

El sistema sanitario alemán

Mónica Parcet*

Resumen: En el presente artículo se describe el sistema sanitario alemán. Partiendo de su origen histórico, se presentan las características fundamentales del sistema sanitario actual y los principios en los que se basa, su sistema de financiación y gestión, su modo de funcionamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario, el sistema de retribución de las prestaciones sanitarias en los sectores público y privado y algunos indicadores clave en comparación con otros países. Finalmente, se esbozan los principales ejes en los que se centra el debate sanitario actual en Alemania.

Palabras clave: sistema sanitario alemán, seguro de enfermedad público, seguro de enfermedad privado, asistencia hospitalaria, asistencia ambulatoria, Bismarck, copagos, financiación del sistema sanitario.

The German healthcare system

Abstract: This article describes the German healthcare system. Beginning with its historical origins, we present the basic characteristics of the current healthcare system and the principles on which it is based. We continue with its funding and management systems, its methods of operation in both outpatient and hospital settings, the system of payment for healthcare services in the public and private sectors, and some key indicators for comparing it with other countries. Finally, we outline the major themes of the current healthcare debate in Germany.

Key words: German healthcare system, public health insurance, private health insurance, hospital care, outpatient care, Bismarck, co-payments, healthcare system funding.

Panace@ 2011; 12 (34): 285-294

Recibido: 16.X.2011. Aceptado: 31.X.2011

Introducción

Alemania fue el primer Estado en instaurar un sistema sanitario a nivel nacional, a finales del siglo XIX. En la actualidad, el sistema sanitario alemán es un sistema mixto en el que conviven el sector público y el privado y cuyo gasto asciende al 11,4 % del PIB. Con 3,53 médicos y 8,2 camas (entre hospitales y clínicas de rehabilitación) por cada mil habitantes, cuenta con una de las redes más tupidas a nivel internacional, aunque también tiene un coste bastante elevado (4129 dólares internacionales per cápita).

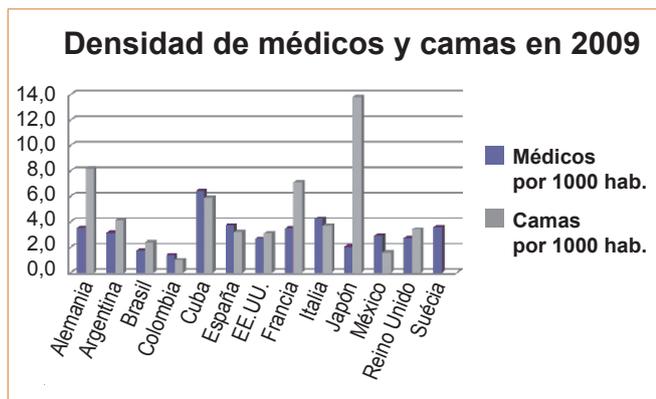
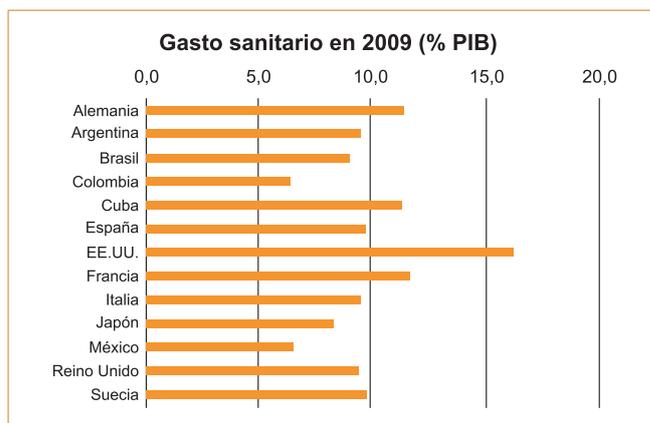


Gráfico 1. Fuente: OMS

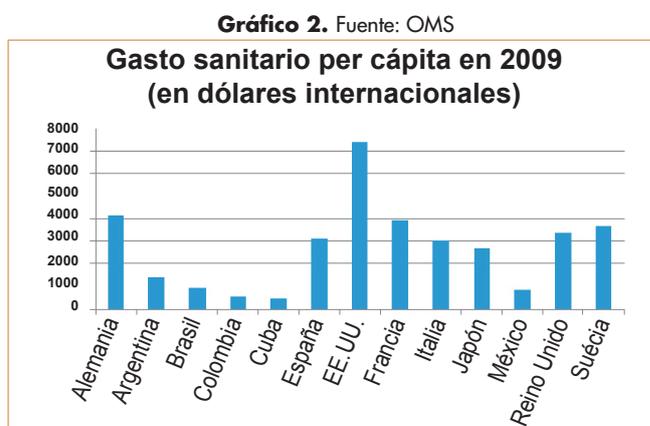


Gráfico 3. Fuente: OMS

* Servicio de Traducción, Grupo Bayer. Leverkusen (Alemania). m.parcet@gmx.de.

En Alemania, alrededor de 4,7 millones de personas trabajan en el ámbito sanitario (aproximadamente 1 de cada 9 puestos de trabajo), por lo que el sector de la salud constituye uno de los principales sectores económicos del país.

¿Cuál es el modo de funcionamiento de este sistema? ¿En qué premisas y normas se basa?

Un poco de historia

Corría el año 1881. Apenas hacía diez años que Alemania se había unificado y constituido como nación tras la guerra franco-prusiana. Regida por el emperador Guillermo I y con Otto von Bismarck como canciller, la nueva nación, aunque menos desarrollada económicamente que Gran Bretaña, Suiza, los Países Bajos y EE. UU., se encontraba inmersa en un intenso proceso de industrialización, urbanización y crecimiento de la población. Como consecuencia, estaba cambiando también la estructura de la sociedad con el surgimiento de un proletariado cada vez más numeroso que, sobre todo en las grandes ciudades, vivía en condiciones extremadamente precarias: los obreros obtenían salarios míseros a cambio de jornadas laborales de 60 horas semanales, vivían hacinados en los suburbios de las grandes ciudades, por lo que enfermaban con frecuencia, y las condiciones en las fábricas eran tan desastrosas que los accidentes menudeaban. No era extraño que muchos acabasen en la indigencia como consecuencia de la invalidez resultante de un accidente laboral. Así, el descontento con el régimen empezó a cundir entre los trabajadores, que engrosaban en un número cada vez mayor las filas de los sindicatos y de la socialdemocracia. En Alemania, el movimiento obrero se había separado tempranamente de la democracia liberal y se iba radicalizando cada vez más, al menos verbalmente. A diferencia de otros países, donde los respectivos partidos obreros se crearon más tarde o adoptaban posiciones más moderadas, la agitación de los socialistas en Alemania hizo que el Gobierno los considerara un peligro para el régimen. Bismarck trató de controlar la situación aplicando la política del palo y la zanahoria. Así, tres años antes, en 1878, había promulgado una ley que limitaba de forma masiva la acción política del Partido Socialista Obrero Alemán, tal y como entonces se llamaba el actual Partido Socialdemócrata. Consciente, sin embargo, de que esto solo no sería suficiente para cambiar la situación, en 1881 aconsejó a Guillermo I la emisión de un «mensaje imperial», que él mismo leyó en el Parlamento y en el que, como solución a los graves problemas sociales, se abogaba por el fomento del bienestar de la clase trabajadora como complemento a la represión de los disturbios socialdemócratas y se anunciaba una iniciativa legislativa en materia de seguridad social. En aplicación de esta política, en los años subsiguientes se elaborarían sendas leyes para la creación de las tres ramas clásicas de la seguridad social: el seguro de enfermedad, el seguro de accidentes y el seguro de pensiones. Bismarck esperaba de este modo convencer a la clase trabajadora de que un Estado protector podía ofrecerles más que la socialdemocracia.



Otto von Bismarck, promotor del sistema sanitario alemán.

© Gorinkai

Asimismo, este tipo de medidas era igualmente expresión de la concepción política del papel del Estado y de la herencia filosófica de los arquitectos del nuevo sistema. Bismarck y sus correligionarios conservadores tenían una visión paternalista frente a la pobreza, alimentada por la ideología protestante, según la cual es una obligación del magnate el ayudar a los pobres. Ellos mismos se identificaban con el Estado y apoyaron por tanto los esfuerzos tendentes a conseguir que el Estado hiciera uso de su poder para proporcionar seguridad social a los económicamente débiles. En general, la posición a favor de realizar reformas sociales desde arriba para evitar los alzamientos desde abajo y ahogar conatos revolucionarios era una doctrina política que había calado hondo en el Gobierno y en la administración desde Hegel.

No obstante, no todos los grupos políticos compartían esta visión, de modo que durante dos años se mantuvieron largos e intensos debates en el Parlamento antes de aprobarse la nueva legislación, que, en opinión de los liberales, la mayoría de los empresarios, una buena parte de los conservadores y parte del centro, iba demasiado lejos.

La primera de estas leyes en entrar en vigor —el 1 de diciembre de 1884, tras haber sido aprobada en el parlamento

alemán el 15 de junio de 1883— fue la ley sobre el seguro de enfermedad de los trabajadores, con la que se creó el primer seguro médico público para los obreros industriales con carácter obligatorio y financiado con las cuotas aportadas por el trabajador y la empresa —a razón de un tercio la empresa y dos tercios el trabajador—. A cambio, el trabajador estaba asegurado independientemente de su lugar de trabajo, obtenía un subsidio estatal por enfermedad durante las primeras 13 semanas a partir del tercer día de baja y cobertura de la asistencia médica, incluidos los medicamentos necesarios. Además, también proporcionaba prestaciones de maternidad y un subsidio por defunción. Si bien la idea de la protección social no era nueva, y mucho antes de la promulgación de estas leyes ya existían numerosas aseguradoras a nivel gremial e instituciones de protección caritativas, la institución a escalanacional de un sistema de protección social supervisado por el Estado supuso un salto cualitativo y la base del Estado de bienestar.

Se puede decir que la mayoría de los rasgos distintivos del sistema sanitario alemán actual se derivan del modelo según el que se configuró este primer seguro médico público. Veamos cuáles son esas características definitorias:

- **Cotizaciones como fuente principal de financiación.** Como herencia de su concepción originaria como seguro para los trabajadores, la fuente principal de financiación del sistema alemán la constituyen las cotizaciones obligatorias del trabajador y la empresa vinculadas al salario. De esta forma, el sistema sanitario alemán constituye el prototipo de los sistemas sanitarios mutualistas o bismarckianos —que siguen también países como Francia, Austria, los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Japón—, frente al modelo Beveridge¹ —financiado principalmente por impuestos—, vigente en países como Gran Bretaña, Suecia, Dinamarca, España² e Italia, y al modelo liberal —en el que la salud se considera un bien de consumo del que se ocupa el sector privado y el Estado solo asume la asistencia de grupos desfavorecidos—, cuyo principal exponente es EE. UU. Como curiosidad cabe mencionar que, a pesar de que este modelo de seguro médico haya pasado a la posteridad con su nombre, la intención de Bismarck era constituir un sistema gestionado directamente por el Estado y financiado por impuestos, idea que, no obstante, no pudo imponer en el Parlamento. La solución mutualista final fue, por tanto, una solución de compromiso.
- **Predominio del sistema público.** El seguro médico público desempeña un papel dominante dentro del sistema sanitario alemán: alrededor del 90 % de la población está adscrita al seguro médico público, y casi el 60 % del gasto sanitario total corre a su cargo. Por ello, tanto los principios de funcionamiento del seguro médico público como la relación entre este y los proveedores ejercen una influencia crucial sobre el sistema sanitario.
- **Autonomía de gestión.** Tanto las entidades aseguradoras —denominadas cajas de enfermedad— como las asociaciones de médicos del sistema público, que desempeñan un papel fundamental en la asistencia médica ambulatoria, son corporaciones de derecho público, con lo que no son parte integrante de la Administración estatal y no están por tanto sujetas a su dirección. El Estado se limita a proveer el marco y ejercer la supervisión de las corporaciones.
- **Corporativismo.** La gestión ni corre a cargo del Estado ni se rige por las normas del libre mercado, sino que son las asociaciones de cajas de enfermedad y las de médicos quienes toman las decisiones. Este sistema de gestión corporativa asegura al Estado, por una parte, un amplio influjo sobre la evolución del sistema en su conjunto, pues es el encargado de proveer el marco, mientras, por otra, lo libera de la administración directa.
- **Relación contractual ente el financiador y los proveedores.** Las entidades aseguradoras-financiadoras no emplean a personal para prestar los servicios de asistencia médica, sino que los compran a los proveedores mediante contratos o conciertos. Íntimamente ligado con esto se encuentra el hecho de la escasa presencia de centros integrados con varias disciplinas y el gran predominio de las estructuras pequeñas (consultas de un solo médico o de un reducido grupo de la misma especialidad).
- **Carácter obligatorio.** Desde su creación y hasta fechas recientes el seguro médico era de carácter obligatorio para la mayoría de la población, exceptuando algunos grupos que, por ingresos o profesión, estaban exentos de dicha obligación. Con la reforma sanitaria de 2007 se extendió la obligación a la totalidad de la población y se estableció que a partir del 1 de enero de 2009 fuera obligatorio que toda persona residente en Alemania tenga un seguro de enfermedad que cubra tanto la asistencia ambulatoria como la hospitalaria.
- **Libre elección de médico y acceso directo a la atención especializada.** El sistema sanitario alemán no prevé ningún tipo de asignación de médicos al paciente. Este tiene total libertad para dirigirse al médico que prefiera y también puede acudir directamente al médico especialista de su elección sin necesidad de ser derivado por un médico de cabecera.

El seguro de enfermedad público

El seguro de enfermedad público es la rama más antigua de la seguridad social. Su razón de ser es la de proteger a determinados grupos de población no de la enfermedad en sí —algo que ningún seguro podría garantizar—, pero sí de la ruina en caso de enfermedad. Se encuentra regulado por el Libro V del Código Social³ que, en su artículo primero, establece que la misión del seguro de enfermedad público

consiste en «mantener, restablecer o mejorar la salud de los afiliados» mediante una serie de prestaciones y con la cooperación de los afiliados, que también son responsables de su propia salud.

En general, se basa en el mismo mecanismo de cualquier otro seguro, es decir, el asegurado, como afiliado, aporta unas cuotas determinadas, con lo que adquiere el derecho a recibir unas prestaciones. De este modo, el seguro de enfermedad público se diferencia de otro tipo de prestaciones estatales, como los subsidios sociales, que no dependen de ninguna afiliación ni pago de cuotas. No obstante, el seguro médico público tiene también una serie de principios básicos de funcionamiento que lo distinguen de los demás seguros. A saber:

- **Solidaridad:** el seguro médico público se entiende como comunidad solidaria en la que sus miembros cotizan en función de su capacidad económica y tienen todos derecho a las mismas prestaciones, independientemente de las contribuciones que hayan realizado y de su estado de salud en el momento de la afiliación. Las prestaciones se otorgan en función de las necesidades médicas.
- **Afiliación forzosa:** para determinados grupos de personas fijados por ley, la afiliación al seguro médico público es obligatoria. Asimismo, las cajas aseguradoras no pueden rechazar a ningún candidato ni exigir la realización de chequeos de salud antes de su admisión.
- **Cobertura familiar:** el seguro de enfermedad público contempla la afiliación gratuita de familiares dependientes (cónyuges, parejas de hecho e hijos).
- **Sistema de liquidación directa:** el pago de las prestaciones se realiza directamente entre la entidad aseguradora y el proveedor sin que el asegurado tenga que adelantar el dinero (prestación en especie).
- **Financiación paritaria:** las cotizaciones se aportan tanto por parte de los afiliados como por los empresarios de manera más o menos paritaria.
- **Pluralidad:** el seguro de enfermedad público no está gestionado por un único ente, sino que está formado por numerosas instituciones aseguradoras, las cajas de enfermedad públicas, que son corporaciones de derecho público. Actualmente su número asciende a 153⁴ y desde 1996 los asegurados pueden elegir libremente a cuál de ellas quieren afiliarse.

Asegurados

Según datos del Ministerio alemán de Sanidad, a 1 de julio de 2011, el número de asegurados en el seguro de enfermedad público ascendía a 69 609 742, es decir, alrededor del 85 % de la población total del país.⁵ Los afiliados se dividen en tres categorías:

- **Afiliados forzosos:** aquellos cuya afiliación al seguro está prescrita por ley. Fundamentalmente, se trata de los trabajadores por cuenta ajena cuyo

salario bruto anual no supere un límite salarial determinado (en 2011: 49 500 euros), los jubilados, los empresarios agrícolas, los desempleados, los artistas, los publicistas, los estudiantes universitarios y algún otro grupo más.

- **Afiliados voluntarios:** aquellos que están exentos de la obligación de afiliarse pero quieren formar (o seguir formando) parte, de manera voluntaria, del seguro de enfermedad público, para lo que han de reunir determinadas condiciones. Entre estos, los grupos más numerosos son los trabajadores por cuenta ajena que superan el límite salarial anual establecido para la afiliación forzosa y los trabajadores por cuenta propia.
- **Afiliados dependientes:** familiares (cónyuges, parejas de hecho e hijos) de un afiliado forzoso o voluntario cuyos ingresos propios no superen un límite determinado (en 2011, 365 euros al mes). Los afiliados dependientes están exentos del pago de cuotas.

Financiación

El seguro de enfermedad público se financia a partir de tres fuentes: las cotizaciones, las subvenciones estatales y otros ingresos marginales.

De estas tres fuentes, la más importante, con diferencia, es la de las cotizaciones, que se calculan aplicando un porcentaje definido (tipo de cotización) a los ingresos brutos sujetos a cotización. El tipo de cotización —que hasta fechas recientes podía variar de una caja de enfermedad a otra y se financiaba de forma estrictamente paritaria entre la empresa y el trabajador— es desde 2009 el mismo para todas y lo fija el Gobierno con carácter de ley. El cálculo de las aportaciones respectivas de la empresa y el trabajador se realiza según el siguiente mecanismo: el tipo de cotización vigente menos 0,9 puntos se financia de forma paritaria entre el trabajador y la empresa, y el 0,9 % restante constituye un tipo de cotización adicional financiado únicamente por el trabajador. Para 2011 el tipo único de cotización es del 15,5 %, que, por consiguiente, se distribuye entre el trabajador y el empresario a razón de un 8,2 % el trabajador y un 7,3 % el empresario. La base de cotización está constituida por todos los ingresos brutos hasta un tope máximo (base máxima de cotización), que para el año 2011 se ha fijado en 44 550 euros anuales.⁶

Las subvenciones estatales proceden de los impuestos y se destinan a la financiación de prestaciones ajenas al seguro propiamente dicho, como, por ejemplo, el aseguramiento gratuito de cónyuges e hijos.

El dinero recaudado con las cotizaciones, junto con la subvención estatal, fluye a una bolsa común, el llamado fondo sanitario. El monto total se distribuye entonces entre las distintas cajas de enfermedad, a las que se les asigna una cantidad en función de las respectivas estructuras de riesgo de sus asegurados (edad, sexo, estado de salud, etc.).

El seguro de enfermedad público es un sistema que funciona en régimen de reparto (en oposición a los sistemas de capitalización), es decir, que las prestaciones de un periodo

de tiempo concreto se han de financiar con las aportaciones recaudadas en ese mismo periodo. Por tanto, las cajas aseguradoras pueden pagar primas a sus afiliados en caso de tener superávit y tienen que recaudar cuotas suplementarias en caso de que las cantidades asignadas del fondo sanitario no sean suficientes para cubrir la asistencia a los asegurados más los gastos de administración. En tal caso, dicha cuota se establece como cuota adicional, independiente del nivel de ingresos que los afiliados pagan directamente a la caja correspondiente, donde se queda sin fluir al fondo sanitario.



Gráfico 5. Fuente: Statistisches Bundesamt

Gestión

El Estado no se ocupa de la gestión del seguro de enfermedad público, sino que la delega en las principales partes implicadas: las entidades aseguradoras y los proveedores, que son los encargados de organizar y administrar el sistema de forma conjunta (gestión autónoma conjunta) mediante convenios. Dichos convenios, no obstante, desde los tiempos de la República de Weimar no se negocian a nivel individual entre las distintas aseguradoras y los diferentes médicos, sino siempre de forma colectiva a través de asociaciones que representan a las partes. La gestión, por tanto, es de corte corporativista. Así, tenemos como principales actores, por un lado, a las federaciones regionales de cajas de enfermedad—que a su vez están asociadas en una confederación nacional— y, por otro, a las asociaciones regionales y a la asociación nacional de médicos concertados. Ambas partes tienen, por un lado, la misión de defender los intereses de sus representados respectivos y, por otro, la misión conferida por el Estado de acordar convenios en los que se establezcan las condiciones de la asistencia médica.

Las asociaciones de médicos son, al igual que las cajas de enfermedad, corporaciones de derecho público y tienen la obligación, fijada por ley, de garantizar asistencia médica ambulatoria a la población, incluida la organización de un servicio de guardia. Es decir, que las asociaciones de médicos concertados ostentan el monopolio de la asistencia médica ambulatoria.

La asistencia en sí corre a cargo de los médicos concertados. Para alcanzar esta condición y, por ende, poder prestar atención sanitaria a los afiliados al seguro público, el médico tiene que obtener una autorización oficial. La concesión de autorizaciones corre a cargo de una comisión y depende, por un lado, de que el aspirante tenga la cualificación necesaria y,

por otro, de la situación asistencial de la zona donde pretenda desarrollar su actividad. En las zonas con exceso de oferta de asistencia médica pueden limitarse las autorizaciones. Con la obtención de la autorización, el médico se convierte en médico concertado y pasa automáticamente a ser miembro forzoso de la asociación de médicos del sistema público de la región correspondiente. Más del 85 % de los médicos dedicados a la asistencia ambulatoria en Alemania son médicos concertados.

Dado que ni el Estado ni las cajas de enfermedad poseen consultorios ni centros de salud propios, la asistencia médica ambulatoria pública se presta en las consultas privadas de los propios médicos concertados, en las que los titulares, por regla general, atienden tanto a pacientes del seguro público como del privado. Es decir, en Alemania, los médicos del seguro público no son ni funcionarios ni contratados por el Estado, sino profesionales autónomos con consulta propia, aunque también son habituales los consultorios colectivos y las consultas compartidas. Adicionalmente, con la reforma sanitaria de 2004, se instituyó una nueva figura en la asistencia pública ambulatoria con la que se pretende impulsar la asistencia ambulatoria integrada: los centros de atención médica, que son centros con dirección médica en los que médicos concertados y médicos contratados de distintas especialidades pueden prestar sus servicios, a veces junto con otros proveedores sanitarios no médicos, a los afiliados del seguro público.

Por lo que respecta al sistema de remuneración, a partir del dinero asignado del fondo sanitario, las cajas de enfermedad transfieren a las asociaciones de médicos concertados una cantidad fijada previamente por acuerdo entre las partes, denominada remuneración total dependiente de la morbilidad, con la que deben cubrirse las prestaciones médicas ambulatorias recibidas por los asegurados durante un año más los gastos de administración de las asociaciones. En el caso de que se dé un aumento imprevisible de la morbilidad, por ejemplo, por una epidemia, existe la posibilidad de que las cajas tengan que abonar una cifra superior a la pactada.

Con ese dinero, las asociaciones remuneran a los médicos según las tarifas oficiales fijadas para las prestaciones cubiertas por el seguro público. La mayoría de los actos médicos no se facturan por separado, sino que están agrupados en casos diagnósticos y el médico obtiene un monto fijo por caso, que incluye todas las prestaciones relativas a un problema de salud definido durante un tiempo determinado. Así, el médico facturará trimestralmente a la asociación a la que esté adscrito las prestaciones realizadas a los precios fijados en la tarifa oficial. Dado que este sistema de remuneración entraña el riesgo de que se produzca una elevación artificial del volumen de prestaciones, se han creado mecanismos de regulación mediante la asignación de contingentes de prestaciones facturables a los médicos. Así, para cada médico se calcula un volumen normal de prestaciones. Ese volumen será el contingente de prestaciones que el médico podrá facturar a los precios fijos establecidos en la tarifa oficial. Si realiza más actos médicos de los estipulados en el contingente asignado, el resto de prestaciones las facturará a un precio menor siguiendo un sistema de precios escalonados. Determinadas prestaciones que

se consideran especialmente dignas de fomento, como los chequeos preventivos de detección precoz, las vacunaciones y las intervenciones quirúrgicas ambulatorias, se remuneran siempre a precios fijos sin limitación de cantidad. Para su financiación, las cajas aseguradoras transfieren a las asociaciones de médicos un monto adicional que no forma parte de la remuneración total dependiente de la morbilidad.

Prestaciones

Todas las cajas aseguradoras del seguro de enfermedad público tienen que ofrecer un mínimo de prestaciones fijadas en el Código Social. Dentro de este catálogo de prestaciones figuran medidas preventivas —vacunas, chequeos periódicos—, tratamiento médico ambulatorio y hospitalario, rehabilitación, psicoterapia, socioterapia, asistencia odontológica y prótesis dentales, asistencia médica por maternidad —que incluye asistencia posparto domiciliaria prestada por una comadrona durante diez días—, cuidados paliativos, asistencia domiciliaria, asistencia a enfermos terminales, medicamentos y prestaciones económicas por enfermedad propia y de los hijos, todo ello bajo la libre elección de médico —tanto de atención primaria como de especialistas— por parte del asegurado.

Recientemente se ha introducido una serie de tarifas opcionales ofrecidas por las cajas de enfermedad mediante las cuales los afiliados que se acojan a ellas pueden bien ahorrar dinero —por ejemplo, eligiendo un modelo en el que se comprometen a acudir siempre en primera instancia al médico de cabecera— o bien mejorar las prestaciones.

Copagos

Numerosas prestaciones del seguro médico público están sujetas a copagos. Por regla general, los copagos ascienden al diez por ciento de los costes, con un mínimo de cinco euros y un máximo de diez, aunque nunca más que el coste real de la prestación. Los niños están exentos de copagos hasta los 18 años, con excepción de los gastos de transporte.

El copago de las visitas médicas se realiza a través de una *tasa sanitaria*, que consiste en el pago de diez euros por trimestre natural en la primera visita realizada a un médico en el trimestre correspondiente —independientemente de que se trate de un médico de cabecera, un especialista o un psicoterapeuta—. Este pago cubre todas las visitas que se realicen al mismo médico durante el trimestre así como todas las que se realicen a otros médicos si el paciente ha sido derivado a ellos por el primero. Si, por el contrario, el paciente decide acudir a otro médico sin volante, deberá abonar otra tasa trimestral al segundo médico. Para las visitas al dentista hay que pagar una tasa trimestral análoga que funciona por el mismo mecanismo, a la que se añaden copagos por determinadas prestaciones. Así, para el área de las prótesis dentales se ha establecido un catálogo de *tratamientos normales* para cada caso definido, que el seguro subvenciona con un 50 % —que aumenta al 60 % si el asegurado demuestra haber realizado revisiones dentales profilácticas anuales durante los últimos cinco años—. Si el asegurado elige un tratamiento más caro que el definido por el seguro, tendrá que abonar la diferencia

de su bolsillo además del copago del 50 o el 40 % correspondiente.

Por lo que respecta a los medicamentos, por regla general el seguro público no cubre los medicamentos de venta libre, con excepción de los prescritos a niños de hasta 12 años de edad. En cuanto a los medicamentos de prescripción obligatoria, el asegurado tiene que abonar en concepto de copago el 10 % del precio del medicamento, con un mínimo de cinco y un máximo de diez euros. En caso de que el medicamento cueste menos de cinco euros, el asegurado abonará el precio real de este. Los niños y jóvenes hasta los 18 años están exentos del copago. Además, existe una serie de medicamentos que están exentos de copago, que se publican en una lista oficial de acceso público.

No obstante, con el objetivo de evitar que los copagos supongan una carga económica excesiva para los asegurados, se ha establecido como carga máxima asumible el 2 % de los ingresos brutos familiares anuales computables en concepto de copagos. Si un asegurado alcanza ese límite (sumando todos los copagos realizados durante el año en curso), puede solicitar la exención de copagos para el resto del año previa presentación de los justificantes correspondientes a su caja aseguradora, que le expedirá un carné a tal efecto con vigencia hasta final de año. En el caso de los enfermos crónicos, la carga máxima asumible se ha fijado en el 1 %.

El seguro de enfermedad privado

Los orígenes del seguro de enfermedad privado se remontan a la Edad Media, en la que diversos gremios aseguraban a sus miembros en caso de enfermedad. Estos seguros gremiales, por cierto, también sirvieron de modelo a la hora de constituir el seguro de enfermedad público.

En la actualidad, el seguro de enfermedad privado como seguro de enfermedad sustitutorio está destinado a la parte de la población exenta de la obligación de formar parte del seguro de enfermedad público. De este modo, los principales grupos de afiliados al seguro privado son los funcionarios, los trabajadores por cuenta ajena cuyo salario bruto anual supera el tope definido para su afiliación forzosa al seguro público y los trabajadores por cuenta propia. Los trabajadores por cuenta ajena que decidan contratar un seguro de enfermedad privado sustitutorio tienen derecho a cofinanciación de las cuotas por parte del empleador por el mismo importe que este aportaría al seguro público, con la salvedad de que no podrá superar la mitad de la prima real del seguro privado. Según los datos de la Asociación del Seguro Privado, a 30 de junio de 2010, el total de afiliados al seguro de enfermedad privado ascendía a 8 855 400 personas,⁷ que corresponderían a alrededor del 10,8 % de la población del país.

Al igual que el seguro de enfermedad público, el seguro privado se financia a partir de las cuotas de los afiliados, aunque a diferencia de aquel, que se basa en el principio de solidaridad, el seguro de enfermedad privado es un seguro individual basado en el llamado principio de equivalencia, es decir, que cada afiliado debe pagar una cuota mensual calculada en función de su riesgo individual y, en conjunto, las aportaciones deben corresponderse con las prestaciones. De

este modo, en el seguro de enfermedad privado no existe la afiliación gratuita de familiares dependientes y las cuotas de los afiliados no dependen de sus ingresos, sino de factores tales como la edad, el sexo y el estado de salud del asegurado en el momento de la contratación del seguro. La mutua puede rechazar solicitudes, así como excluir determinadas prestaciones por enfermedades preexistentes.

El seguro de enfermedad privado es un sistema que funciona en régimen de capitalización, por lo que se constituyen provisiones para prestaciones futuras. Las primas se desglosan en cuatro componentes principales: contribución según el riesgo del asegurado, cuota para creación de provisiones de vejez, suplemento de seguridad (para cubrir riesgos imprevistos) y cuota para gastos de administración.

Por regla general, la cuantía de las primas va aumentando con la edad del asegurado, ya que con la edad suelen aumentar también las prestaciones médicas necesarias. Mediante las citadas provisiones se pretende reducir este efecto: los asegurados jóvenes pagan unas primas superiores a los gastos que ocasionan y la diferencia se destina a una provisión que se invierte, generando intereses, y con la que más adelante se pueden financiar las prestaciones que superen el monto de las primas, al menos en parte.

En cuanto a las prestaciones, a diferencia del seguro público, en el seguro privado no existe ningún catálogo de prestaciones prescrito, sino que estas dependerán del tipo de póliza que elija el asegurado entre los diferentes modelos ofrecidos por las 45 mutuas de seguros de enfermedad existentes actualmente en Alemania. No obstante, sí existen unas recomendaciones no vinculantes emitidas por la Asociación de Seguros Privados⁸ en las que se fijan las prestaciones mínimas que un seguro de enfermedad privado sustitutorio debería cubrir en los tres ámbitos fundamentales de asistencia ambulatoria, asistencia hospitalaria y asistencia odontológica. Tampoco existen prescripciones con respecto a los copagos, que dependerán de la póliza concreta, en la que se pueden fijar franquicias (por cantidad fija, como porcentaje, solo para determinadas prestaciones, etc.) o no. Aparte, con la entrada en vigor de la obligatoriedad universal de contar con un seguro de enfermedad, desde el 1 de enero de 2009 las mutuas privadas tienen que ofrecer también una póliza básica con unas prestaciones comparables a las del seguro público y una prima máxima que no exceda la cotización máxima al seguro público. En esta modalidad, no está permitido que las mutuas rechacen candidatos.

A diferencia del seguro público, en el privado no existe ningún vínculo contractual entre las mutuas y los proveedores de servicios ni ningún procedimiento de autorización para prestar servicios a los afiliados a las mutuas, sino que cualquier médico habilitado para ejercer puede prestar asistencia a pacientes privados. Aunque algunos médicos se dedican en exclusiva a la medicina privada (alrededor del 2,33 % de los médicos del sector ambulatorio), la gran mayoría atiende tanto a pacientes del seguro público como a pacientes privados en sus consultas.

En el seguro privado, el pago de las prestaciones se realiza por el sistema de reembolso: el asegurado abona al médico

la factura que este le extiende por sus servicios y luego la remite a su mutua para que le reembolsen los gastos total o parcialmente, según los términos de la póliza contratada. Así, aquí los proveedores de servicios reciben su remuneración del paciente y no de las aseguradoras.

A la hora de facturar las prestaciones, los médicos han de atenerse a lo estipulado en las tarifas oficiales para prestaciones médicas privadas, promulgadas con fuerza de decreto por el Ministerio de Sanidad, previa aprobación por la Cámara Alta alemana (*Bundesrat*). En dichas tarifas, al igual que en las vigentes para el seguro público, se encuentran listadas las diferentes prestaciones y su correspondiente valor monetario (mayor que en el de las tarifas para el seguro público), con la posibilidad de multiplicarlas por determinados tipos de incremento en función de la dificultad y el tiempo requerido.⁹ En el sistema privado no existen contingentes de prestaciones, de modo que todos los servicios prestados pueden facturarse según las tarifas oficiales sin limitación de cantidad.

Dadas las diferentes filosofías que subyacen al seguro de enfermedad público y al privado —comunidad solidaria y contrato generacional en el público, seguro individual en el privado—, si bien el paso del público al privado es fácil si se reúnen los requisitos exigidos, el retorno al seguro público después de haber estado asegurado en el privado está casi excluido por el sistema. El motivo es evitar abusos del principio de solidaridad del seguro de enfermedad público, que se darían si la población con altos ingresos abandonase el seguro público para beneficiarse de las bajas primas que ofrece el seguro privado a los pacientes jóvenes y cuando las primas del seguro privado aumentan con la edad retornase al público para sacar partido de un sistema solidario al que no ha contribuido.

Adicionalmente a los seguros de enfermedad sustitutorios, las mutuas privadas también ofrecen seguros de enfermedad parciales a los afiliados al seguro de enfermedad público como complemento, por ejemplo, para cubrir determinados ámbitos no cubiertos por el seguro público o para mejorar las prestaciones.

La asistencia hospitalaria

La asistencia hospitalaria constituye el segundo nivel asistencial sanitario y entra en juego cuando un caso no puede ser tratado óptimamente de forma ambulatoria.

La asistencia hospitalaria también se encuentra regulada por el Código Social. La tarea de garantizar que haya una oferta de prestaciones hospitalarias adecuada a la población recae sobre los estados federados que, por tanto, asumen la planificación de recursos hospitalarios para sus respectivas regiones. Si bien tanto las asociaciones regionales de hospitales como las de cajas aseguradoras pueden participar en la planificación, solo tienen derecho a voz, pero no a voto, de modo que, en el ámbito hospitalario, a diferencia de lo que ocurre en el ambulatorio, la planificación es competencia estatal. De este modo, cada administración regional fija un plan hospitalario en el que se calcula el número de camas necesarias mediante una fórmula que tiene en cuenta el número de habitantes, la tasa de ingresos hospitalarios, la duración media de los ingresos y el grado deseado de aprovechamiento de las

camas, que habitualmente se fija en un 85 %, o con objeto de garantizar que los hospitales dispongan de suficiente capacidad para atender a la demanda en las épocas de mayor número de ingresos. En dicho plan también se incluyen los hospitales concertados para dar asistencia a los afiliados al seguro público. Una vez incluidos en el plan hospitalario, los hospitales —de forma individual— firmarán los convenios correspondientes con las cajas de enfermedad.

La asistencia se presta a través de una red hospitalaria que en el año 2009 constaba de 2084 hospitales con un total de 503 341 camas, lo que equivale a 6,15 camas por cada 1000 habitantes. En este mismo año, el 31,1 % de los hospitales eran hospitales públicos, el 32 %, privados, y el 36,9 % se encontraba en manos de organizaciones sin ánimo de lucro. Dado que, en general, los hospitales privados son pequeños, con una media de 126 camas, tamaño que los hospitales públicos triplican, con 378 camas de media, casi la mitad de las camas (48,7 %) pertenecen al sector público, el 34,7 % a los gestores sin ánimo de lucro, y solo el 16,6 % a los hospitales privados.¹⁰ La mayoría de los hospitales públicos y pertenecientes a organizaciones sin ánimo de lucro ofrecen una amplia gama de prestaciones, mientras que la mayoría de los hospitales privados tienden a ser clínicas especializadas.

Desde mediados de la década de 1990 se viene observando un cambio profundo en el panorama hospitalario alemán, caracterizado por una creciente privatización del sector, una reducción general tanto del número de hospitales como de camas, un aumento de la tasa de ingresos y una importante reducción de la duración media de estos, que ha pasado de 14 días en 1991 a 8 en 2009.

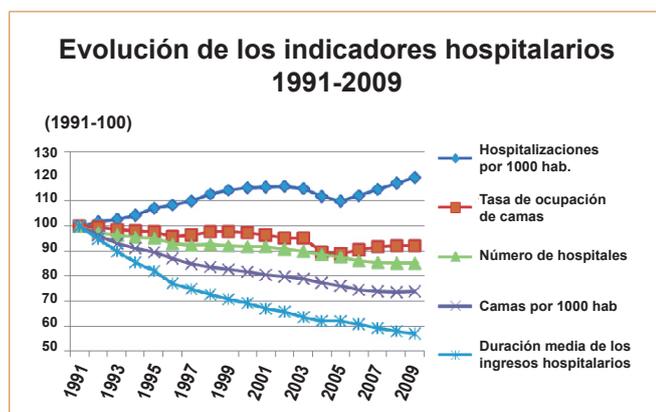


Gráfico 6. Fuente: Statistisches Bundesamt

Salvo algunas pocas excepciones introducidas en las últimas reformas sanitarias, los hospitales no pueden prestar atención ambulatoria. El acceso a la asistencia hospitalaria, salvo en los casos de urgencias, se obtiene previa derivación por parte de un médico ambulatorio, aunque a los afiliados al seguro privado les suele estar permitido el ingreso sin derivación previa. Los pacientes tienen libertad para elegir hospital, pero no para elegir médico dentro del hospital al que acuden, excepto si tienen una póliza del seguro privado o una póliza adicional al seguro público que contemple la libre elección de

médico. La asistencia hospitalaria en el seguro público está sujeta a copago, que asciende a 10 euros por día de ingreso hasta un máximo de 28 días al año. En el caso de los pacientes privados, depende de la póliza suscrita.

El sector hospitalario es un sector con gran peso en la economía, que da empleo a 1 096 520 personas, de las cuales 143 967 son médicos (empleados en su mayoría, algunos funcionarios), y consume un 35,2 % del gasto sanitario del seguro público y un 25 % del privado.¹¹ La financiación de los hospitales en Alemania sigue un modelo dual en el que el Estado, a través de las administraciones regionales, asume los gastos de financiación de las inversiones hospitalarias (construcción, equipamiento inicial, reposición de algunos bienes), que se financian a partir de impuestos, mientras que las cajas de enfermedad públicas y las mutuas de seguros privadas asumen los gastos ordinarios de funcionamiento, es decir, los gastos directamente derivados de la asistencia sanitaria, que se financian a partir de las cotizaciones. La liquidación de los gastos hospitalarios se realiza por regla general de forma directa entre el hospital y las aseguradoras.

En cuanto a la remuneración de las prestaciones sanitarias hospitalarias, antiguamente se realizaba mediante el reembolso al hospital de un tanto fijo por día de hospitalización. En la reforma sanitaria del año 2000 se fijó la implantación gradual a partir de 2003 de un nuevo sistema basado en el diagnóstico y las prestaciones en todos los ámbitos hospitalarios, excepto en la psiquiatría y las clínicas psicosomáticas, que siguen facturando por el sistema antiguo. Esto se llevó a la práctica creando un sistema de retribuciones fijas por casos diagnósticos mediante la adaptación del sistema vigente en Australia al sistema alemán. Dicho sistema se basa en un catálogo de casos diagnósticos definidos a los que se asigna una ponderación relativa que luego se multiplica por un importe base para obtener el coste del tratamiento. Así, por ejemplo, el código A01A corresponde a un trasplante de hígado con respiración artificial durante más de 179 horas y el código A01B a un trasplante de hígado con respiración artificial entre 60 y 179 horas o con rechazo del órgano trasplantado o en combinación con un trasplante de riñón. En el catálogo de casos de 2011,¹² al caso A01B se le asigna una ponderación (con respecto a un tratamiento hipotético que valdría 1) de 31,636, y al A01A, de 15,545. Dado que para el año 2011 el importe base para tratamientos hospitalarios se ha fijado en 2963,82 euros, un hospital facturaría 97 763,41 euros por un trasplante de hígado con respiración artificial durante más de 179 horas y 46 072,58 euros por un trasplante de hígado con respiración artificial entre 60 y 179 horas o con rechazo del órgano trasplantado o combinado con un trasplante de riñón.

Conclusión y perspectivas

A modo de conclusión cabe decir que el sistema sanitario alemán es un sistema altamente complejo que ha mantenido a lo largo de su dilatada historia los principales rasgos definitivos que lo caracterizaron en sus inicios.

No obstante, al igual que en el resto de países desarrollados, el sistema sanitario alemán se enfrenta de un tiempo a

esta parte a una serie de retos importantes derivados, sobre todo, del envejecimiento de la población y de la explosión del gasto, en parte propiciada por el creciente uso de nuevas tecnologías en el ámbito médico. Todo ello ha llevado a que en los últimos años se hayan sucedido las reformas sanitarias, orientadas fundamentalmente a la contención del gasto sanitario, por una parte, y a una modificación del reparto de las cargas financieras, por la otra, de modo que el aumento del gasto sanitario no conlleve automáticamente también una elevación del coste del trabajo que pueda poner en peligro la creación de empleo. De este modo, con las sucesivas reformas se han ido incorporando diversos elementos de otros sistemas. Así, por ejemplo, se ha abierto la posibilidad a la creación de centros de asistencia médica para fomentar la asistencia integrada, se han implantado modelos optativos en los que la atención primaria hace de puerta de acceso a la atención especializada, se ha elevado la participación estatal mediante impuestos en la financiación del seguro médico y también la contribución de los propios asegurados mediante el aumento de los copagos y la exclusión de determinadas prestaciones del ámbito de cobertura del seguro.

A pesar de que en los últimos 20 años se han promulgado nada menos que 15 leyes con las que se han introducido reformas al sistema, se prevé que el proceso de reforma continúe, aunque aún no está claro por qué vía exactamente. En este sentido, el debate político gira en torno a dos modelos básicos con sus respectivas variantes: el modelo del seguro médico popular y el de la prima capitativa.

El modelo del seguro médico popular consiste, a grandes rasgos, en un seguro médico público en el que estaría asegurada toda la población y desaparecería el seguro médico privado como seguro sustitutorio. En este caso, el sistema se seguiría rigiendo por el régimen de reparto, y la base principal de financiación seguirían siendo las cotizaciones, que serían dependientes de los ingresos. En este punto, algunas variantes contemplan la inclusión de ingresos no salariales en la base de cotización. En cuanto al tope máximo de la base de cotización, algunas opciones contemplan su elevación y otras su supresión. También existen distintas variantes en lo relativo a la aportación empresarial: contribución paritaria de trabajador y empresa o limitación de la aportación empresarial a un máximo definido.

El modelo del seguro médico a base de primas capitativas consiste básicamente en un seguro médico público que estaría financiado fundamentalmente a partir de cuotas fijas por persona, independientemente del nivel de ingresos, del estado de salud y del riesgo, e iguales para todos los afiliados, manteniéndose la actual dualidad de seguro médico público y privado. Dado que las primas constituirían una gran carga para las personas con menos ingresos, estas recibirían ayudas que se financiarían con impuestos. En cuanto a la aportación empresarial, el tipo de cotización se congelaría, de modo que unos futuros incrementos del gasto sanitario no repercutirían sobre los costes del trabajo, y la aportación se pagaría al empleado como parte del salario, con su correspondiente gravamen impositivo. Por lo que respecta al régimen de gestión de los recursos, algunas variantes incluyen el mantenimiento

del sistema de reparto actual, mientras que otras estipulan el cambio a un sistema de capitalización.

Notas

1. Llamado así por William Henry Beveridge, economista y político británico que, con su informe *Social Insurance and Allied Services*, de 1942, sentó las bases para la constitución del servicio nacional de salud británico.
2. El sistema español no siguió desde el principio este modelo, sino que se financió en origen y hasta 1986 como los sistemas del modelo Bismarck, pasando a partir de esa fecha a financiarse mediante impuestos.
3. *Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch*. <<http://tinyurl.com/375bdlw>>..
4. Según datos de la GKV-Spitzenverband a 1 de agosto de 2011.
5. 81 802 300 a 31 de diciembre de 2009 (fuente: Statistisches Bundesamt).
6. Bundesministerium für Gesundheit (2011): «Das hat sich zum 1. Januar 2011 geändert». <www.bmg.bund.de/krankensversicherung/gesundheitsreform/was-hat-sich-2011-geaendert.html>.
7. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2011): *Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010*. Colonia. <<http://tinyurl.com/6yralmo>>.
8. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2009): *Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Standardtarif: Musterbedingungen 2009 für den Standardtarif*. Colonia. Disponible en <https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_musterbedingungen/allgemeine_versicherungsbedingungen_standardtarif_mb_st_2009_pdf.pdf>.
9. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Disponible en <<http://www.e-bis.de/goae/defaultFrame.htm>>.
10. Statistisches Bundesamt (2011): *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2009*. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden. Disponible en <www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Qualitaetsberichte/Gesundheitswesen/Grunddatenkrankenhaeser.property=file.pdf>.
11. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011): «Krankenhausstatistik». <www.dkgev.de/dkg.php/cat/62>.
12. InEK GmbH (2010): *Fallpauschalen-Katalog 2011*. Disponible en <www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2011>.

Bibliografía

- Bundesärztekammer (2011): «Ergebnisse der Ärztstatistik zum 31.12.2010». <<http://tinyurl.com/6d37mza>> [consulta: 1.X.2011].
- Bundesministerium für Gesundheit: «Krankenversicherung». <<http://tinyurl.com/5u35xlf>> [consulta: 1.X.2011].
- Bundesministerium für Gesundheit (2010): *Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen*. Berlín. <<http://tinyurl.com/6de23re>> [consulta: 1.X.2011].
- Bundesministerium für Gesundheit (2010): *Daten des Gesundheitswesens 2010*. Berlín. <<http://tinyurl.com/6jrcn8g>> [consulta: 1.X.2011].
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): *Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2010*. Berlín. <<http://tinyurl.com/6y524tw>> [consulta: 1.X.2011].

- Bundeszentrale für politische Bildung: «Gesundheitspolitik». <<http://tinyurl.com/35prvpw>> [consulta: 1.X.2011].
- Cecu.de GmbH: «Krankenversicherung». <<http://tinyurl.com/6yflr9w>> [consulta: 1.X.2011].
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011): «Krankenhausstatistik». <<http://tinyurl.com/6eeyr98>> [consulta: 1.X.2011].
- FFG Finanzcheck Finanzportale GmbH: *Private Krankenversicherung. Das Informationsportal*. <www.private-krankenversicherung.net> [consulta: 1.X.2011].
- GKV-Spitzenverband (2010): «Die gesetzliche Krankenversicherung». <<http://tinyurl.com/5u9kcnc>> [consulta: 1.X.2011].
- GKV-Spitzenverband (2011): «Versorgungsbereiche der GKV». <<http://tinyurl.com/67wdfni>> [consulta: 1.X.2011].
- InEK GmbH (2010): *Fallpauschalen-Katalog 2011*. <<http://tinyurl.com/5tewznm>> [consulta: 1.X.2011].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): *Honorarreform. Rückblick und Ausblick. Serviceteil mit allen Regeln und Neuerungen zur Honorarverteilung ab 1. Juli 2010*. Berlin. <<http://www.kbv.de/26443.html>> [consulta: 1.X.2011].
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen (2009): *Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung 2009. Systematik der Regelleistungsvolumina*. Disponible en: <<http://tinyurl.com/63yvxw6>> [consulta: 1.X.2011].
- LogoPATE oHG (2008): «Versicherungspflicht zur Krankenversicherung ab 01.01.2009», *Finanz-Duell*. <<http://tinyurl.com/6hr46mi>> [consulta: 1.X.2011].
- Organización Internacional del Trabajo (2009): «De Bismarck a Beveridge: seguridad social para todos», *Trabajo*, 67 (diciembre 2009): 2. <<http://tinyurl.com/5ucymy8>>.
- Organización Mundial de la Salud (2011): *Estadísticas sanitarias mundiales 2011*. Ginebra. <<http://tinyurl.com/5scd678>> [consulta: 1.X.2011].
- Organización Mundial de la Salud (2011): «World Health Statistics», *Global Health Observatory Data Repository*, <<http://apps.who.int/ghodata/>> [consulta: 1.X.2011].
- Schmidt, Manfred G. (2005): *Sozialpolitik in Deutschland: Historische Entwicklung und Internationaler Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch*. <<http://tinyurl.com/375bdlw>> [consulta: 1.X.2011].
- Statistisches Bundesamt (2011): «Bevölkerungsstand». <<http://tinyurl.com/5rh3sy>> [consulta: 1.X.2011].
- Statistisches Bundesamt (2011): «Gesundheit». <<http://tinyurl.com/cjwrxr>> [consulta: 1.X.2011].
- Statistisches Bundesamt (2011): *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2009*. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden. <<http://tinyurl.com/nyptre>> [consulta: 1.X.2011].
- Statistisches Bundesamt (2011): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <<http://www.gbe-bund.de/>> [consulta: 1.X.2011].
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: *Private Zusatzversicherung. Ergänzung zum gesetzlichen Versicherungsschutz*. Colonia, Berlín. <<http://tinyurl.com/6k4gfe4>> [consulta: 1.X.2011].
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2011): *Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht*. Colonia, Berlín. <<http://tinyurl.com/6ghjx3z>> [consulta: 1.X.2011].
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2011): *Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010*. Colonia. <<http://tinyurl.com/6yralmo>> [consulta: 1.X.2011].
- Weka Media GmbH & Co. KG (2011): «Bürgerversicherung und Kopfpauschale», *Förderland*. <<http://tinyurl.com/5we66vh>> [consulta: 1.X.2011].
- Westhoff, Andrea (2008): «Vater Staat entdeckt die Fürsorglichkeit». *Deutschlandradio*. <<http://tinyurl.com/6jp9elh>> [consulta: 1.X.2011].

