

JÜRGEN ZERCHE

UBEZPIECZENIE CHOROBY W REPUBLICIE FEDERALNEJ NIEMIEC I REFORMY Z ROKU 1989 I 1993

I. WPROWADZENIE

Zadaniem ubezpieczenia chorobowego jest pokrycie ryzyk, których jednostka nie mogłaby ponieść w przypadku choroby: utraty dochodów, kosztów leczenia, pobytu w szpitalu, leków i innych.

System zabezpieczenia społecznego Republiki Federalnej Niemiec wywodzi się z ustawodawstwa bismarckowskiego. "Ustawa o ubezpieczeniu chorobowym robotników" z 15 VI 1883 r. stała się podstawą rozwoju systemu opieki zdrowotnej do dnia dzisiejszego. Ustawowe ubezpieczenie chorobowe jest najstarszą gałęzią ubezpieczenia społecznego¹.

Przynależność do ustawowego ubezpieczenia chorobowego jest dla większości ludności obowiązkowa. 86,2 procent objętych jest tym ubezpieczeniem jako opłacający składki bądź jako członkowie rodziny. 13,6 procent posiada ubezpieczenie prywatne lub inne i tylko 0,2 procent nie posiada żadnego ubezpieczenia chorobowego. Tak więc już ze względu na swój zasięg, ustawowe ubezpieczenie chorobowe wywiera decydujący wpływ na cały system opieki zdrowotnej w Republice Federalnej — na standardy leczenia, na poziom opieki, na stosunki między świadczeniobiorcami i tymi, którzy dostarczają tych usług, a także na warunki, w jakich muszą pracować świadczący usługi².

Zawarty w tym artykule opis ogólnych struktur ustawowego ubezpieczenia chorobowego w Republice Federalnej Niemiec zmierzać będzie do przedstawienia ważniejszych problemów opieki zdrowotnej. Ustawa o reformie opieki zdrowotnej z roku 1989 jest analizowana ze względu na jej efekty głównie na przykładzie sektora farmaceutycznego, gdyż właśnie jego, wraz z wprowadzeniem stałych kwot, w największym stopniu dotyczyła reorganizacja publicznej opieki zdrowotnej w Republice Federalnej Niemiec.

Na zakończenie przedstawione zostaną zarysy ustawy o strukturze opieki zdrowotnej z 1993 r., a szczególnie omówione zostaną zawarte w ustawie potencjalne możliwości rozwiązania problemów opieki zdrowotnej w Republice Federalnej Niemiec.

¹ Por. J. Zerclie, *Das Gesundheitssicherungssystem der Bundesrepublik*, Regensburg 1988, s. 1; J. Zerche, *Statutory Health Care Provision in the Federal Republic of Germany*, London 1987, s. 1.

² Por. *Daten des Gesundheitswesens, Bundesminister für Gesundheit*, wydanie 1991, Baden-Baden 1991, s. 29.

II. ORGANIZACJA I STRUKTURA

A. Kasy chorych

W ramach systemu opieki zdrowotnej istnieje wiele pojedynczych kas. Ubezpieczenie chorobowe prowadzone jest przez ponad 1.100 organizacji, które są osobami prawnymi prawa publicznego, niezależnymi organizacyjnie i finansowo. Różnią się one między sobą zarówno pod względem składu, jak i liczby członków — w starych krajach związkowych od 45.000 (morska kasa chorych) do 16,5 mln członków (wszystkie ogólne miejscowe kasy chorych), a w nowych krajach związkowych od 9.300 (morska kasa chorych) do 6,6 mln (ogólne miejscowe kasy chorych).

Wydatki kas są zróżnicowane w zależności od stosunku między członkami opłacającymi składki a objętymi ubezpieczeniem członkami rodziny, rencistami, studentami i innymi opłacającymi niewysokie składki. Odpowiednio zróżnicowane są też stawki składek w poszczególnych kasach chorych i ich rodzajach. Istnieją następujące rodzaje kas chorych (w nawiasach: nowe kraje związkowe):

257 (13) ogólnych miejscowych kas chorych, które jako ogólne ubezpieczenia chorobowe mają najwięcej członków;

672 (157) zakładowe kasy chorych, które zostały utworzone w większych zakładach pracy i jest ich najwięcej;

145 (31) cechowych kas chorych, w których ubezpieczeni są samodzielni rzemieślnicy i ich pracownicy;

19 (3) rolniczych kas chorych, w których ubezpieczeni są samodzielnie gospodarujący rolnicy, członkowie ich rodzin i rolnicy na emeryturze; pracownicy zatrudnieni w rolnictwie ubezpieczeni są w ogólnych miejscowych kasach chorych;

1 (1) morska kasa chorych dla marynarzy;

1 (1) bractwo federalne dla górników;

8 (5) zastępczych kas chorych dla robotników i

7 (6) zastępczych kas chorych dla pracowników umysłowych³.

Zdecydowanie najważniejszą częścią systemu jest sieć ogólnych miejscowych kas chorych, które obejmują wszystkich ubezpieczonych obowiązkowo, którzy nie mogą kwalifikować się do członkostwa w innej z wymienionych kas. Około 42 (58) procent wszystkich ubezpieczonych stanowią członkowie ogólnych miejscowych kas chorych. Na drugim miejscu znajdują się zastępcze kasy chorych dla pracowników umysłowych które obejmują 35,0 (26,0) procent, wyraźnie wyprzedzające zakładowe kasy chorych — 11,6 (7,5) procent. Pozostałe wymienione kasy są stosunkowo małe⁴.

³ Por. "Bundesarbeitsblatt" 1993 nr 6, s. 107 i nast.

⁴ Por. "Bundesarbeitsblatt" 1993 nr 6, s. 107 i nast., obliczeniu własne.

B. Członkostwo w kasach chorych

Dzisiejszy system ubezpieczenia obowiązkowego jest w zasadzie ukształtowany dla pracowników najemnych, choć sfera ta znacznie rozszerzyła się od utworzenia Republiki Federalnej Niemiec w roku 1949. Robotnicy, dla których ten system został pierwotnie stworzony, do roku 1989 musieli się ubezpieczać niezależnie od wysokości swoich dochodów. Pracownicy umysłowi byli wówczas zwolnieni z obowiązku ubezpieczenia, gdy ich dochód przekraczał 75% granicy wymiaru składki w ubezpieczeniu rentowym. Granica wymiaru składki była podnoszona co roku według przeciętnych dochodów i wzrosła z 42.300 DM rocznie w roku 1982 do 54.800 (47.000) DM rocznie w roku 1993⁵.

Ubezpieczenie chorobowe jest, więc ubezpieczeniem obowiązkowym dla następujących grup ludności: niezdolni do pracy, rolnicy, leśnicy i współpracujący z nimi członkowie rodziny, samodzielnie zarobkujący nie będący pracodawcami i których dochody nie przekraczają granicy wymiaru składki dla pracowników umysłowych, emeryci i renciści, ludzie uczestniczący w programach tworzenia miejsc pracy dla bezrobotnych, studenci, uczący się zawodu, osoby otrzymujące zasiłek lub pomoc dla bezrobotnych oraz młodzi bezrobotni, których rodzice otrzymują zasiłek na dzieci. W roku 1983 do listy tej dołączeni zostali samodzielni twórcy i autorzy⁶.

Można się dobrowolnie ubezpieczyć w ustawowym ubezpieczeniu chorobowym. Możliwość ta dotyczy przede wszystkim ludzi, którzy byli wcześniej ubezpieczeni obowiązkowo, tzn. zazwyczaj osób, których dochody przekroczyły w międzyczasie granicę wymiaru składki. Wybór kasy chorych zależy przy tym od zatrudnienia i statusu, indywidualnych preferencji i względów regionalnych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zależy od tego, czy dana osoba jest ubezpieczona w danej kasie obowiązkowo czy dobrowolnie.

Poza pewnymi wyjątkami, zwłaszcza dotyczącymi bezrobotnych, składka wymierzana jest w procencie od dochodów i opłacana w równych częściach przez ubezpieczonego i jego pracodawcę. Każda kasa, w ramach określonych w ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy procedur i granic, ma prawo sama ustalać swoją stawkę składki. W poszczególnych rodzajach kas w roku 1993 składki wynosiły: 14,1 (13,0) procent w ogólnych miejscowych kasach chorych; 11,8 (11,7) procent w zakładowych kasach chorych; 13,3 (12,2) procent w cechowych kasach chorych; 13,1 (11,9) procent w morskiej kasie chorych; 13,9 (12,8) procent w bractwie federalnym; 12,4 (11,9) procent w kasach zastępczych dla robotników i 13,2 (12,2) w kasach zastępczych dla pracowników umysłowych. Do roku 1978 występowała stała tendencja wzrostu stawek składek. W roku 1980 większość kas chorych udało się obniżyć składki, ale w latach 1981 i 1982 wzrosły one ponownie. Znaczne obniżki nastąpiły w latach 1983 i 1984, co zdawało się wskazywać na skuteczność różnych przedsięwzięć ustawowych, zmierzających do redukcji kosztów. Jednakże w latach 1985 i 1986 były symptomy zahamowania tego korzystnego

⁵ For. "Bundesarbeitsblatt" 1993 nr 6, s. 107 i nast.

⁶ Por. Sozialgesetzbuch (Kodeks socjalny) księga V, paragraf 5 i następne.

trendu⁷. Po zjednoczeniu Niemiec stawki składek wzrosły w związku z tworzeniem kas chorych we wschodnich Niemczech.

C. Samorząd

Ustawowe kasy chorych wykonują swoje zadania na własną odpowiedzialność. Państwo nie ma w zasadzie żadnych bezpośrednich praw do kierowania i wydawania poleceń instytucjom ubezpieczeniowym. Nadzór prawny Federalnego Ministerstwa Pracy i Systemu Socjalnego ogranicza się tylko do kontrolowania zgodności działań z prawem. Ubezpieczeni i ich pracodawcy kontrolują kasy poprzez zgromadzenie przedstawicieli, wybierane co sześć lat. Zgromadzenie ustala wysokość składek i decyduje o tym, jakie powinny zostać zaferowane świadczenia poza minimum określonym ustawowo. Zgromadzenie przedstawicieli wybiera zarząd, a ten powołuje następnie dyrekcję. Tej formy samorządu nie należy jednak uważać za samostanowienie ubezpieczonych — samorząd daje im jedynie możliwość wywierania wpływu na kształt instytucji ubezpieczeniowej i jej świadczeń⁸.

D. Dominacja zasady świadczeń rzeczowych

O ile dawniej w systemie ubezpieczenia chorobowego świadczenia pieniężne przeważały nad rzeczowymi, to stosunek ten coraz bardziej zmieniał się na korzyść świadczeń rzeczowych. Wynika to z jednej strony z postępu techniki medycznej, z drugiej — z kontynuacji wypłaty wynagrodzenia i likwidacji zasiłku chorobowego, który dawniej płacony był za pierwsze sześć tygodni choroby, a obecnie (od roku 1969) ponoszony musi być przez pracodawców⁹.

Dzisiaj przeważają świadczenia rzeczowe. Zgodnie z tą zasadą, ubezpieczony i inne osoby z nim współubezpieczone korzystają w zamian za składki nieodpłatnie z usług medycznych, szpitali, leków itd. bowiem jego kasa opłaca lekarzy, szpitale itd.

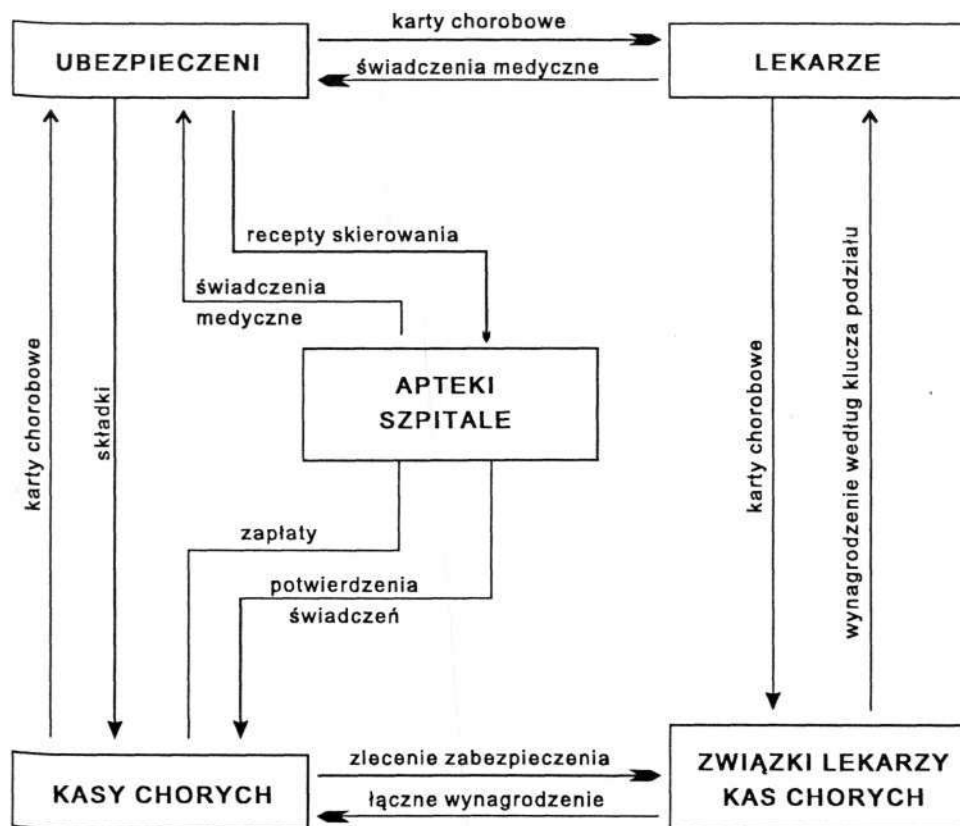
Ubezpieczający zawiera umowy z lekarzami, szpitalami, aptekami itd., które to podmioty kalkulują swoje opłaty stosownie do tych umów. Innymi słowy ubezpieczenie chorobowe udostępnia ubezpieczonym usługi, za które ubezpieczeni nie płacą (nie ma regulacji przez ceny). Przeciwnie jest zasada zwrotu kosztów, według której ubezpieczeni pokrywaliby najpierw wszystkie koszty, a następnie otrzymywaliby ich zwrot z ubezpieczenia. Niebezpieczeństwo takiego rozwiązania polega na tym, że ubezpieczony nie skorzysta sam z potrzebnych usług, ponieważ musi za nie najpierw zapłacić. Natomiast przy zasadzie świadczeń rzeczowych zakres i rodzaj świadczeń określone są na pierwszy rzut oka o wiele mocniej przez prawdziwe potrzeby ubezpieczonego. Świadczenia rzeczowe muszą być odpowiednie

⁷ For. "Bundesarbeitsblatt" 1993 nr 6, s. 108 i nast.

⁸ Por. J. Zerche, *Das Gesundheitssystem...*, op. cit., s. 11 i nast.

⁹ Por. R. Neuhaus, *Social Security. How it works in the Federal Republic of Germany*, Bonn 1978, s. 65.

i stosowne, ale nie powinny przekraczać tego, co konieczne czy być nieekonomiczne¹⁰.



Rys. 1. System ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki medycznej w Republice Federalnej Niemiec

Źródło: J. Zerche: *Statutory Health Care Provision in the Federal Republic of Germany*, London, Rugby 1987, s. 27.

Ze względu na to, że pacjenci nie dysponują zazwyczaj wiedzą medyczną ani nie posiadają znacznego doświadczenia, aby chcieć określonego leczenia, to lekarz kasy chorych decyduje przy zasadzie kosztów rzeczowych o tym, jakie zastosować czy przepisać leczenie. Lekarze określają nie tylko rodzaj i zakres leczenia, które sami aplikują; decydują oni także o rozmiarach i strukturze całości świadczeń leczniczych poprzez recepty i skierowania¹¹.

¹⁰ Por. G. Bäcker, R. Bispinck, K. Hofmann, G. Naegle, *Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland*, tom 2, wyd. 2, Köln 1989, s. 85 i nast.

¹¹ Por. J. Zerche, *Statutory Health Care Provision...*, op. cit., s. 12.

III. KOSZTY

Jednym z największych problemów ustawowego ubezpieczenia chorobowego w Republice Federalnej Niemiec są rosnące od roku 1950 koszty. W roku 1991 wydano na ubezpieczenie chorobowe ponad 150 miliardów DM (tylko w Niemczech Zachodnich). Z tego za usługi lekarzy musiano zapłacić 27 mld DM, za usługi dentystów 9 mld DM, prawie 25 mld DM za lekarstwa, medyczne środki lecznicze i pomocnicze, 5,6 mld DM za protezy dentystyczne i prawie 49 mld DM za leczenie szpitalne. Oznacza to więc ponad sześciokrotny wzrost kosztów w stosunku do roku 1970, gdy ubezpieczenie chorobowe kosztowało prawie 24 mld DM. W relacji do produktu społecznego brutto koszty wzrosły od roku 1970, gdy ubezpieczenie chorobowe stanowiło około 3,5 procent, do 5,8 procent. Od roku 1970 najbardziej, o 8,2 razy, wzrosły koszty opieki szpitalnej. Kolejne miejsce zajmują koszty protez dentystycznych, które wzrosły o 6,8 razy. Koszty lekarstw, medycznych środków leczniczych i pomocniczych wzrosły od roku 1970 sześciokrotnie. Najmniejszy wzrost odnotowały koszty usług dentystów (o 5,3 razy) i lekarzy (o 4,9 razy)¹².

Jest wiele przyczyn tego zjawiska, które w literaturze z zakresu ekonomiki zdrowia określane jest często jako "eksplozja kosztów". Najważniejszą jest przy tym wzrost płac osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej. Tę samą tendencję można zaobserwować także w odniesieniu do cen lekarstw: według danych zebranych przez Wspólnotę Europejską, ceny wyrobów farmaceutycznych są w RFN najwyższe spośród państw europejskich. To samo dotyczy cen medycznych środków leczniczych i pomocniczych. Kolejną przyczyną wiąże się z rozwojem demograficznym: wzrostem relacji ludzi starszych (powyżej 60 lat) do młodszych (poniżej 20 lat). Wydatki wzrosły także wskutek doskonalszych metod diagnozowania i leczenia, nowych środków leczniczych, ogólnie — postępu techniki medycznej itd¹³.

Główną przyczyną ekspansji kosztów jest brak mechanizmów, gwarantujących w opiece zdrowotnej skuteczność i efektywność¹⁴. Zasada kosztów rzeczowych może — w kategoriach ekonomicznych — prowadzić do nadmiernego popytu na dobra medyczne, ponieważ nie istnieje regulacja cenowa popytu ze strony ubezpieczonych. Ponadto stosowana w wynagradzaniu lekarzy w Republice Federalnej zasada "wynagrodzenia za pojedyncze świadczenie", według którego płaci się stałą kwotę za każdą małą część danego leczenia zawiera bodziec (i możliwość) dla lekarzy i innych świadczących usługi do decydowania nie tylko o ilości i jakości podaży, ale również o popycie (polipragmazja)¹⁵.

¹² Por. *Statistisches Taschenbuch 1992, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1992, tab. 8.2 i 1.1.*

¹³ Por. H. Lampport, *Lehrbuch der Sozialpolitik*, wyd. 2, Berlin i in. 1991, s. 204. Dobry przegląd znajduje się także w: J. Frerich, *Sozialpolitik. Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland*, wyd. 2, München-Wien 1990, s. 429 i nast.

¹⁴ Dla przykładu Knappe analizuje tezę, że braki z zakresu sterowania w ustawowym ubezpieczeniu chorobowym same przez się i automatycznie prowadzą do "eksplozji kosztów". Por. E. Knappe, *Ausgabenexplosion im Gesundheitssektor: Folge einer ordnungspolitischen Fehl Steuerung*. W: *Zukunftsprobleme der Sozialen Marktwirtschaft*, red. O. Issing, Berlin 1991, s. 499 - 528.

¹⁵ Por. K. J. Arrow, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, "American Economic Review" 53 (1963) nr 5, s. 9G1 i nast.; Por. A. Maynard, *Pricing, insurance and the National Health Service*, "Journal of Social Policy" 8 (1979) nr 2, s. 158 i nast.

IV. USTAWA O REFORMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ Z ROKU 1989

W systemie narodowego ubezpieczenia chorobowego brakuje mechanizmów kontrolnych, ponieważ osoba ubezpieczona otrzymuje opiekę zdrowotną "za darmo"; można więc przyjąć, że próbuje ona maksymalizować popyt na świadczenia lecznicze. Odnośnie do popytu można tu zaobserwować zachowania, które dają się sklasyfikować jako mentalność pasażera na gapę lub hazard moralny. W połączeniu z polipragmatyzmą lekarzy możemy zaobserwować zniekształconą alokację ograniczonych zasobów w ramach sektora opieki zdrowotnej. Należy więc zbadać, czy braki te zostały ograniczone przez ustawę o reformie opieki zdrowotnej z 1989 roku.

A. Sektor wyrobów farmaceutycznych (łącznie ze środkami leczniczo-pomocniczymi)

Udział wydatków na lekarstwa, środki lecznicze i protezy dentystyczne wzrósł z 15,2 procent w roku 1960 do 21,2 procent w roku 1970, 23,7 procent w roku 1980, a następnie ponownie spadł do 19,8 procent. W okresie od 1970 do 1991 roku zmniejszył się udział wydatków na usługi lekarzy i dentystów z 30,1 procent do 23,6 procent. Wzrósł natomiast, udział w ogólnych wydatkach ustawowego ubezpieczenia chorobowego wydatków na opiekę szpitalną z 25,2 procent w roku 1970 do 32,4 procent w roku 1991. Wydatki na leki, środki lecznicze i protetykę należały więc, obok kosztów leczenia szpitalnego, do dziedzin ubezpieczenia chorobowego, w których koszty wzrastały najbardziej dynamicznie¹⁶.

Niedostatek kontroli w sektorze farmaceutycznym można wyjaśnić tym, że pacjent musi zapłacić za każdą receptę tylko niewielką kwotę, natomiast całe koszty leków obciążają system ubezpieczenia chorobowego. Ze względu na to, że nie ma w tym sektorze regulacji ekonomicznych, lekarze przepisujący lekarstwa w tym sektorze, jak i w szpitalach, mają tendencję do zwiększania podaży dla pacjenta. Znaczenie tej tendencji zwiększa jeszcze fakt, że konkurencja na rynku farmaceutyków i na rynku bardzo drogich urządzeń z zakresu techniki medycznej nie wywiera regulującego wpływu na ceny, ze względu na takie niedoskonałości rynku, jak heterogeniczność produktów, brak przejrzystości rynku i struktury oligopolistyczne¹⁷.

Głównym punktem ustawy o reformie opieki zdrowotnej z 1989 roku było wprowadzenie stałych kwot na leki. Federalna Komisja Lekarzy i Kas Chorych określa najpierw, dla jakich lekarstw mogą zostać wprowadzone stałe kwoty. Obowiązuje przy tym podział lekarstw na trzy grupy: pierwsza obejmuje leki z tymi samymi składnikami, druga — leki z porównywalnymi farmakologiczno-terapeutycznie składnikami, szczególnie ze składnikami

¹⁶ Por. *Statistisches Taschenbuch 1992, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1992*, tab. 8.2.

¹⁷ Por. H. Lampert, *Verfassung und Struktur der Märkte für Gesundheitsgüter als Problem und Aufgabenbereich der Gesundheitsökonomik*. W: *Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen*, red. G. Gäfgen, H. Lampert, Gerungen 1982, s. 291 i nast.; B. Molitor, *Sozialpolitik auf dem Prüfstand*, Hamburg 1976, s. 73.

pokrewnymi chemicznie, trzecia — leki o porównywalnym farmakologiczno-terapeutycznie działaniu, szczególnie kombinacje leków¹⁸.

Centralne zrzeczenia kas chorych w Republice Federalnej Niemiec ustalają jednolicie każdorazowe stałe kwoty w oparciu o rachunkowe dawki dzienne lub jednorazowe lub inne stosowne wielkości porównawcze. Mogą one również ustalać znormalizowane kwoty stałe. Przy określaniu tych kwot stałych, centralne zrzeczenia są zobowiązane do uwzględniania najkorzystniejszej ceny sprzedaży w aptekach. Musi być przy tym zapewniony odpowiedni wybór wyrobów medycznych dla każdego rodzaju terapii. Kwoty stałe należy rewidować przynajmniej raz do roku. W odpowiednich odstępach czasu powinny one być dostosowywane do zmienionej sytuacji na rynku.

U podłoża koncepcji stałych kwot leży idea, aby stworzyć po stronie podaży konkurencję i bodźce, które następnie same wywierają nacisk na ceny, przy zachowaniu zasady świadczeń rzeczowych. Gdy dla danego wskazania lekarskiego są różne porównywalne lekarstwa, wówczas stała kwota, gwarantująca że określony wyrób może być przepisany bez dodatkowej kwoty, zmusi być może oferujących najwyższą cenę do jej obniżenia do kwoty stałej. W tej sytuacji można utrzymać zasadę świadczeń rzeczowych oraz uniknąć problematycznego rozróżnienia między świadczeniami podstawowymi i dodatkowymi¹⁹.

W zakresie środków leczniczych i pomocniczych, jeszcze bardziej niż w zakresie lekarstw, koncepcję starych kwot można zastosować do sterowania podażą i popytem tylko wtedy, gdy możliwe jest określenie grupy wyrobów pod względem jakościowym i ilościowym. Należy zapewnić, aby instrument ten nie zmienił starych dopłat w system, w którym normalne stanie się dopłacanie przez pacjenta wyższych czy niższych kwot do recept²⁰.

Jednak dopiero gdy koncepcja stałych kwot rzeczywiście zostanie zrealizowana, może stać się skuteczną metodą wywierania nacisku na aktualne ceny na rynku wyrobów medycznych, który to nacisk zapewni dostęp do rynku dla potencjalnych nowych producentów i utrzymanie jego zdolności do innowacji. Koncepcja ta może w dużym stopniu podnieść jakość, przez tworzenie grup wyrobów i konieczną ocenę pod względem jakościowym i ekonomicznym.

Na koniec należy jednak wspomnieć o kilku ogólnych problemach i granicach koncepcji stałych kwot. Ze względu na to, że możliwość określenia stałej kwoty zależy od porównywalności różnych wyrobów medycznych, można stwierdzić, że tam, gdzie porównanie nie jest możliwe, koncepcja kwoty stałej sama przez się nie ma znaczenia. W przypadku braku punktów odniesienia, jak np. gdy konieczne jest zastosowanie indywidualnych środków ortopedycznych, w przypadku pomocniczych środków leczniczych lub w odniesieniu do małych segmentów rynku z lokalnymi ograniczonymi liczebnie porównywalnymi oferentami, koncepcja stałych kwot nie powiedzie się. W wymienionych dziedzinach koncepcja stałych kwot nie tylko będzie

¹⁸ Por. Sozialgesetzbuch (Kodeks socjalny) księga V, paragraf 35 i następne.

¹⁹ Por. W. Schneider, W. Hartmann-Besche, *Arzneimittelfestbeträge sollen den Preiswettbewerb stärken*, "Bundesarbeitsblatt" 1989 nr 4, s. 17 - 20, tutaj: s. 18.

²⁰ Por. *Struktureform der gesetzlichen Krankenversicherung, Zwischenbericht*, Enquête-Kommission, BT Drs. 11/3267, s. 362 i nast.

nieskuteczna, ale mogłaby ona nawet powodować ujemne skutki z punktu widzenia ochrony zdrowia. Komisja Badawcza o nazwie "Reforma strukturalna ustawowego ubezpieczenia chorobowego" uważa, że stałe kwoty nie są w sumie cennym instrumentem sterowania. Po pierwsze, poruszony jest tylko problem cen (nie jakości), po drugie Komisja oczekuje jedynie — o ile w ogóle — krótkookresowych efektów w zakresie redukcji kosztów²¹.

Reakcja przemysłu farmaceutycznego na wprowadzenie koncepcji stałych kwot polegała na próbie przedstawienia strategii omijania dla nadrobienia powstałego spadku obrotów. Z jednej strony producenci przeszli na "innovacyjne" preparaty, które nie podlegały regulacji poprzez kwoty stałe. Z drugiej strony starali się zmobilizować* opór polityczny przeciwko tworzeniu dalszych grup stałych kwot, przede wszystkim dla preparatów stopnia 2 i stopnia 3. Strategia ta wiąże się przede wszystkim z tym, że w pierwszym rządzie pierwotni producenci reagowali na określenie starych kwot przy pomocy kompensujących wzrostów cen na rynku nie objętym stałymi kwotami²².

B. Inne zmiany

1. DOPLĄTY I ZWROTY SKŁADEK

Ustawa o reformie opieki zdrowotnej z roku 1989 wprowadziła dalsze dopłaty pacjentów do świadczeń opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej, farmaceutycznych środków pomocniczych itd. Ustawa przewidziała następnie zwrot składek dla tych ubezpieczonych, którzy w określonym czasie nie korzystali z żadnej pomocy medycznej. Poniższa tabela zawiera zestawienie dopłat ustalonych w nowej ustawie.

Tabela 2.

Rodzaj leczenia lub usługi medycznej	przed reformą	według ustawy o reformie 1989
lekarstwa bez kwoty stałej	2 DM	3 DM
koszty przejazdu (leczenie stacjonarne)	5 DM	20 DM
koszty przejazdu (leczenie ambulatoryjne)	5 DM	całość
środki lecznicze i pomocnicze	4 DM	10%
dopłata w szpitalu (za dzień)	10 DM	10 DM
protezy dentystyczne z rabatem	—	30 - 50%
protezy dentystyczne bez rabatu	40% ²³	40 - 60% ²⁴
opieka stacjonarna (za dzień)	5 DM	10 DM ²⁵

²¹ Por. *Strukturreform...*, op. cit., s. 319; F. Kneips, *Empfehlungen für eine grundlegende Reform - Der Zwischenbericht der Enquête-Kommission*, "Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung", "Ortskrankenkasse" 70 (1988) nr 24 - 25, s. 69 i nast.

²² Por. H. Paltow, *Der Arzneimittelmarkt: Die Reform bleibt stecken*. W: *Das Gesundheits-Reformgesetz - Eine gescheiterte Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung?*, red. K.-J. Bieback, St. Augustin 1992, s. 87 - 100, tutaj: s. 90 i nast.

²³ Koszty laboratoryjne i materiałowe.

²⁴ Koszty całkowite.

²⁵ Por. N. Badzoing, *Falsch, unsozial und arbeitnehmerfeindlich. Sogenanntes Gesundheits-Reformgesetz belastet Beschäftigte und begünstigt private Versicherungen*, "ÖTV-Magazin" 1989 nr 3, s. 12 i nast.

Wprowadzenie obowiązku dopłat pacjentów oprócz ich ogólnych składek może przynieść dwa główne efekty. Po pierwsze, możliwe jest ograniczenie opisanej powyżej tendencji do nadmiernego popytu ze strony pacjenta (hazardu moralnego lub mentalności pasażera na gapę). W częściach niektórych sektorów, jak np. pomocy dentystycznej, może zostać ograniczony niedostatek sterowania, w związku z zastosowaniem pewnego rodzaju regulacji cenowej²⁶. Zasadniczo jednak, wskutek polipragmatyzacji i możliwości określania popytu przez lekarzy, zmiany te nie dadzą żadnych rezultatów²⁷. Po drugie, możliwe jest osłabienie zasady solidaryzmu w ramach ustawowego ubezpieczenia chorobowego w Republice Federalnej Niemiec.

Chorzy ludzie muszą teraz, oprócz wnoszonych co miesiąc składek, ponosić koszty swojego leczenia itd. Koszt ten muszą ponosić zwłaszcza pacjenci z chronicznymi lub długotrwałymi chorobami. Oni natomiast, ze względu na swoją chorobę, i tak mają już zazwyczaj wyższe koszty i niższy poziom życia²⁸.

Tę tendencję należy widzieć w powiązaniu z wprowadzeniem zwolnienia robotników z ubezpieczenia obowiązkowego, jeżeli ich dochód przekracza 75 procent granicy wymiaru składki dla pracowników umysłowych w ustawowym ubezpieczeniu rentowym, oraz z ograniczeniem świadczeń dla ubezpieczonych dobrowolnie: "lepsze ryzyka" nie mają już bodźców do pozostawania w ustawowym ubezpieczeniu chorobowym i będą ubezpieczać się w prywatnym ubezpieczeniu na wypadek choroby.

2. REDUKCJE ŚWIADCZEŃ

Ponadto szereg świadczeń zostało zmniejszonych. Należą do nich znaczne dopłaty do leczenia dentystycznego, likwidacja świadczeń pieniężnych na wypadek śmierci, częściowe zmniejszenie świadczeń pieniężnych w związku z kosztami przejazdów, zmniejszenie specjalnych dopłat przy leczeniu sanatoryjnym itd. Zmniejszenie świadczeń i dopłaty są częścią strategii próbującej przerzucić problemy na stronę popytu. Ryzyka są indywidualizowane — jak wskazano powyżej — przy pomocy wątpliwego podziału dóbr medycznych na dodatkowe terapie. Nie ma przy tym oczywiście żadnej miary klasyfikacji różnych diagnoz czy terapii. Wydaje się, że chodzi tu jedynie o przeciwdziałanie rosnącym kosztom.

3. PRZEKSZTAŁCANIE PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH W PROBLEMY UBEZPIECZENIA CHOROBY

Ustawa o reformie opieki zdrowotnej z roku 1989 rozszerzyła zakres kompetencji ustawowego ubezpieczenia chorobowego w Republice Federal-

²⁶ Por. np. optymistyczny pogląd I. Metzke, *Gesundheitspolitik - ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen*, Stuttgart i in. 1982, s. 77 i nast.

²⁷ Por. G. Bäcker i in., op. cit., s. 157 i nast.

²⁸ Por. Sozialgesetzbuch (Kodeks socjalny) księga V, paragraf 6. I. 1.

nej Niemiec. Problemy społeczne zostały przy tym przekształcone w problemy systemu opieki zdrowotnej. Ustawa o reformie opieki zdrowotnej z 1989 roku przypisała opiece zdrowotnej pewne nowe zadania: wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego, rozszerzenie profilaktyki w zakresie: leczenia stomatologicznego, chorób serca i układu krążenia (dla pacjentów powyżej 35 lat badanie co dwa lata), w przedszkolach i szkołach.

Przykład ubezpieczenia ryzyka konieczności pielęgnacji pokazuje, jak ustawowe ubezpieczenie chorobowe musi ponosić skutki indywidualizacji życia społecznego i rozpadu takich instytucji społecznych jak małżeństwo i rodzina. Problemy społeczne, które wcześniej rozwiązywała rodzina, muszą być dzisiaj przenoszone na zinstytucjonalizowane systemy z profesjonalną organizacją, albo są one zwalczane bezpośrednio przy pomocy świadczeń pieniężnych²⁹.

To rozszerzenie świadczeń jest częściowo finansowane przy pomocy wspomnianych wyżej dopłat. Jednak względy polityczne, a także pewne ekonomiczne, np. antybodźce do pracy czy antybodźce do inwestowania ze względu na zbyt, wysokie podatki (w tym przypadku składki), ograniczają wzrost obciążeń. Z tego względu nie ma podwyższenia funduszy finansowych dla ustawowego ubezpieczenia chorobowego, które jest normalnie w ubezpieczeniach koniecznym warunkiem rozszerzenia świadczeń. W przeciwieństwie do rosnących świadczeń, w ustawie o reformie opieki zdrowotnej z roku 1989 zadeklarowano jako cel zasadę niezmiennych składek. Finansowanie zapewnia z jednej strony redukcja świadczeń, z drugiej — dodatkowe opłaty³⁰.

C. Tymczasowe rezultaty

Ustawa o reformie opieki zdrowotnej z 1989 roku nie rozwiązuje w rzeczywistości wielu problemów wewnętrznych ustawowego ubezpieczenia chorobowego w Republice Federalnej Niemiec. Nie zmienia ona braków sterowania ze względu na poprawę relacji między popytem a ofertą na dobra medyczne. Do problemów społecznych podchodzi się w taki sposób, który leczy objawy tylko na pewien czas. Przyczyny niemożliwego do utrzymania wzrostu kosztów nie są jednak usunięte.

"Obrazowo można porównać sytuację opieki zdrowotnej do kotła, który stoi pod coraz większą parą, ale jest przykrywany, tak że rosnący nadmiar ciśnienia nie może się ulotnić. Ustawa o reformie opieki zdrowotnej ma za zadanie zmniejszenie procesu produkcji pary w kotle i wbudowanie dodatkowych wentyli, przez które ujęć mogą części nadmiaru ciśnienia"³¹. Wobec takiej oceny sytuacji nie może dziwić fakt, że ustawa o reformie opieki zdrowotnej z roku 1989 nie mogła zrealizować swoich celów. Po uchwaleniu

²⁹ Por. M. Dalhoff, *Erstmals häusliche Pflegehilfe*, *Bundesarbeitsblatt* 1989 nr 4, s. 25 - 27; E. Rauterberg, *Verstärkte Prävention*, "Bundesarbeitsblatt" 1989 nr 4, s. 12 - 13.

³⁰ Por. J. Bauch, *Das Gesundheitsreformgesetz - Ein Paradigma symbolischer Politik*, "Medizin, Mensch, Gesellschaft" 14 (1989) nr 1, s. 29 - 68, tutaj: s. 61 i nast.

³¹ Por. J. Bauch: op. cit., s. 63.

jej w roku 1989, już w 1990 roku widoczny był ponowny szybszy wzrost wydatków niż dochodów. To wskazuje, że konieczna byłaby obszerna dyskusja na temat opieki zdrowotnej w Republice Federalnej.

W dyskusji tej należałoby odnieść się do wszelkiego rodzaju alternatyw, w szczególności poza istniejącym systemem ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Zachodnioniemieccy politycy powinni przy tym w większym niż do tej pory zakresie korzystać z pełni doświadczeń z innych systemów opieki zdrowotnej, jak np. publicznej opieki zdrowotnej Narodowej Służby Zdrowia w Anglii, zabezpieczenia społecznego w Szwecji, czy byłej NRD. Należałoby także rozważyć, czy nie znalazłyby się pewne cenne elementy efektywnej alokacji i podziału dóbr medycznych w bardziej rynkowym systemie zabezpieczenia społecznego, jak np. w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

V. USTAWA O STRUKTURZE OPIEKI ZDROWOTNEJ Z ROKU 1993

Ustawa o strukturze opieki zdrowotnej z roku 1993, pod hasłem polityki ograniczania kosztów w celu zabezpieczenia podstaw finansowych ustawowego ubezpieczenia chorobowego i zapewnienia stabilności stawki składki, łączy różne, w zasadzie sprzeczne koncepcje systemowe³². Po pierwsze, zgodnie z podejściem liberalnym, rozszerzany jest udział własny ubezpieczonych, a dla osób dobrowolnie ubezpieczonych może zostać zawieszona zasada świadczeń rzeczowych zamiast refundacji. Po drugie, w przeciwnym kierunku niż orientacja na konkurencję oddziałuje — jak zostanie pokazane — przewidziane wyrównanie ryzyka między kasami chorych. Po trzecie, ustawa przewiduje środki bezpośredniej interwencji państwa.

A. Wzrost udziału własnego

Zwiększony udział własny dotyka ubezpieczonych w przypadku leczenia stacjonarnego. Za pobyt w szpitalu i sanatorium trzeba zapłacić dziennie (maksymalnie za 14 dni) zamiast, jak dotychczas, 10 DM: od roku 1993 11 DM a od roku 1994 12 DM (w Niemczech Wschodnich 8 i 9 DM).

W zakresie zaopatrzenia dentystycznego, rozległe leczenie zachowawcze u dorosłych objęte jest ubezpieczeniem już tylko w wyjątkowych przypadkach. Ponadto usługi z zakresu protetyki dentystycznej podlegają udziałowi własnemu w wysokości 50 lub 60 procent, a pewne większe usługi protetyczne zostały całkowicie wyłączone z katalogu świadczeń.

Nie ma już również obecnie zwolnienia z dopłat przy lekarskich objętych stałymi kwotami. W roku 1993 dopłata wynosiła — w zależności od ceny sprzedaży — od 3 do 7 DM. Od roku 1994 ten udział własny ubezpieczonych zależy od wielkości opakowania. Regulacje te obciążają zatem w zdecydowanej mierze najstarszych członków wspólnoty ubezpieczeniowej, to znaczy osoby długo lub chronicznie chore. Akurat w odniesieniu

³² Por. BT-Drs. 12/3608.

do tych osób nie nastąpi prognozowany efekt kontroli ilości, natomiast nieproporcjonalnie wysoki może być ich wkład do zabezpieczenia podstaw finansowych ustawowego ubezpieczenia chorobowego.

B. Odejście od zasady świadczeń rzeczowych

Ustawa o strukturze opieki zdrowotnej przewiduje, jako uzupełnienie do V księgi kodeksu socjalnego, paragraf 13 II, że ubezpieczeni dobrowolnie będą mogli w przyszłości wybrać zamiast zasady świadczeń rzeczowych zasadę zwrotu kosztów. Powstaje jednak pytanie, dlaczego mieliby tak postąpić. Mianowicie, po pierwsze muszą najpierw pokryć sami wydatki, częściowo bardzo znaczne, a po drugie staliby przed niebezpieczeństwem, że poniesione koszty nie zostaną im w całości zrekompensowane. Trudno także wskazać zalety tego nowego rozwiązania dla kas chorych. Rosną jedynie koszty administracyjne. Skoro tak jest, nasuwa się jedynie systemowa interpretacja tej nowości w ustawie o strukturze opieki zdrowotnej: zapoczątkowane ma zostać — choć na razie nieśmiało — odejście od zasady kosztów rzeczowych.

C. Strukturalne wyrównanie ryzyka

Wspieraniu konkurencji, pożądaney na gruncie liberalnych koncepcji, ma służyć także nowelizacja paragrafu 266 V księgi kodeksu socjalnego o strukturalnym wyrównaniu ryzyka. Jest on zorientowany na dochody i ma zostać wprowadzony od roku 1994 między wszystkimi kasami chorych w całym kraju. Wyrównanie to obejmować ma takie czynniki, jak dochody objęte obowiązkiem opłacania składki, współubezpieczeni członkowie rodziny oraz związane z wiekiem i płcią czynniki obciążeń ubezpieczonych. Poprzez strukturalne wyrównanie ryzyka nastąpić ma wyrównanie stawek składek we wszystkich kasach i rodzajach kas. Z punktu widzenia polityki społecznej decydująca będzie zatem już nie poszczególna kasa czy rodzaj kasy, ale cała wspólnota solidarnościowa ubezpieczonych w ustawowym ubezpieczeniu chorobowym. Strukturalne wyrównanie ryzyka jest także warunkiem planowanej od roku 1997 swobody wyboru kasy przez ubezpieczonych. Dyskusyjne jest jednak, na ile strukturalne wyrównanie ryzyka sprzyjać będzie konkurencji, ponieważ przy zachowaniu zasady solidaryzmu i równego standardu świadczeń konkurencja ma niewielki sens. Ogranicza się ona w takich warunkach wyłącznie do sfery świadczenia usług, tzn. uprzejmych pracowników, przyjemnie urządzonych pomieszczeń administracyjnych itd. Natomiast z punktu widzenia polityki podziału strukturalne wyrównanie ryzyka należy ocenić pozytywnie, ponieważ niweluje ono mniej lub bardziej przypadkowe różnicowanie wysokości składek między północą i południem Niemiec oraz różnicowanie dochodów między różnymi rodzajami kas. Pod tym względem niezbędne wydaje się jednak także włączenie zarówno ustawowego ubezpieczenia chorobowego na wschodzie, jak i na zachodzie Niemiec, co nie jest dotąd przewidziane.

D. Interwencje państwa

Obok przedstawionych wyżej zmian w kodeksie socjalnym, o charakterze rynkowym, ustawa o reformie przewiduje także posunięcia o przeciwnym charakterze — radykalne interwencje państwa. I tak liczba dopuszczonych lekarzy i dentystów kas chorych, po zwiększeniu w najbliższych latach skuteczności planowania potrzeb, ma zostać od roku 1999 ograniczona odpowiednio do zapotrzebowania. Także od roku 1999 zezwolenie na pracę będzie wygasać, gdy lekarz ukończył 68 lat i pracował co najmniej 20 lat jako lekarz kasy chorych.

Również wzrost honorariów musi być w najbliższych latach dostosowany do wzrostu dochodów ubezpieczonych, objętych obowiązkiem opłacania składki, przy czym honoraria dentystów zostają nawet w roku 1993 obniżone o 10 procent, po czym od 1994 są dostosowywane od tego niższego poziomu.

Na przemysł farmaceutyczny, który szukał rekompensaty strat na rynku ze stałymi kwotami przez wzrosty cen na rynku nie objętym stałymi kwotami, na lata 1993/4 zostaje nałożone moratorium cenowe, tzn. ceny producentów muszą zostać obniżone o 5 %, a przy lekarstwach nie objętych obowiązkiem przepisywania ich przez lekarza o 2 %.

E. Sektor szpitali

Ze względu na to, że sektor szpitali, nie uwzględniony w ustawie o reformie opieki zdrowotnej, powoduje około jednej trzeciej wydatków ustawowego ubezpieczenia chorobowego, dla osiągnięcia celu stabilności stawki składki muszą być również w nim podjęte kroki dla ograniczenia wydatków. Ustawa o strukturze opieki zdrowotnej chce to osiągnąć przez odwrót od dotychczasowej zasady pokrycia kosztów własnych, która dopuszczała do niegospodarności. Zamiast równych dziennych norm finansowych mają być teraz wprowadzone specjalne opłaty, ryczałty i zróżnicowane normy osobodni, które do roku 1995 będą mogły zostać uzgodnione w ramach budżetu opartego na wynagrodzeniu podstawowym. Następnie od roku 1996 mają zostać wprowadzone przez federalne rozporządzenie o normach osobodni wiążące: specjalne opłaty (około 160) i ryczałty (około 40). W średniej perspektywie powinno także nastąpić zastąpienie dualnego systemu finansowania przez system jednolity, w którym koszty inwestycyjne będą pokrywane przez normy osobodni.

F. Rezultaty

Skutki ustawy o strukturze opieki zdrowotnej są dyskusyjne³³. Federalny minister zdrowia Seehofer wierzy, że dzięki nowej ustawie można zaoszczędzić

³³ Por. F. Beske, J. G. Brecht, A.-M. Reinheimier, *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistungen - Weiterentwicklung*, Köln 1993, s. 89 i nast.

czędzić około 11 mld DM rocznie (2,5 mld DM po stronie ubezpieczonych i 8,2 mld DM po stronie podaży), co dałoby osiągnięcie celów ustawy. Poza krytyką poszczególnych rozwiązań przypuszcza się jednak, że zwłaszcza w rezultacie czynników demograficznych, już w średnim okresie znowu wzrosną wydatki ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Reforma opieki zdrowotnej z roku 1993 nie była więc ostatnią. Ze względu na dalsze kroki reformatorskie, Rada Ekspertów przy Skoncentrowanej Akcji w Opiece Zdrowotnej otrzymała już teraz przygotowanie ekspertyzy z nowym określeniem pojęć "solidarność" i "odpowiedzialność własna". Trzeba poczekać, jak to nowe określenie wypadnie, zwłaszcza z perspektywy ubezpieczonych. Na podstawie dotychczasowych pakietów reform należy się jednak obawiać, że również następne zwiększą obciążenia ubezpieczonych.

Tłumaczenie - Maciej Żukowski

MEDICAL INSURANCE IN THE FEDERAL REPUBLIC IN GERMANY vs REFORMS IN
1989 and 1993

S u m m a r y

The author presents a synthetic overview of the economic, social and technical aspects of the organisation of medical insurance in the Federal Republic of Germany and the reforms carried out in the last decade. VaHous costs related to different solutions of the problem of social welfare in the scope of health care have been analysed in detail.