



foto: PAP/EPA

Czy finansowanie niemieckiego systemu ochrony zdrowia może być wzorem dla Polski?

Ordnung muß sein

Anna Wieczorkowska

Niemiecki system ochrony zdrowia jest finansowany z ustawowych oraz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Ubezpieczenie rolnicze ma odrębny status. Zdecydowana większość Niemców (w 2006 r. – 90 proc.) jest ubezpieczona w GKV (*Gesetzliche Krankenversicherung*). Wynika to z przymusu ustawowego i dotyczy głównie pracowników, których dochód roczny nie przekracza określonej kwoty.

O przymusie ubezpieczenia pracowników w GKV oraz o wymiarze składki decydują dwie kategorie ekonomiczne:

- 1) granica obowiązku ubezpieczenia – w GKV muszą być ubezpieczeni wszyscy, których dochód miesięczny brutto nie przekracza ustalonej kwoty (w 2007 r. – 3975 euro). Osiągający wyższe dochody mogą pozostać w GKV albo ubezpieczyć się prywatnie. Przed podjęciem decyzji należy się jednak poważnie zastanowić, ponieważ prywatni ubezpieczyciele proponują z reguły korzystniejsze warunki tylko młodym, zdrowym i samotnym (bezdzielnym), a powrót do ustawowego ubezpieczenia w GKV może nastąpić tylko po spełnieniu ściśle określonych warunków;

2) granica naliczania składki to maksymalna kwota miesięcznych dochodów brutto, od której naliczana jest składka ubezpieczenia GKV (w 2007 r. – 42 750 euro rocznie, czyli średnio 3562,50 euro miesięcznie). Ubezpieczeni w GKV uzyskujący wyższe dochody nie są dodatkowo obciążani – składka ubezpieczenia zdrowotnego naliczana jest od tej kwoty granicznej.

Procent składki

Wysokość miesięcznej stawki ubezpieczenia ustawowego stanowi określony procent przychodów bądź dochodów. W efekcie gorzej zarabiający płacą niższe kwoty niż uzyskujący wyższe dochody. Poza tym niepracujący i niewykazujący dochodów członkowie rodzin ubezpieczonych w GKV są również objęci ochroną, mimo że nie pobiera się za to składek dodatkowych (z czym mamy do czynienia w wypadku ubezpieczenia prywatnego).

Do 2005 r. składka do ustawowych kas chorych była w równej części płacona przez pracownika i pracodawcę. Od 1 lipca 2005 r. podniesiono o 0,9 proc. składkę pracownika. Jednocześnie pozostała stawka została obniżona o 0,9 proc. Sumaryczna składka (płacona przez pracownika oraz przez pracodawcę) musiała być nadal dzielona wg zasady parytetu, dlatego ubezpieczeni zostali ostatecznie obciążeni dodatkową stawką 0,45 proc. Dzięki tym zmianom zmniejszono obciążenie pracodawców kosztami ubezpieczenia.

Obywatele niemieccy mogą wybierać w kasach chorych jeden z dwóch rodzajów ubezpieczeń chorobowych – ochronę ubezpieczeniową bez prawa do zasiłku chorobowego (tzw. stawka obniżona) albo z prawem do zasiłku chorobowego (tzw. stawka ogólna). Ten drugi rodzaj ubezpieczenia, z uwagi na dodatkowe świadczenie pieniężne, obwarowany jest pewnymi warunkami. Ubezpieczeni dodatkowo opłacają składkę na ubezpieczenie pielęgnacyjne (w wypadku osób mających dzieci stawka jest o 0,25 proc. niższa). Poniżej przedstawiono wysokość składek w przykładowo wybranej kasie chorych (w procentach dochodu brutto).

Ubezpieczenie prywatne

Pojęcie *ubezpieczenie prywatne* odnosi się do wszystkich prywatnych instytucji oferujących ubezpieczenie od kosztów choroby. W odróżnieniu od ustawowych kas chorych, firmy te ubezpieczają wyłącznie osoby, których dochody przekraczają tzw. granicę obowiązku ubezpieczenia. Ponadto członkiem prywatnej instytucji ubezpieczeniowej mogą być osoby prowadzące działalność gospodarczą, reprezentanci wolnych zawodów i urzędnicy. Prawie 9 proc. obywateli Niemiec korzysta z ubezpieczeń prywatnych.

Niedostatek bogactwa

W artykule zaprezentowano najważniejsze finansowe elementy niemieckiego systemu ochrony zdrowia, tj. źródła finansowania, system reglamentacji usług i wyrównania finansowego między kasami chorych. Pieniądze na ochronę zdrowia pochodzą zarówno z ubezpieczeń ustawowych, jak i prywatnych, przy czym obowiązkiem ubezpieczenia zostali objęci wszyscy obywatele. Pomimo ogromnego budżetu, jednego z największych na świecie, państwo niemieckie nie zapewnia obywatelom bezpłatnej i natychmiastowej opieki zdrowotnej – muszą oni czekać w kolejce na usługi, a także, w większości wypadków, zmuszeni są do współpłacenia. By kasy chorych nie dokonywały selekcji klientów, ubezpieczając tylko ludzi zdrowych i bogatych, zastosowano mechanizm wyrównania finansowego, polegający na przepływie funduszy z kas o lepszej strukturze ubezpieczonych do kas o gorszej strukturze. System niemiecki nie jest idealny, ma wiele wad. Najpoważniejsze z nich to unikanie przez najbogatsze grupy solidaryzowania się z najbiedniejszymi w ponoszeniu nakładów na ochronę zdrowia; znaczne obciążenie pracodawców kosztami ubezpieczenia zdrowotnego; wysokie koszty ponoszone przez osoby często korzystające ze świadczeń zdrowotnych.

Ten rodzaj ubezpieczenia jest szczególnie korzystny dla samotnych, dobrze zarabiających osób oraz pracujących małżeństw bezdzietnych, gdyż wysokość składki uzależniona jest od zakresu świadczeń oraz od wieku, w jakim ubezpieczony przystępuje do ubezpieczenia prywatnego. W przeciwieństwie do ubezpieczenia w GKV stosuje się tutaj premie (rabaty) w zależności od stanu zdrowia, płci oraz wieku obejmujące uzgodniony zakres świadczeń. Ubezpieczając się prywatnie, można uniknąć solidaryzowania się z biedniejszymi, a jeśli ktoś z wysokimi dochodami pozostaje w ubezpieczeniu usta-

Wysokość stawek na ubezpieczenie zdrowotne w Berlińskiej Ogólnej Regionalnej Kasie Chorych (niem. *Berliner AOK*)

stawka ogólna	
• ochrona ubezpieczeniowa z prawem do zasiłku chorobowego począwszy od 7. tyg. niezdolności do pracy	15,8 proc.
stawka obniżona	
• ochrona ubezpieczeniowa bez prawa do zasiłku chorobowego	12 proc.
stawka podwyższona	16,6 proc.
dodatkowa składka ponoszona przez ubezpieczonego	0,9 proc.
ubezpieczenie pielęgnacyjne	1,7 proc. albo 1,95 proc. dla osób niemających dzieci

Material źródłowy: www.aok.de



„ Obywatele niemieccy mogą wybierać w kasach chorych jeden z dwóch rodzajów ubezpieczeń chorobowych – ochronę ubezpieczeniową bez prawa do zasiłku chorobowego (tzw. stawka obniżona), albo ochronę ubezpieczeniową z prawem do zasiłku chorobowego ”

wowym, to tylko dlatego, że czerpie z tego korzyści finansowe. Członkowie rodzin nie są automatycznie objęci ochroną, dlatego też ci, którzy planują założenie wielodzietnej rodziny, powinni raczej skorzystać z ubezpieczenia ustawowego.

Jakość świadczeń w PKV (ubezpieczenie prywatne, niem. *private Krankenversicherung*) jest zdecydowanie lepsza niż w wypadku ubezpieczenia ustawowego. Ponadto, w odróżnieniu do GKV, ubezpieczony prywatnie jest stroną umowy z lekarzem lub ze szpitalem. Obowiązuje zasada zwrotu kosztów, co oznacza, że ubezpieczony otrzymuje rachunek za wszystkie udzielone mu świadczenia.

Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek choroby

Celem dodatkowego ubezpieczenia w GKV jest zapewnienie klientom tego samego standardu leczenia na wypadek choroby, jaki oferują prywatne towarzy-

stwa. Wybierając jedną z taryf, można uzyskać ochronę zgodnie z własnymi potrzebami. Dzięki temu np. udział własny w koszcie zakupu leku albo też koszty leczenia mogą zostać zmniejszone do zera. Oprócz tego, zawierając dodatkowe ubezpieczenie, poprzez wybranie odpowiedniej taryfy dotyczącej np. pokoju jedno- lub dwuosobowego, z leczeniem przez lekarza naczelnego w szpitalu, zwiększenie zakresu usług stomatologa lub poprzez ubezpieczenie się na leczenie uzdrowiskowe – można zbliżyć się do poziomu usług oferowanych w prywatnym ubezpieczeniu.

Reglamentacja usług zdrowotnych

Ustawowe kasy chorych są zobowiązane oferować swoim członkom identyczne tzw. świadczenia zasadnicze (ok. 95 proc. wszystkich świadczeń). Ich katalog uzgadniają wraz z lekarzami, szpitalami i Komisją Państwową G-BA (niem. *Gemeinsamer Bundesausschuss*), która jest najwyższym gremium samorządu w GKV. Ponadto kasy chorych mogą proponować swoim klientom dodatkowe świadczenia, tzw. świadczenia statutowe.

Mimo ogromnych nakładów w niemieckim systemie finansowania ochrony zdrowia występują ograniczenia budżetowe. Za niektóre usługi trzeba płacić. Te zaś, które są bezpłatne, muszą być racjonowane. W niemieckim systemie GKV zastosowano reglamentację usług zdrowotnych w formie kolejek, ale dodatkowo – poprzez współpłacenie. System dopłat w ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym funkcjonuje od połowy lat 70. Zwolnione z opłat są tylko dzieci i młodzież do 18. roku życia. Pozostali ubezpieczeni w kasach cho-

rych, również wszystkie dorosłe osoby współubezpieczone bezskładkowo i beneficjenci pomocy społecznej, partycypują w kosztach. Generalnie dopłaty wynoszą 10 proc., minimalnie jednak 5 euro, a maksymalnie 10 euro (jednak nie więcej niż koszt przedmiotu bądź świadczenia). Aby nie obciążać zbyt mocno budżetów obywateli, wprowadzono ograniczenia w pobieraniu dopłat do 2 proc. tzw. rocznych dochodów brutto przeznaczanych na utrzymanie (1 proc. w wypadku chorych przewlekłe).

Przykładem współpłacenia jest kwartalna opłata rejestracyjna w wysokości 10 euro. Pacjenci wnoszą ją przy pierwszej wizycie w kwartale u lekarza lub dentystry. Do świadczeń lekarskich objętych tą opłatą zalicza się także wystawienie recepty, pobranie krwi, informację telefoniczną oraz udzielenie pomocy w przypadkach nagłych. Wyjątkiem od tej reguły jest skierowanie pacjenta przez jednego lekarza do innego. Jeżeli wizyta u drugiego lekarza wypada w tym samym kwartale, pacjent zostaje zwolniony z opłaty rejestracyjnej. Również badania kontrolne u dentystry 2 razy w roku oraz badania związane z wczesnym wykrywaniem chorób i profilaktyką, szczepienia ochronne, a także badania profilaktyczne w czasie ciąży są zwolnione z kwartalnej opłaty rejestracyjnej.

Innym przykładem współpłacenia jest opłata hotelowa wynosząca 10 euro za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie jednak (z pewnymi wyjątkami) za 28 dni w roku kalendarzowym.

Ostatnia reforma niemieckiego systemu zdrowotnego wprowadziła ograniczenia w finansowaniu niektórych świadczeń. Wprowadzono np. generalną zasadę niefinansowania kosztów dojazdu do miejsca leczenia ambulatoryjnego.

Zmiany po reformie

Reforma niemieckiego systemu ochrony zdrowia (*Gesundheitsreform* 2007) umożliwiła osobom podlegającym obowiązkowi ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego swobodny wybór kasy chorych. Dzięki temu kasy zmuszono do konkurencji o ubezpieczonych. Jednakże w celu zapobieżenia dobieraniu przez nie członków młodych, zdrowych i majątnych, a także, aby zrównać szanse wszystkich kas, wprowadzono system wyrównania finansowego. Chodzi głównie o to, aby żadna z kas nie była w lepszym położeniu tylko z powodu lepszej struktury ryzyka swoich ubezpieczonych.

Wyrównanie finansowe niweluje również różnice wynikające z ubezpieczenia grup ludności o różnych dochodach, podlegających naliczaniu składek oraz z ubezpieczenia bezskładkowego niepracujących członków rodziny. Wszystko po to, aby zniechęcić kasy do polityki *spijania śmietanki* (ang. *cream skimming*) i negatywnej selekcji osób starszych, biedniejszych i mających na utrzymaniu rodziny. W 2006 r. w ramach mechanizmu wyrównania finansowego między

„ Ustawowe kasy chorych są zobowiązane oferować swoim członkom identyczne tzw. świadczenia zasadnicze (ok. 95 proc. wszystkich świadczeń). Ich katalog uzgadniają wraz z lekarzami, szpitalami i Komisją Państwową G-BA (niem. *Gemeinsamer Bundesausschuss*) ”

kasami chorych transferom uległo 15,1 mld euro (dla porównania w 2005 r. – 14,9 mld euro).

Kwoty wyrównania finansowego zapewne jeszcze się zwiększą po całkowitej reformie systemu, która rozpoczęła się w 2007 r. (*GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz*). Zdecydowano się bowiem na istotne zmiany w funkcjonowaniu systemu wyrównania między kasami. Począwszy od 1 stycznia 2009 r., z wprowadzeniem Funduszu Zdrowia (niem. *Gesundheitsfond*), wszyscy ubezpieczeni będą płacić jednakową (liczoną w procentach dochodów)

Klucz zmniejszania kosztów

Niemiecki system ubezpieczeń zdrowotnych to konglomerat publiczno-prywatny zarówno jeśli chodzi o źródła finansowania, jak i podmioty świadczące usługi. Podstawą jego budżetu jest ustawowe ubezpieczenie chorobowe. Niemcy zajmują czwarte miejsce – po USA, Szwajcarii i Francji – pod względem wydatków na ochronę zdrowia. W 2005 r. przeznaczono na ten cel 10,7 proc. PKB (dla porównania USA – 15,3 proc., Szwajcaria – 11,6 proc., Francja – 11,1 proc. PKB). W 2005 r. w krajach OECD przeciętnie na ochronę zdrowia wydano 9 proc. PKB. Jednakże Niemcy są dopiero na 10. miejscu wśród krajów OECD, jeśli chodzi o koszty ochrony zdrowia *per capita* (w 2005 r. – 3287 dolarów, przy średniej w krajach OECD – 2759 dolarów). W ostatnich 25 latach wszystkie zaawansowane gospodarki światowe próbowały ograniczyć dynamikę wzrostu wydatków zdrowotnych do społecznie akceptowanego poziomu. Państwo niemieckie może być dobrym przykładem skuteczności tych działań. W latach 2000–2005 udało się zmniejszyć średnie roczne tempo wzrostu wydatków na ochronę zdrowia do 1,3 proc. Była to najniższa dynamika w krajach OECD (średnie tempo wzrostu wyniosło aż 4,3 proc.).

„ System dopłat w ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym funkcjonuje od połowy lat 70. Dopłaty wynoszą 10 proc., minimalnie jednak 5 euro, a maksymalnie 10 euro (jednak nie więcej niż koszt przedmiotu bądź świadczenia) ”



„ Po wprowadzeniu reformy niemieckiego systemu ochrony zdrowia ubezpieczonym przysługuje prawo swobodnego wyboru kasy chorych. Dzięki temu kasy zostały zmuszone do konkurowania o klientów ”

składkę na ustawowe ubezpieczenie zdrowotne. Jej wysokość na początku będzie wyliczona tak, aby przewidywane z tego tytułu wpływy oraz dopłaty państwa pokryły planowane wydatki kas chorych. W przyszłości konieczne zmiany wysokości składki będą określane w każdym roku do 1 listopada i zaczną obowiązywać 1 stycznia następnego roku. Składka zostanie podwyższona, np. jeśli przewidywane wpływy funduszu zdrowia nie pokryją co najmniej 95 proc. wydatków poniesionych w roku poprzednim.

Powszechna równość

Dzięki jednolitemu finansowaniu przez Fundusz Zdrowia wszystkich kas chorych zostanie zlikwidowany podział na kasy-płatników i kasy-beneficjentów. Kasa otrzyma z Funduszu Zdrowia składkę ryczałtową, a także dopłaty i potrącenia w celu wyrównania potrzeb ubezpieczenia medycznego ubezpieczonych z uwagi na ich wiek, płeć i rodzaj choroby. Ponadto koszty związane z najcięższymi i kosztocłonnymi chronicznymi chorobami (50–80 proc.) będą refundowane dzięki tzw. dodatkom chorobowym. Mają one przysługiwać kasie wtedy, gdy przeciętne wydatki na ubezpieczonego we wszystkich kasach chorych są wyższe o 50 proc. od przeciętnych wydatków na świadczenia zdrowotne na jednego ubezpieczonego. Dzięki takiemu rozwiązaniu kasy chorych z ponadprzeciętną liczbą ubezpieczonych wymagających kosztownego leczenia nie powinny już być w niekorzystnej sytuacji finansowej. Taki podział funduszy ma być wyrazem solidarności społeczności ubezpieczonych.

Na pokrycie zabezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonych – obok wpływów z Funduszu Zdrowia – zostaną w przyszłości postawione do dyspozycji kasy chorych środki na pokrycie średnich kosztów administracyjnych oraz innych kosztów związanych z ich funkcjonowaniem. Dzięki temu kasy chorych otrzymają 100-procentowe pokrycie kosztów bieżących.

Nowy system finansowania ma sprawić, że zarządzanie kosztami kas chorych stanie się przejrzystsze. Gospodarniejsze będą mogły przyznać swoim klientom np. ulgi finansowe, zaś źle zarządzane zostaną zmuszone do obciążenia ubezpieczonych dodatkową składką (nie będzie ona mogła jednak przekroczyć 1 proc. podstawy wyliczenia wymiaru składki). Konkurencja, którą wymusiło wprowadzenie nowych przepisów, sprawi, że kasy zaczną stosować różne instrumenty w celu uniknięcia wprowadzenia dodatkowej składki, np. oferując różne taryfy.

Autorka jest uczestniczką seminarium doktoranckiego w Centrum Studiów Niemieckich i Europejskich im. Willy Brandta, zajmuje się badaniem efektywności systemów zdrowotnych – polskiego i niemieckiego; zawodowo związana z Narodowym Funduszem Zdrowia – jest zastępcą dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ds. ekonomiczno-finansowych.