

## ALEMANIA

### **EL FONDO DE SANIDAD**

---

El día uno de enero de 2009 entra en vigor el llamado “Fondo de Sanidad”, que es como la gran cuenta bancaria en la que se ingresan todas las cuotas del Seguro de Enfermedad provenientes de los trabajadores, de los asegurados voluntarios, de las empresas, de los pensionistas, de los organismos de pensiones, de la Oficina Federal de Empleo y de la aportación del Estado. Para el primer año, el 2009, al fondo fluirán unos ciento sesenta mil millones de euros.

En 2007 los ingresos de la sanidad fueron 153,9 miles de millones de euros con la siguiente procedencia:

- 66,3 de las cuotas de los asegurados,
- 65,4 de las cuotas de las empresas,
- 14,5 del Organismo de Pensiones y de los pensionistas,
- 3,7 de la Oficina Federal de Empleo por los desempleados y
- 4,0 de la aportación del Estado Alemán.

### **Importe de las cuotas**

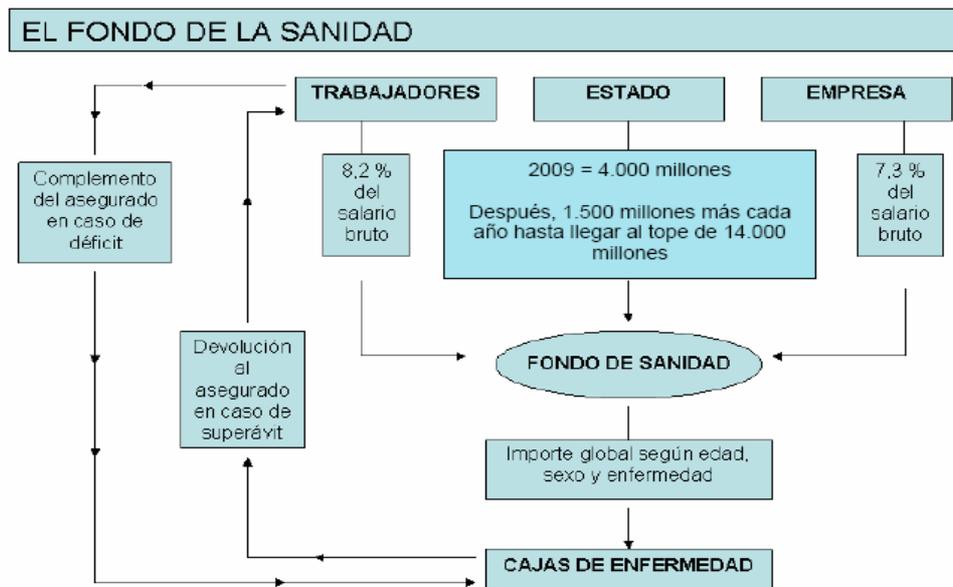
La cuota para el Seguro de Enfermedad será uniforme para todas las cajas aseguradoras oficiales, y supondrá el 15,5% del salario íntegro que se compone del siguiente modo:

- los trabajadores contribuyen con el 8,2% de su salario íntegro hasta un tope salarial de 3.675 euros mensuales (44.100 € al año),
- las empresas abonarán el 7,3% del salario íntegro.
  
- Los pensionistas aportan el 8,2% del importe de su pensión.
- El Organismo de Pensiones, el 7,3%.
- Las cuotas por los desempleados las paga íntegramente la Oficina Federal de Empleo.

### **Órgano gestor del fondo**

El Fondo de la Sanidad es controlado y administrado por el Organismo Federal de Seguros (Bundesversicherungsamt) con sede en Bonn, en el que sólo trabajan 21 personas. El dinero permanece unas horas en el Banco Central Alemán (Bundesbank) antes de transferirse a las cerca de 210 cajas de enfermedad, en las que hay inscritos 51 millones de afiliados. El mencionado organismo federal envía una cantidad global por afiliado más un suplemento por aquellos asegurados que son pacientes de alguna enfermedad crónica. Existe un catálogo de 80 patologías con sus correspondientes 3.600 diagnósticos. Del tipo de enfermedad y de la gravedad de la misma dependerá el importe del suplemento. Por ejemplo, por un

afiliado sano de 65 años se concederán 1.200 euros al año y por otro de la misma edad con cáncer prostático y cirrosis aguda se transfieren 4.500 euros. Puede ocurrir que las cajas aseguradoras de enfermedad pugnen por conseguir mayor número de enfermos crónicos. Lo contrario de lo que sucedía hasta ahora. A este suplemento se le ha dado el complicado nombre de “Morbidityorientierter Risikostrukturausgleich” que se podría traducir como compensación estructural por el riesgo de patología crónica.



### Las aseguradoras

Las cajas aseguradoras de enfermedad son las verdaderas gestoras del Fondo de Sanidad y, aunque las cuotas sean uniformes y las cantidades que se reciban por asegurado sean iguales para todas las cajas, dependerá de la gestión y de la administración de cada una de ellas el que al final tengan números negros o rojos. En el mejor de ambos casos, si la aseguradora no ha podido sufragar con el dinero recibido del Fondo de la Sanidad todos los gastos habidos, podrá exigir una cuota complementaria mensual de hasta 8 euros por afiliado sin tener en cuenta la capacidad económica de éste y, en el caso de que no sea suficiente, podrá exigir un 1% de los ingresos familiares hasta un máximo de 36,75 euros al mes, que es el 1% del tope máximo de la base de cotización. Este suplemento no lo pagan los menores de 18 años ni los familiares beneficiarios: sólo los titulares del derecho al seguro.

Si se da el caso de que la aseguradora tenga que exigir el pago de una cuota complementaria, aquella deberá informar a los asegurados con tiempo suficiente, a fin de que ellos dispongan del plazo de dos meses para poder rescindir la relación y cambiar de aseguradora de enfermedad. Por el contrario, las cajas que al final del año obtengan superávit, lo devolverán a los asegurados.

Las cajas de enfermedad son también las encargadas de transferir a los Colegios de médicos y dentistas una asignación general desde la cual se pagan los honorarios a los facultativos.

En un principio se ha hablado de los 153.900 millones de ingresos en el año 2007. Los gastos se distribuyeron de la siguiente manera:

- 51,1 miles de millones para gastos de hospitales,
- 33,8 miles de millones para honorarios de médicos y dentistas,
- 25,9 miles de millones para medicinas / gasto farmacéutico,
- 22,4 miles de millones para otros gastos como subsidios por enfermedad, balnearios (Kur) maternidad, prevención,
- 12,3 miles de millones para gasto ortoprotésico y demás remedios fisioterapéuticos,
- 8,10 miles de millones para gastos de administración de las cajas aseguradoras,
- 500 millones para gastos de administración de los colegios de médicos y dentistas.

### **¿Cómo resultará el experimento del fondo de sanidad?**

Al proyecto del Fondo alemán de Sanidad le han llovido críticas desde todos los frentes: de los propios médicos, de las cajas aseguradoras oficiales, de la patronal, de las centrales sindicales y de los mismos partidos políticos.

En el verano de cada año se hará una valoración de los gastos sanitarios habidos hasta entonces y se calculará si los ingresos van a ser capaces de cubrir los gastos del año siguiente. Si aquéllos no cubren al menos el 95% de los gastos previstos, se aumentarán las cuotas. Si se puede cubrir un porcentaje superior, por ejemplo, el 98%, las cuotas permanecerán invariables, y el porcentaje que falte hasta el 100% deberá ser asumido por el complemento adicional antes mencionado, que pueden exigir las cajas deficitarias a sus afiliados. Podría ocurrir que éstos abandonen masivamente las cajas que exijan un suplemento y se aseguren en otras más sólidas económicamente.

Según la nueva normativa, no se excluye que una caja aseguradora pública pueda dar en quiebra. El próximo otoño de 2009 se ha señalado como plazo para examinar si es necesario modificar el porcentaje de la cuota del 15,5%. Será en ese momento cuando podrá evaluarse el éxito de este nuevo sistema.