgicznym obszarze.

#### SUMMARY

The modern system of social insurance originated in the second part of the 19th century and its birth is integrally related to the history of Germany and Bismarck's epoch. At that time the foundation for the German social policy were laid.

In the present study the financial structure of public health insurance in the Federal Republic of Germany is presented. The research yields the analysis of principal rules related to German public health insurance. Further in the essay, the regulations in the field of ways of funding, especially contributions, extra charges and financial risk compensation, are analyzed.

Furthermore, the author comes to a conclusion that for over the century the German health insurance system has developed into a complex system, which works effectively and which is aimed at the protection of the insured from the disease risk. As the system is efficient and complementary, for years it has been an example and a reference for enterprises undertaken in other countries. It specifies clearly the rules, the forms and the range of social policy implemented by various units on various continents.