

Reforma służby zdrowia w Niemczech – jedynie modyfikacja czy zmierzch systemu kas chorych?

Począwszy od kwietnia 2007 r. rozpoczęła się w Niemczech długo zapowiadana głęboka reforma służby zdrowia. Jej sztandarowe przedsięwzięcie ma stanowić pomysł objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich obywateli oraz zapowiedź utworzenia w ciągu dwóch lat centralnego funduszu zdrowia finansowanego ze środków pochodzących zarówno z budżetu państwa, jak i składek ubezpieczonych. W tym kontekście powstaje pytanie jakie to czynniki przesądziły o podjęciu reformy i czy oznacza ona rozpoczęcie procesu odchodzenia od systemu kas chorych w Niemczech. Kwestia jest tym bardziej interesująca, bowiem Niemcy dotąd uważane były za kraj posiadający jedną z najlepszych w świecie opiekę medyczną, a system kas chorych stanowił pewien wzorcowy model organizacji opieki zdrowotnej z powodzeniem odwzorowywany w wielu krajach o gospodarce rynkowej (określany modelem Bismarcka bądź powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych).

Idea powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech

Punktem wyjścia dla organizacji ochrony zdrowia w modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (model Bismarcka) jest idea zabezpieczenia obywateli przed niezawinionymi skutkami nieprzewidzianych zdarzeń losowych, niosących negatywne skutki dla ich zdrowia. Koncepcja jego organizacji opiera się zatem na kategorii choroby, rozumianej jako swoistego rodzaju ryzyka społecznego. Zgodnie z zasadą solidaryzmu, ryzyko to jest rozkładane na całe społeczeństwo w drodze powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń. Model powszechnych ubezpieczeń w zasadniczym zakresie koncentruje się na pracownikach najemnych. Stanowią oni szczególnie wrażliwą grupę społeczną, u której ryzyko choroby powiązane jest z możliwością utraty dochodów, i tym samym może stanowić zagrożenie dla ich egzystencji. Rozpatrywany model zakłada istnienie przymusu ubezpieczania się w pewnym zakresie podstawowym, natomiast nie wyklucza możliwości korzystania z dobrowolnych ubezpieczeń, w celu otrzymywania ponadstandardowych świadczeń.

Funkcjonowanie ochrony zdrowia ma charakter zdecentralizowany. Państwo tworzy prawne ramy dla funkcjonowania wielu autonomicznych podmiotów, wśród których zasadnicza rola przypada funduszom ubezpieczeniowym. Są one tworzone przez wyspecjalizowane instytucje ubezpieczeniowe (kasy chorych) i grupują ubezpieczonych w oparciu o zasadę konkurencyjności. Mimo, że ubezpieczenia mają charakter powszechny i obowiązkowy, to sama przynależność do konkretnego funduszu ma charakter dobrowolny. Przeważnie jest ona jednak zdeterminowana posiadaniem przez ubezpieczonych pewnych cech charakterystycznych, najczęściej wynikających z wykonywania danego zawodu (stąd model często określany jest mianem ubezpieczenia pracowniczego). Z zasady powszechności wynika natomiast nakaz obejmowania ubezpieczeniem przez kasy chorych wszystkich chętnych, spełniających co najwyżej ogólnie określone kryteria. Nie mogą być jednak one formułowane w sposób, który umożliwiałby dokonywanie selekcji ubezpieczonych pod kątem ryzyka choroby.

Zakres podmiotów objętych ubezpieczeniami jest szeroki i w zasadzie obejmuje wszystkie osoby czynne zawodowo oraz ich rodziny. Jedynie osoby osiągające wysokie dochody (przekraczające ok. 48 tys. euro rocznie) są zwolnione z obowiązku ubezpieczania się. Źródłem finansowania opieki zdrowotnej są fundusze ubezpieczeniowe gromadzone ze składek. Obywatele są obowiązani do uczestnictwa w powszechnych ubezpieczeniach poprzez wnoszenie obowiązkowych opłat - składek ubezpieczeniowych (z reguły są one opłacane solidarnie z pracodawcami). W działalności instytucji ubezpieczeniowych obowiązuje zasada równoważenia przychodów pochodzących ze składek z wydatkami na świadczenia zdrowotne. W zamian, ubezpieczeni nabywają prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych z funduszu ubezpieczeniowego, którego są członkami. Świadczenia obejmują koszty leczenia oraz rekompensatę zarobków utraconych z powodu choroby. Ubezpieczonym gwarantuje się dostęp do podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych, w tym także zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny.

Problemy funkcjonowania systemu kas chorych w Niemczech

Mimo niewątpliwych sukcesów omawiany model organizacji ochrony zdrowia współcześnie doznaje trojakiemu rodzaju zakłóceń, wynikających z:

- natury modelu,
- zachwiania mikroekonomicznej równowagi instytucji ubezpieczeniowych,
- zróżnicowania jakości opieki zdrowotnej.

Pierwsze z wymienionych zakłóceń wynikają z uwarunkowań o charakterze społecznym, ściśle wiążących się z podstawowymi założeniami modelu. Kluczowa w nim rola przypada pracownikom najemnym, którzy wraz z pracodawcami w zasadniczym stopniu finansują ochronę zdrowia oraz stanowią główną grupę podmiotów objętych opieką zdrowotną. Tym samym, wszelkie zmiany zachodzące w strukturze społecznej negatywnie oddziałujące z jednej strony na liczbę zatrudnionych, z drugiej zaś na jakość relacji łączących zatrudnionych z osobami im bliskimi, niosą ze sobą niekorzystne skutki dla systemu powszechnych ubezpieczeń. W tym kontekście, zasadnicze znaczenie należy przypisać zjawisku wykluczenia społecznego oraz rosnącej liczbie osób pozbawionych relacji rodzinnych z zatrudnionymi. Ponadto, wskutek zachodzących procesów społecznych istotne problemy stwarzają: bezrobocie, rozwody oraz rozpad tradycyjnej rodziny. Wymienione czynniki powodują kurczenie się naturalnej „bazy” ubezpieczeń społecznych, jaką stanowią pracownicy najemni, a jednocześnie skutkują pojawianiem się licznych grup ludności nie spełniających podstawowych warunków uczestnictwa w ubezpieczeniach zdrowotnych.

Kolejną grupę zakłóceń wprowadzają czynniki negatywnie oddziałujące na kondycję instytucji ubezpieczeniowych (kas chorych) stanowiących zasadniczy element modelu. Jak zaznaczono, ich funkcjonowanie oparte jest na zasadzie równoważenia przychodów pochodzących ze składek z wydatkami na świadczenia zdrowotne. Z tego punktu widzenia, istotne znaczenie posiada zapewnienie właściwych relacji między ogólną liczbą ubezpieczonych i wielkością wnoszonych przez nich składek z jednej strony, a liczbą korzystających z opieki i wartością udzielanych świadczeń, z drugiej. Należy wskazać na dwa zasadnicze czynniki przyczyniające się do destabilizacji równowagi modelu, wiążące się z: zachodzącymi procesami demograficznymi oraz ewolucją rynku pracy. W wyniku wydłużania się przeciętnej długości życia ludzkiego oraz ujemnego przyrostu naturalnego w krajach rozwiniętych dochodzi do zjawiska starzenia się społeczeństw. Oznacza ono zmianę proporcji ludności na rzecz ludzi starszych, którzy nie tylko nie tylko nie wnoszą składek ubezpieczeniowych (lub wnoszą je w relatywnie mniejszym zakresie), ale równocześnie intensywnie korzystają z opieki zdrowotnej. Ponadto, zmiany zachodzące na rynku pracy

powodują, że ubywa miejsc pracy w zawodach tradycyjnie wykonywanych przez pracowników najemnych. Zwiększająca się przy tym liczba osób wykonujących wolne zawody oraz nasilające się zjawiska elastycznego zatrudnienia, powodują wypieranie zwyczajowych stosunków pracy (wykonywanej na etatach). Powoduje to spadek liczby osób należących do kas chorych, tradycyjnie grupujących ubezpieczonych należących do określonych branż gospodarczych oraz zmniejszenie w nich udziału osób aktywnych zawodowo. Wymienione czynniki, wraz ze wzrostem cen świadczeń zdrowotnych powodują, że znaczna liczba kas chorych znajduje się w trwałej nierównowadze finansowej (są strukturalnie deficytowe).

Istotną wadą modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych jest to, że cechuje go znaczna nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej i zróżnicowanie jakości otrzymywanych świadczeń. Podstawowy wyznacznik możliwości zapewnienia odpowiedniego poziomu świadczeń dla ubezpieczonych stanowi kondycja finansowa kas chorych. Konsekwencją istnienia różnic między kasami chorych w zakresie wielkości przychodów, jest rzeczywista nierówność ubezpieczonych w dostępie do opieki zdrowotnej. Następuje uzależnienie poziomu opieki zdrowotnej od przynależności do konkretnego funduszu ubezpieczeniowego. Rozpatrując zagadnienie w szerszej perspektywie, można stwierdzić, że wyznacznik poziomu opieki zdrowotnej dla danej osoby, stanowi jej pozycja społeczna i zawodowa, determinująca przynależność do konkretnej kasy chorych.

Szacuje się, że ok. 88% Niemców objętych jest ubezpieczeniami w publicznych kasach chorych, a ok. 9% jest objęty ubezpieczeniami prywatnymi. Mimo deklarowanej zasady powszechnych ubezpieczeń okazuje się, że w Niemczech według różnych szacunków ok. 600 tys. osób nie jest w ogóle ubezpieczonych. Grupę tę stanowią w zdecydowanej większości właściciele zbankrutowanych firm, którzy zostali usunięci z prywatnych kas z powodu nieuiszczania składek zdrowotnych. Systematycznie spada liczba kas chorych, których liczba wynosi ok. 250, podczas gdy jeszcze w latach 90. było ich dwukrotnie więcej.

Należy zaznaczyć, że opieka zdrowotna w Niemczech stanowi istotne obciążenie dla finansów publicznych. Na wydatki zdrowotne przeznaczają się blisko 11% PKB, co stanowi 2,5 punktów procentowych więcej niż średnio w krajach OECD. Jednocześnie procesy konsolidacyjne nie uchroniły kas przed koniecznością popadania w coraz większe uzależnienie od państwowych dotacji, które obecnie wynoszą ok. 2,5 mld euro rocznie. Szacuje się, że dopłaty do systemu kas chorych do 2016 r. osiągną poziom 14 mld euro.

Cele reformy służby zdrowia w Niemczech

Należy wskazać następujące zasadnicze reformy:

- zapewnienie długookresowej stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia,
- sprawiedliwe rozłożenie kosztów opieki zdrowotnej,
- ograniczenie obciążeń (kosztów) pracy przy wzmocnieniu konkurencyjności gospodarki.

Zasadniczym zadaniem mającego powstać centralnego funduszu zdrowia będzie promowanie konkurencji między ubezpieczycielami. W tym celu zmienione zostaną zasady dotacji do kas chorych, które odtąd na zasadzie kapitacyjnej będą otrzymywać uśrednione kwoty przypadające na każdego ubezpieczonego, wraz z odpowiednim dodatkiem z tytułu ryzyka zdrowotnego. Tym samym ubezpieczyciele posiadający wyższe od przeciętnych koszty świadczeń zdrowotnych, zostaną zmuszeni do wypracowania we własnym zakresie brakujących kwot. W przypadku deficytu będą co prawda mieli możliwość obciążania ubezpieczonych dodatkowymi dopłatami, jednak w początkowym okresie nie będą mogły one przekroczyć w sumie 1% globalnych dochodów ubezpieczyciela. Wdrożenie opisanych

rozwiązań, wraz z zapewnieniem większej swobody wyboru ubezpieczycieli mają zapewnić większą efektywność systemu i stanowić zachętę do podejmowania działań na rzecz wdrażania innowacji.

Ubezpieczenia zdrowotne mają objąć wszystkich obywateli. Osoby, które utraciły ubezpieczenie zdrowotne będą miały zagwarantowany i ułatwiony dostęp (powrót) do systemu kas chorych. Opieka zdrowotna dla dzieci w całości ma być finansowana z budżetu państwa (na ten cel przewidziano 1,5 mld euro już w 2008 r., a od kolejnego roku ma zostać podwojona).

Istotnym założeniem realizowanej reformy jest chęć stopniowego odseparowania wydatków zdrowotnych od kosztów pracy. Dotychczas składki zdrowotne w znakomitej większości przypadków (ubezpieczeń obowiązkowych) obciążały płace pracowników najemnych, które jak wykazano są coraz mniej wydajnym źródłem dochodów instytucji zdrowotnych. Reforma zakłada finansowanie służby zdrowia poprzez powiązanie składek ubezpieczeniowych z podatkami dochodowymi. W konsekwencji ma spowodować wzrost środków finansowych w systemie ochrony zdrowia poprzez wpływy podatkowe, przy jednoczesnym obniżeniu pozostałych kosztów zatrudnienia. Tym samym zakłada się, że nastąpi uniezależnienie poziomu finansowania opieki zdrowotnej od liczby ubezpieczonych, a jednocześnie spadek obciążeń płac przyczyni się do wzrostu konkurencyjności gospodarki. Należy dodać, że uczyniono pierwszy krok w tym kierunku, poprzez obniżenie ubezpieczeniowej składki od bezrobocia (spadek z 6,5% podstawy wymiaru do poziomu 4,5%), w zamian za podwyżkę stawek VATu.

Ocena reformy oraz perspektywa systemu kas chorych

Wydaje się, że wdrażane w ramach reformy rozwiązania stanowią jedynie pierwsze kroki na drodze do głębokich przemian strukturalnych służby zdrowia. Kierunek zmian należy uznać za słuszny, w szczególności w kontekście globalnych wyzwań niemieckiej gospodarki. Z pewnością reforma powinna przyczynić się do spowolnienia wzrostu wydatków zdrowotnych, przy jednoczesnym zwiększeniu konkurencyjności w ochronie zdrowia. Prawdopodobnie jednak założenie utrzymania w średnim okresie czasu całkowitych obciążeń fiskalnych na dotychczasowym poziomie będzie trudne do realizacji.

Reforma oznacza dążenie do rzeczywistej istotnej zmiany dotychczasowego systemu kas chorych. Należy sądzić, że w najbliższej przyszłości może dojść do przyspieszonej konsolidacji sektora opieki zdrowotnej. Kasy chorych co prawda przetrwają, ale istotnie osłabnie ich pozycja w systemie zdrowotnym (jako konsekwencja centralizacji finansowania). Tym samym dojdzie do zasadniczych zmian jakościowych w systemie ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech. O tym jaki będzie ich charakter nie można w tej chwili jednoznacznie przesądzać. Należy mieć świadomość, że tak naprawdę o kształcie opieki zdrowotnej w przyszłości w większym stopniu zadecydują czynniki demograficzne, zachodzące procesy społeczne czy postęp w medycynie niż najśmielsze deklaracje polityków.

Na razie reforma budzi spore obawy obywateli przed podwyżkami składek ubezpieczeniowych. W przypadku deficytów kasy w większym zakresie będą musiały sięgnąć do kieszeni członków. Wydaje się, że wdrażana reforma stanowi swoisty kompromis między głównymi aktorami rynku usług zdrowotnych: kasami chorych, przemysłem farmaceutycznym i środowiskami medycznymi (które przeciwko reformie występowały najostreż). Kompromis zawierany pod presją uwarunkowań zewnętrznych, w szczególności troski o stan finansów publicznych.