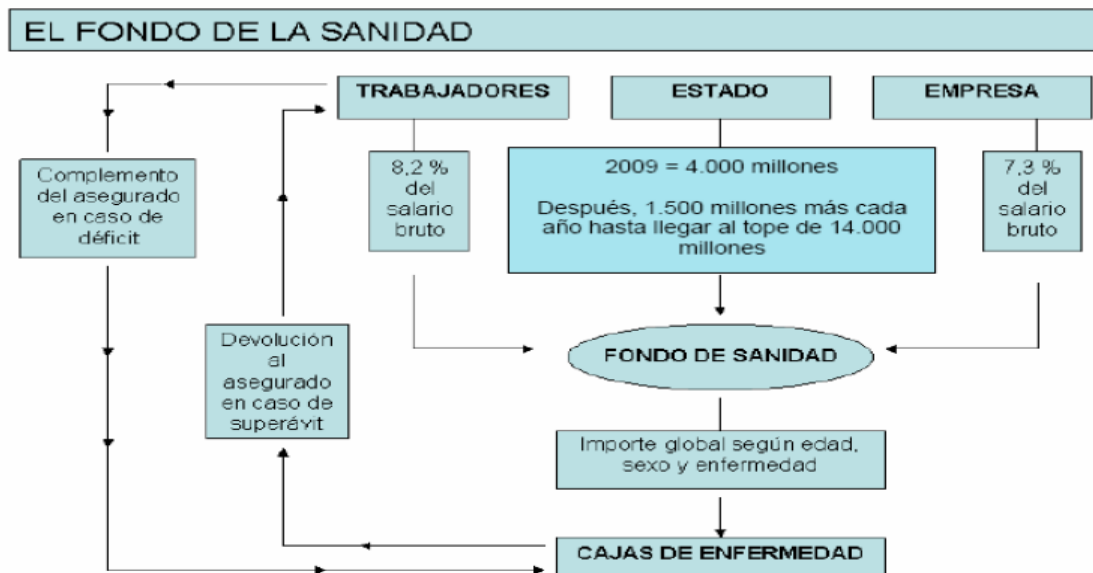


ALEMANIA

EL CONSEJO DE MINISTROS APRUEBA LA REFORMA DE LA SANIDAD

El Consejo de Ministros aprobó el 22 de septiembre una profunda reforma del sistema de financiación de la sanidad que consta de los siguientes elementos: contención del gasto, modificación del sistema de cotizaciones y mecanismos de compensación social.



Sistema de financiación actual del seguro de enfermedad

El Fondo de sanidad recauda las cotizaciones de los asegurados y los transfiere a las cajas de enfermedad. En el primer semestre de 2010 el fondo destinó un total de 85.330 millones de euros a las cajas y alcanzó un superávit de 147 millones.

El Fondo depende del Organismo Federal de Seguros (Bundesversicherungsamt). Transfiere una cantidad global por afiliado más un suplemento por aquellos asegurados que padecen una enfermedad crónica. Existe un catálogo de 80 patologías con sus correspondientes 3.600 diagnósticos. El suplemento depende del tipo y la gravedad de la enfermedad. Por ejemplo: por un afiliado sano de 65 años se conceden 1.200 euros al año y por otro de la misma edad con cáncer prostático y cirrosis aguda se transfieren 4.500 euros. Este suplemento recibe el nombre de "Morbidityorientierter Risikostrukturausgleich", que se podría traducir como compensación estructural por el riesgo de patología crónica.

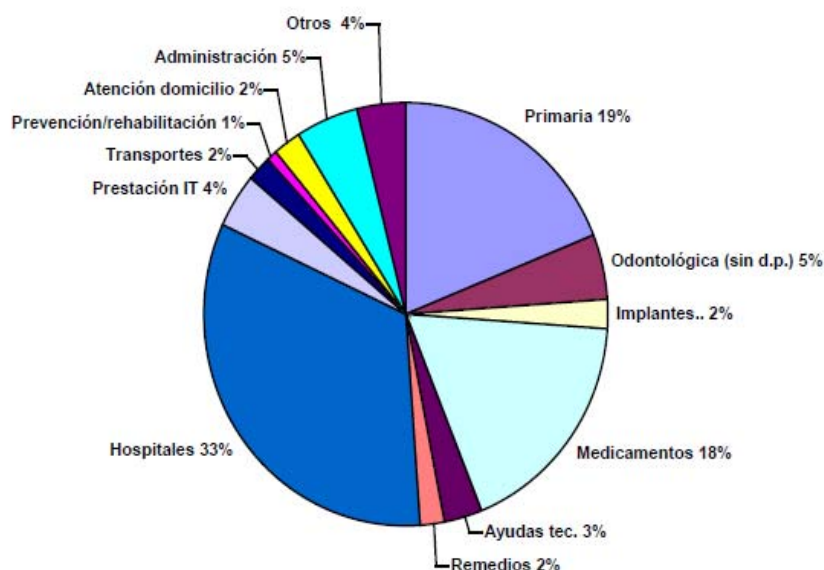
Evolución financiera de la sanidad pública

En la primera mitad de 2010 el gasto creció un 4,2% en comparación interanual, mientras que la recaudación sólo aumentó un 2,2%, aunque hay que tener en cuenta que este incremento se debe en buena parte a que el Gobierno aumentó la transferencia al fondo de sanidad. Por partidas, destaca el incremento del 5,4% de los gastos de atención primaria (2009: 7,4%), seguido del 4,8% del gasto farmacéutico (2009: 4,8%) y del 4,2% del gasto hospitalario (2009: 6,6%). Fue considerable el incremento del 10% de la prestación por IT y del 4,8% de los gastos de administración.

Gasto de la sanidad pública	en miles de millones de euros		variación en miles de millones de €
	I semestre 2009	I semestre 2010	I sem. 2009-I tr. 2010
Total gastos	83,83	87,25	3,42
incluido copago de los asegurados	86,33	89,78	3,45
Total prestaciones	79,29	82,40	3,11
incluido copago de los asegurados de estas (incluido el copago)	81,79	84,92	3,13
Atención primaria	16,02	16,63	0,61
Atención odontológica sin ortodoncia	4,29	4,34	0,05
Ortodoncia	1,55	1,61	0,05
Total atención odontológica	5,84	5,95	0,11
Medicamentos	15,64	16,29	0,65
Ayudas técnicas	2,98	3,07	0,09
Complementos sanitarios	2,13	2,23	0,11
Atención hospitalaria	28,35	29,52	1,16
Prestación IT	3,60	3,95	0,35
Prestaciones en el extranjero	0,27	0,26	-0,02
Transporte	1,72	1,79	0,07
Prevención y rehabilitación	1,25	1,20	-0,05
Servicios sociales y vacunas	1,04	0,08	-0,24
Embarazos y maternidad	0,49	0,49	0,00
Atención domiciliaria	1,38	1,55	0,16
Otros prestaciones	1,1	1,20	0,13
Otros gastos	0,48	0,48	0,00
Gastos reales de administración	4,06	4,37	0,31

Ministerio de Sanidad, 15/09/2010

Estructura del gasto de la sanidad pública en % (1º trimestre 2010)



Ministerio de sanidad, 15 de septiembre de 2010

La reforma de la financiación de la sanidad

Según el Gobierno esta reforma puede generar un ahorro de 3.500 millones de euros en 2011 y de 4.000 millones en 2012. Uno de los puntos centrales es el incremento de la cuota al seguro de enfermedad al 15,5%, que había sido bajada al 14,9% para afrontar la crisis económica. Si bien este incremento del 0,6%, que generará 6.300 millones de euros más al año, lo asumirán empresarios y trabajadores en partes iguales, a partir de ahora se congelará la parte empresarial y los futuros aumentos recaerán únicamente en los trabajadores. No obstante, hace años que la sanidad no aplica el reparto equitativo de las cuotas: los trabajadores pagan el 8,2% y los empresarios el 7,3%. En el futuro las cajas de enfermedad tendrán que recaudar los fondos necesarios para hacer frente a la subida de coste de la sanidad con cuotas complementarias a los trabajadores. El Gobierno elimina el tope mensual de 8 euros pero asumirá el importe que exceda el 2% del salario anual. Espera que al menos en 2011 la mayoría de las cajas pueda prescindir de las cuotas complementarias y que el déficit de 11.000 millones de euros se compense con las medidas de contención del gasto incluidas en la reforma. Se prevé que en 2012 las cajas impongan una cuota mensual complementaria de 8 euros, que subirá a 12 euros en 2013 y a 16 euros en 2014. En la actualidad 16 de las 169 cajas de enfermedad obligan a pagar a sus afiliados una cuota complementaria. Los sindicatos y la patronal rechazan la propuesta del ministro de Sanidad, Philipp Rösler (FDP), de compensar el incremento de las cuotas para los trabajadores con una subida salarial.

Entre las medidas de contención del gasto destaca la congelación de los gastos administrativos, de los honorarios de la atención primaria y de la odontología. El Gobierno pretende generar en 2011 un ahorro de 3.500 millones de euros y en 2012 de 4.000 millones.

Contención del gasto

- El gasto de administración de las cajas de enfermedad se congela para 2011 y 2012.
- El Fondo de sanidad transferirá en esos dos años la misma cantidad que en 2010. En 2011 y 2012 recibirá 300 millones de euros menos para cubrir los gastos administrativos.
- Todos los acuerdos que suscriban las federaciones regionales de las cajas de enfermedad y las federaciones regionales de médicos concertados deberán respetar el principio de la austeridad del gasto. Los médicos concertados deberán renunciar a 850 millones de euro al año.
- Se prolonga hasta 2012 la asignación de fondos para la asistencia primaria.
- El incremento anual de los fondos para tratamientos odontológicos no podrá superar el 50% del crecimiento medio de los salarios. El ahorro que supondrá la contención del incremento para la atención odontológica será de 20 millones de euros en 2011 y 40 millones al año siguiente.
- Los gastos adicionales en la atención hospitalaria derivados de concertos con federaciones regionales de cajas de enfermedad y hospitales para servicios médicos complementarios se reducirán un 30%. El incremento anual del coste de la atención en cuidados intensivos y de las clínicas psiquiátricas y psicosomáticas no podrá superar el 50% del crecimiento salarial medio.

Reforma de la base de financiación de la sanidad pública

- La cuota al seguro de enfermedad vuelve a ser del 15,5%. El 14,6% será financiado en partes iguales por empresarios y trabajadores, éstos últimos asumen además un 0,9% adicional.
- El Gobierno congela la parte empresarial de cuota al seguro de enfermedad a fin de que el incremento del coste de la sanidad no suponga un crecimiento del coste laboral. Los cotizantes a la sanidad pública tendrán que asumir este coste con cuotas adicionales de hasta el 2% (antes: 1%). El Gobierno determinará el importe de esta cuota complementaria previo informe del grupo de expertos.
- La reforma elimina el límite introducido por el anterior Gobierno consistente en que las cajas sólo podían reclamar a los asegurados una cuota adicional en caso de no alcanzar la recaudación el 95% de los presupuestos..

Mecanismo de compensación social

El mecanismo de compensación social tiene la función de asumir la parte de la cuota al seguro de enfermedad que supere el 2% de los ingresos de los asegurados. El Gobierno afirma que el fondo de sanidad podrá asumir el pago de este mecanismo de compensación social y que no precisará transferencias estatales hasta 2015.

Otros puntos de la reforma

Para aquellas personas que superen el tope anual de ingresos de 49.500 euros la reforma reduce el plazo para cambiar del seguro público al privado de tres a un año.

Reacciones al proyecto de reforma

Las críticas a la reforma se centran en la cuota complementaria, que recaerá exclusivamente en los trabajadores, pensionistas y desempleados. De todas maneras, muchos de los comentarios aparecidos en la prensa alemana señalan que esta es una reforma descafeinada si se tiene en cuenta que Rösler había manifestado en la campaña electoral su intención de cambiar radicalmente la financiación del sistema.

El SPD ha anunciado que en caso de volver a gobernar el país inmediatamente anulará esta reforma. El experto del SPD en sanidad, Karl Lauterbach, critica los siguientes puntos:

- Los trabajadores tendrán que asumir en solitario el incremento del coste de la sanidad originado por el envejecimiento de la población
- Cerca del 90% de los cotizantes no tendrán acceso a la compensación social.
- La reforma acelerará la transformación de la sanidad en un sistema de dos clases en el que los asegurados privados obtendrán mejor atención que los públicos.

El grupo parlamentario de la izquierda, Die Linke, critica las diferencias entre las cuotas que deben aportar empresarios y trabajadores, e insiste en la ilógica de que el seguro de enfermedad tenga que asumir gastos que no le corresponden (prevención en jardines de infancia y escuelas, atención a mujeres embarazadas, partos y exención de cuotas para más de 20 millones de personas, incluidas en el seguro familiar). Asimismo cree que facilitar el cambio del seguro público al privado supondrá una pérdida importante de ingresos.

Los Verdes advierten del riesgo de que el complemento adicional experimente un crecimiento exorbitante. A modo de ejemplo señalan que el coste de la sanidad creció en 20.000 millones de euros entre 2007 y 2010, lo que supondría un complemento adicional de 33 euros al mes.

La Confederación Alemana de Sindicatos (DGB) reclama la vuelta al sistema paritario de cotizaciones: si los empresarios incrementaran sus cotizaciones un 0,9%, igualándolas a las de los trabajadores, podrían solucionarse los problemas de financiación de la sanidad. La Confederación de organizaciones empresariales (BDA) critica el incremento de las cuotas, pero ve con buenos ojos la cuota complementaria y la desvinculación de la financiación de la seguridad social de los costes laborales.

Diversas cajas de enfermedad advierten que la reforma podría suponer una contracción de ingresos de 1.100 millones de euros en los próximos tres años. En 2014 la cuota complementaria podría alcanzar los 50 millones de euros, con lo cual la compensación estatal pasaría a 10.000 millones de euros. Advierten de que el número de personas que cambie del sistema público al privado podría situarse en 85.000 personas en 2011, lo que supondría una pérdida de 500 millones de euros en recaudaciones. Las cajas creen además que la reforma supondrá un importante incremento de la carga burocrática.

El funcionamiento del seguro público de enfermedad

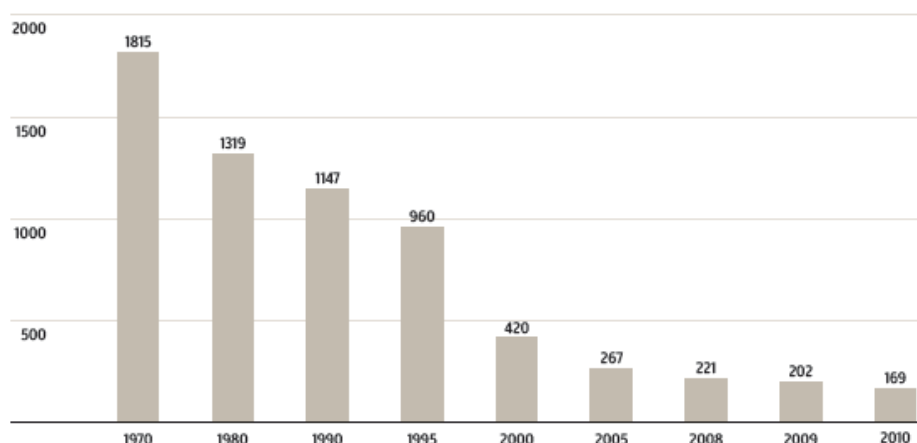
En la sanidad alemana, los médicos concertados, las aseguradoras y las federaciones de médicos concertados son los principales actores, la función de las administraciones públicas se limita a una acción normativa mientras que su participación financiera es relativamente exigua.

Las cajas de enfermedad

Las cajas de enfermedad son el principal elemento del seguro obligatorio de enfermedad. Originariamente se crearon siguiendo criterios profesionales, regionales o empresariales. El sistema alemán cuenta con los siguientes tipos de aseguradoras obligatorias: aseguradoras locales (Allgemeine Ortskrankenkassen), empresariales (Betriebskrankenkassen), gremiales (Innungskrankenkassen), cajas del régimen especial agrario (landwirtschaftliche Krankenkassen), aseguradora para los trabajadores del mar (Seekrankenkasse), y de la minería (Bundesknappschaft), así como las denominadas aseguradoras sustitutorias (Ersatzkassen).

El proceso de fusión de aseguradoras se ha acelerado con la reforma del seguro de enfermedad, que ha modificado radicalmente el sistema de recaudación y ha flexibilizado los requisitos para las fusiones de las aseguradoras. A 1 de enero de 2009 existían 202 aseguradoras, un año más tarde eran 169. Las aseguradoras locales se han mantenido relativamente estables en 15, las aseguradoras empresariales son las que han sufrido una mayor reducción, pasando de 644 en 1996 a 155. También ha caído el número de aseguradoras del régimen especial agrario, de 21 en 1996 a 9 en la actualidad. Por último el seguro de la minería se fusionó en enero de 2008 con el seguro de los trabajadores del mar. Dado que los seguros de dependencia forman parte integral de los seguros de enfermedad, su número va en función de la estructura de los primeros.

La sanidad pública en Alemania: número de cajas de enfermedad 1970 a 2010



Confederación de cajas de enfermedad, 2010

El 1 de julio de 2007 las siete federaciones nacionales de aseguradoras de enfermedad se fusionaron en una sola que asume tareas centrales, como la negociación con las federaciones de médicos y hospitales para determinar las tasas y precios unitarios. Las cajas de enfermedad mantienen entre sus competencias todas las que les permiten mantener la competitividad, como por ejemplo la capacidad negociadora con la industria farmacéutica para lograr rebajas y la de negociar conciertos especiales con médicos de atención primaria.

Las cajas son entidades autónomas e independientes pero están sometidas al control estatal. Cuentan con órganos de autogestión que difieren en su composición en función del tipo de aseguradora que se trate. Por regla general los consejos administrativos son paritarios, es decir, que los asegurados y los representantes cuentan con el mismo número de representantes.

Las diferentes aseguradoras se han unido para formar federaciones regionales o nacionales y conforman ocho federaciones nacionales con las siguientes funciones:

- Negociar y formalizar acuerdos con los proveedores de prestaciones.
- Representación de intereses políticos.
- Asesoría y atención de las aseguradoras afiliadas.
- Relaciones públicas.

Asimismo, las federaciones de aseguradoras de enfermedad cuentan con los servicios médicos, un servicio especializado que ofrece asesoría en las siguientes áreas: prevención, atención hospitalaria, incapacidad laboral, productos médicos, odontología, tratamientos innovadores.

Los médicos concertados

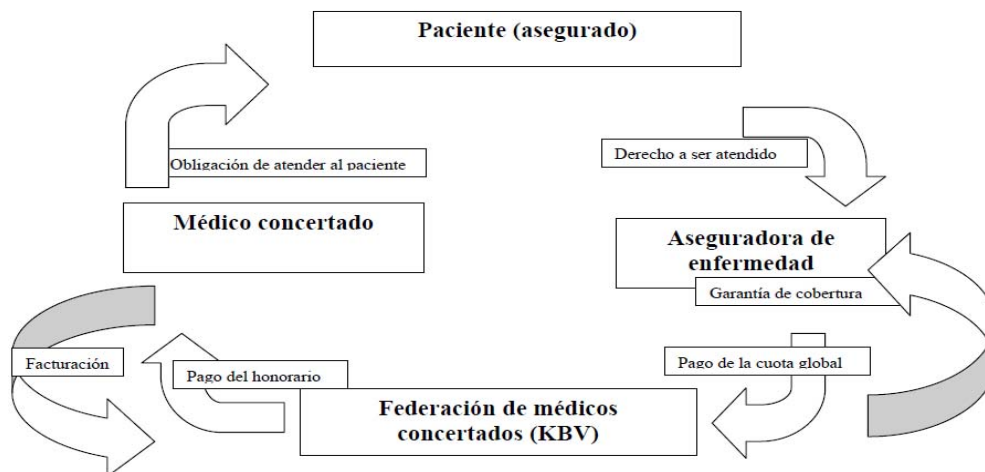
De acuerdo al art. 2 del volumen V del Código Social las aseguradoras deben garantizar a los asegurados todas las prestaciones recogidas por el tercer capítulo, siempre y cuando estas prestaciones no sean de competencia exclusiva del propio asegurado. La calidad y la eficacia de estas prestaciones han de estar acordes con el estándar médico reconocido. Los asegurados tendrán derecho a recibir dichas prestaciones en especie, las aseguradoras firmarán convenios con los proveedores de dichas prestaciones, de acuerdo a lo estipulado en cuarto capítulo del volumen V del Código Social. Las aseguradoras deberán velar por la diversidad de los proveedores y garantizar que las prestaciones se ajusten a criterios económicos.

Las 17 federaciones regionales de médicos concertados, que representan a un total de 150.000 médicos y psicólogos, deben garantizar una cobertura suficiente con consultas médicas. Para ello, la Comisión conjunta de médicos y aseguradoras formalizará contratos que garanticen no sólo un grado suficiente de atención médica sino también una infraestructura suficiente de servicios de urgencia.

Las federaciones de médicos concertados se encargan de calcular los honorarios que deberá recibir todo médico concertado. El médico factura con la federación en base a la denominada unidad unificada de valoración, un sistema de puntos que permite cuantificar dichos honorarios. Las federaciones por su parte reparten entre los médicos concertados la asignación global transferida por las aseguradoras. Es decir, que la función de las federaciones de médicos concertados es garantizar que todo ciudadano disponga de una atención médica adecuada, cercana de su domicilio y a todas las horas del día.

La Federación Alemana de médicos concertados fue creada en 1955. Al igual que las federaciones regionales se trata de una corporación del derecho civil. También en este caso la función del Estado se limita a la supervisión, ejercida bien por el correspondiente organismo del correspondiente land o por el Ministerio de Sanidad.

Relación entre facultativos concertados, federación de médicos concertados, seguros y pacientes.



Fuente: Confederación de federaciones de médicos concertados, 2009

El tratamiento hospitalario

El asegurado tiene derecho a tratamiento hospitalario para recibir todas las prestaciones y tratamientos durante el período necesario. Desde el 01/01/2004 los asegurados mayores de 18 años participan en los gastos con un copago de 10 euros por día (máximo 28 días). De acuerdo a los artículos 108 y 107 del volumen V del Código Social, el tratamiento puede realizarse en un hospital concertado (clínicas universitarias, clínicas incluidas en un plan hospitalario y clínicas en convenio con una federación regional de las aseguradoras de enfermedad). El paciente tiene derecho a la libre elección entre los hospitales concertados, únicamente podrá acudir a un hospital no concertado previa autorización de su aseguradora.

Las federaciones regionales de aseguradoras firman los acuerdos con los diferentes hospitales y pueden rescindirlos si ya no existe la necesidad de contar con sus prestaciones. Dicha rescisión puede limitarse a unos pocos departamentos. En caso de que la institución afectada esté incluida en el plan de hospitales de un land, la rescisión deberá comunicarse al mismo. Dado que los gobiernos regionales tienen una responsabilidad especial en cuanto a la planificación de la infraestructura hospitalaria, éstos deberán aprobar estas rescisiones.