

Prof. Hans-Georg Petersen
Uniwersytet Poczdamski
Niemiecki Instytut Badań Gospodarczych (DIW Berlin),
Członek Niemiecko-Francuskiej Rady Doradców Ekonomicznych

Systematyczne zmiany zamiast leczenia objawów: Koordynacja społecznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech i innych państwach

I. Wprowadzenie

Po ponad dwóch dekadach od rozpoczęcia „radykalnych” reform ochrony zdrowia w Niemczech, zwanych nawet reformami stulecia, okazuje się, że konieczne jest wprowadzanie kolejnych zmian zmniejszających nieustannie rosnący deficyt w społecznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Niedobory w tym zakresie były w przeszłości pokrywane środkami z kolejnych podwyżek składek na ubezpieczenia społeczne.¹ Z powodu znacznego wzrostu dodatkowych kosztów pracy, których poziom zaczął w jednoznaczny sposób przekładać się na zwiększenie bezrobocia, zostały wprowadzone progresywne oszczędności kosztów (obejmujące m.in. koszyk gwarantowanych środków farmaceutycznych, współpłacenie za produkty farmaceutyczne i koszty hospitalizacji, leczenie uzdrowiskowe, niedawno wprowadzone opłaty za wizyty lekarskie itd.). Nie wywierają one jednak znaczącego i trwałego wpływu na średnio i długoterminowy rozwój kosztów. W trakcie reform zrezygnowano ze zróżnicowanych metod planowania budżetu lekarzy prowadzących własną praktykę a także z zasady zryczałtowanej refundacji kosztów leczenia szpitalnego poszczególnych przypadków. Obie metody okazały się równie nieskuteczne, co pozostałe środki mające na celu ograniczenie przyszłej eksplozji kosztów.

Wszystkie z niezliczonej ilości rozwiązań mających na celu obniżanie kosztów opieki medycznej były obarczone tym samym błędem – były opracowywane w celu wyeliminowania pojedynczych patologicznych tendencji i dlatego też, nie uwzględniały standardowych wad wpisanych w Bismarckowski model ubezpieczeń zdrowotnych.² Z tego właśnie powodu, aktorzy działający w ramach poszczególnych rynków złożonego systemu, grupy prowadzące negocjacje oraz polityczny lobbying szybko dostosowywały się do nowych warunków i przyjęły kompleksową strategię zachowań aby wykorzystywać typowe błędy systemowe. Wprowadzanie częściowych reform, redukcja kosztów i kształtowanie wzorców zachowań na podstawie doświadczenia sprawiły, że sytuacja stała się patowa. Zjawisku temu towarzyszył systematyczny spadek zaufania obywateli w kompetencje polityczne ciał sterujących systemem zdrowia publicznego, co zaowocowało dramatycznym zmniejszeniem poparcia dla kolejnych etapów częściowych reform. Niezadowolenie elektoratu obróciło się przeciw politykom, którzy wykazują ewidentny brak umiejętności wprowadzania skutecznych rozwiązań i zachęciło opozycję do głoszenia populistycznych haseł. Zjawisko to przyczynia się do powstawania kolejnych przeszkód na drodze tak potrzebnych gruntownych reform.

Kompleksowe i systemowe podejście do problematyki reform może przyczynić się do określenia podstawowych przyczyn eksplozji kosztów funkcjonowania społecznych

¹ Więcej informacji na ten temat patrz: *Henke* (2003).

² Bismarckowski model został opisany szczegółowo w *Petersen* (1989); standardowe wady tego systemu zostały wymienione w: *Petersen* (1997).

ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony zdrowia.³ Należy podkreślić, że świadczenia i usługi zdrowotne stanowią dobra nadrzędne (które są w większości prywatne), a występujący na nie popyt wzrasta nieproporcjonalnie w trakcie procesu ogólnego rozwoju gospodarczego. W tym świetle można więc uznać, że wzrost kosztów jest w pewnym stopniu naturalną konsekwencją tego zjawiska. Czynniki, które powinny zostać zredukowane w wyniku reform obejmują nieskuteczną i nadmierną podaż oraz popyt powstałe w wyniku systematycznych błędów obecnych systemów. Jeśli systematyczne błędy zostaną usunięte, sektor zdrowia może odegrać ważną rolę we współczesnej gospodarce, tworząc brakujące nowe miejsca pracy i przyczyniając się do zmniejszenia skali bezrobocia w wielu krajach. Z tego właśnie powodu, rozdział drugi omawia podejście uwzględniające głównych aktorów tego rynku. Strategia ta odzwierciedla struktury rynków, które są nieodłącznym elementem procesu popytu i podaży w ramach systemu ochrony zdrowia. Rozdział trzeci porównuje w pełni sprywatyzowany rynek ubezpieczeń zdrowotnych z Bismarckowskim modelem społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, który w dalszym ciągu funkcjonuje w Niemczech. Diagnoza obejmuje przypadki błędnej alokacji i niewłaściwych praktyk, które zostały omówione bardziej szczegółowo w rozdziale czwartym. Rozdział piąty jest natomiast poświęcony współdziałaniu publicznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wnioski i podsumowanie zostały zawarte w rozdziale szóstym.

II. Aktorzy, rynki i grupy interesów w sektorze służby zdrowia

W warunkach pełnej prywatyzacji i odpowiednio rozwiniętej gospodarki rynkowej działa w mniejszym lub większym zakresie szereg równoległych rynków usług i dóbr medycznych. Struktury rynkowe mają dosyć złożoną postać, czego powodem jest ogromna liczba aktorów działających w sektorze zdrowia.⁴ Rynkiem podstawowym jest rynek leczenia ambulatoryjnego (◇), na którym rolę kupujących pełnią pacjenci, a lekarze i konsultanci (lekarze specjaliści) są dostawcami usług medycznych (patrz: Diagram 1). Ostatnia grupa czerpie korzyści z asymetrycznej struktury informacji (lub uprzywilejowania informacyjnego),⁵ co stanowi przyczynę wielu dysfunkcji występujących na tym rynku. Rynek ubezpieczeń prywatnych (◇) powstał na skutek wzrostu świadomości pacjentów i doświadczeń w zakresie podziału ryzyka ubezpieczeniowego. W modelu rynkowym, oferta prywatnych firm ubezpieczeniowych na rynku zdrowotnym obejmuje różnorodne polisy chroniące osoby objęte ubezpieczeniem przed kosztem ryzyka, które przekracza finansowe możliwości jednostki.⁶

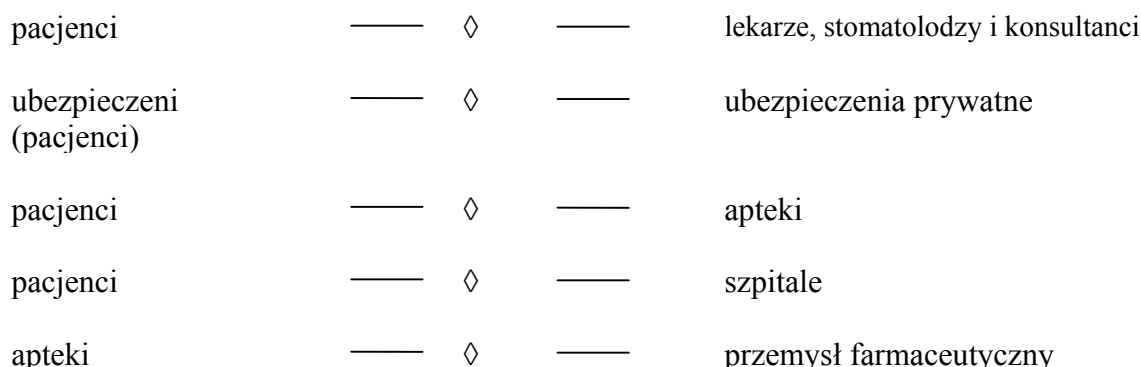
³ Systemowe podejście do reformy całego sektora ubezpieczeń społecznych zostało opracowane we współpracy z Akademią Finansów Federacji Rosyjskiej. Projekt otrzymał wsparcie Banku Światowego. Więcej informacji na ten temat patrz: *Petersen* (w opracowaniu). W ramach tego projektu badawczego opracowano wzorzec skutecznego zintegrowanego podatku oraz przejściowe reformy dla państw znajdujących się na etapie transformacji.

⁴ Zwłaszcza jeśli porównamy ochronę zdrowia z zabezpieczeniem emerytalnym; patrz np. *Petersen* (w opracowaniu).

⁵ Więcej informacji o roli wyborów gospodarczych i publicznych w sektorze służby zdrowia patrz: *Petersen/Müller* (1999).

⁶ Wystąpienie choroby jest związane z dwoma potencjalnym rodzajami ryzyka: (1) utratą dochodów z tytułu pracy zawodowej, oraz (2) dodatkowymi kosztami leczenia. Opracowanie dotyczy kwestii świadczeń rzeczowych i nie obejmuje utraty źródła zarobków. Oba rodzaje ryzyka mogą zostać objęte osobnym rodzajem ubezpieczenia w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Diagram 1: Struktury rynkowe ochrony zdrowia



Oprócz opisanych powyżej rodzajów rynku, występują jeszcze trzy kolejne (◇), których istnienie jest związane z obrotem produktów i usług medycznych. Na trzecim rynku potencjalni pacjenci mogą kupować produkty farmaceutyczne, które są częściowo dostępne tylko na receptę. Popyt na te produkty jest w pewnych stopniu uzależniony od decyzji lekarza i innych świadczeniodawców. Rynek leczenia szpitalnego jest w podobnym stopniu uwarunkowany orzeczeniem lekarskim. Za wyjątkiem ostrych przypadków, hospitalizacja pacjenta następuje dopiero po konsultacji z lekarzem rodzinnym lub lekarzem specjalistą. Ostatni z omawianych przez nas rynków to rynek produktów farmaceutycznych, na którym rolę klienta odgrywają apteki, a przemysł farmaceutyczny pełni funkcję dostawcy. Tak, jak w przypadku rynku podstawowego, działalność wszystkich pozostałych rynków związanych z systemem ochrony zdrowia nie zawsze przebiegała zgodnie z planem. Był to w przeszłości główny powód, dla którego odchodzono od modelu rynku prywatnego w stronę systemów regulowanych przez polityczne negocjacje grupowe (patrz: rozdział III.).

Od wielu pokoleń, politycy i lekarze związani z polityką ochrony zdrowia byli przekonani, że przyczyną niesprawiedliwości społecznej wpisanej w naturę systemów są porażki rynkowe ówczesnych rozwiązań. Celem powszechnych ubezpieczeń było bowiem dostarczenie wszystkim obywatelom, bez względu na przynależność do klasy społecznej, wszystkich „niezbędnych” dóbr i usług medycznych (na możliwie najwyższym poziomie). Biorąc pod uwagę relatywnie niski poziom postępu technologii w sektorze medycznym, *odejście od zasad reglamentacji rynkowej* jest możliwe jedynie w warunkach przyrostu naturalnego oraz rzeczywistego wzrostu płac. Wyeliminowanie zasad gospodarki niedoboru w jednym z sektorów gospodarki okazało się nietrafionym posunięciem w świetle negatywnych procesów demograficznych - głównie postępującego starzenia się populacji - spowolnienia wzrostu rzeczywistych płac w wysoce rozwiniętych krajach przemysłowych oraz szybkiego tempa rozwoju technologii medycznych. Złudne koncepcje polityczne głoszące, że każde zgłoszone zapotrzebowanie na dobra i usługi medyczne powinno zostać sfinansowane przez ogół społeczeństwa, przyczyniły się do wykształcenia zachowań świadczeniobiorców i dostawców dostosowanych do realiów tego systemu i powstaniu *postawy roszczeniowej* mającej niezwykle szkodliwe działanie na dalsze kształtowanie się kosztów.

Z drugiej strony natomiast, *reglamentacja z rozdzielnika politycznego* zachwiała zaufaniem społecznym do systemu społecznej opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych, co przyczyniło się do powstania równoległych rynków prywatnych już pod koniec lat 60-tych ubiegłego wieku. Pojawienie się sektora prywatnego udowodniło ostatecznie, że *zaspokojenie potrzeb wszystkich klas społecznych jest czystą iluzją polityczną*; nawet jeśli uznamy, że podobnie jak w przypadku dóbr konsumpcyjnych, występujący we wszystkich krajach popyt

na dobra i usługi medyczne jest bezpośrednio uwarunkowany poziomem dochodów gospodarstwa domowego. Brak reglamentacji rynkowej (która mogłaby istnieć nawet przy mniej lub bardziej skutecznym systemie reglamentacji cenowej) został zastąpiony kilkoma wymienionymi powyżej politycznie planowanymi metodami reglamentacji. Większość z tych rozwiązań nie wywarła jednak korzystnego wpływu na dalsze kształtowanie się poziomu kosztów. Nadmierne i nierealistyczne cele określone w przeszłości musiano więc zastąpić nowym celem: *świadczeniem podstawowych dóbr i usług medycznych* na poziomie, który może zostać utrzymany w przyszłości, w taki sposób, aby zapewnić niezbędne dobra i usługi medyczne na poziomie odzwierciedlającym standard życia danej społeczności.

W ramach *prywatnych planów ubezpieczeń zdrowotnych* opracowano *standardowe pakiety ubezpieczeniowe*, które zapewniają szczegółowo określone świadczenia wypłacane z tytułu utraty dochodów, leczenia ambulatoryjnego (warunki określone odrębnie dla lekarzy domowych czy rodzinnych, lekarzy specjalistów oraz stomatologów), zakupu produktów farmaceutycznych (zatwierdzone listy leków) oraz hospitalizacji. Indywidualnie wykupiona polisa⁷ zapewnia *pełną ochronę ubezpieczeniową* oraz odpowiedni zakres *współpłacenia* pacjenta, co oczywiście ma bezpośredni wpływ na wysokość składki ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku nie korzystania ze świadczeń, ubezpieczony może liczyć na zwrot nakładów wynoszący od 30 do 50 % wpłaconej rocznej składki, przy czym rozwiązanie to zakłada, że osoba ubezpieczona sama pokrywa wpierw wszelkie koszty związane z opieką medyczną, a następnie otrzymuje od ubezpieczyciela ich refundację. Dodatkowo, ubezpieczeni pacjenci otrzymują *wyczerpujące informacje o zakresie, jakości i kosztach usług oraz dóbr medycznych*. Wysokość indywidualnej składki ubezpieczeniowej jaką musiałby ponosić samotny mężczyzna, oraz przewidziana ochrona ubezpieczeniowa, zależą od indywidualnego ryzyka i kształtują się na poziomie 200 euro miesięcznie. Kwota ta jest znacznie niższa od składki na ubezpieczenia społeczne jaką odprowadzają co miesiąc osoby znajdujące się w średniej i wyższej skali podatkowej.⁸

Ujęte w diagramie 2 relacje rynkowe z diagramu 1 zostały przedstawione w formie strzałek, podczas gdy kanały przepływu informacji i wzajemne wpływy zostały oznaczone jako linie. Firmy oferujące ubezpieczenia zdrowotne, lekarze, stomatolodzy i konsultanci, apteki i szpitale oraz przemysł farmaceutyczny tworzą *złożone sieci kontaktów* obejmujące różne typy relacji. Istnienie tych struktur sprawia, że ochrona zdrowia urasta do rangi wielowymiarowego problemu natury organizacyjnej. Rodzaj, liczba oraz intensywność relacji są uwarunkowane specyfiką danego systemu ochrony zdrowia, a - co już zostało wspomniane - wszystkie elementy rynku mogą zostać zastąpione przez para-rynki lub negocjacje polityczne.⁹ Dla pacjentów systemu ochrony zdrowia, społecznego bądź prywatnego, sektor ten staje się więc skomplikowaną organizacyjnie strukturą. Nieprzejrzystość systemu wynika

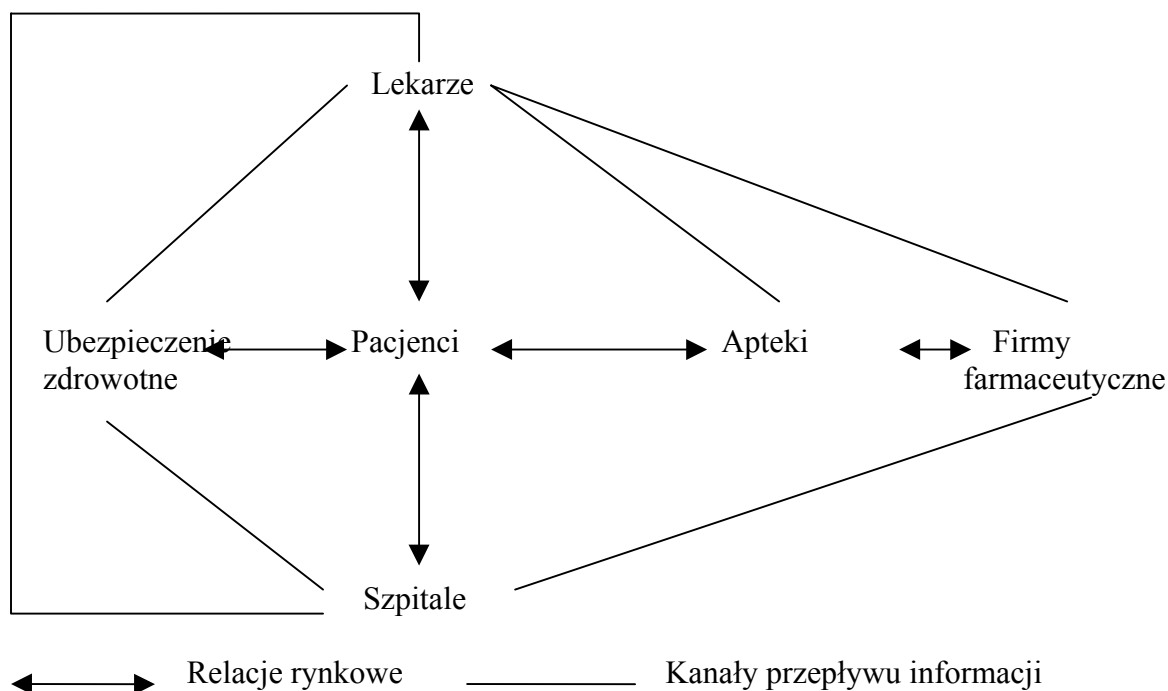
⁷ W przeciwieństwie do niemieckiego systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, który zapewnia bezskładowe ubezpieczenie niepracujących członków rodziny, w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego każdy członek rodziny jest zobowiązany podpisać odrębną umowę ubezpieczeniową, tak więc w modelu tym nie występuje redystrybucja pomiędzy osobami samotnymi i rodzinami czy mężczyznami i kobietami.

⁸ Jeśli ubezpieczony wybierze własną ochronę ubezpieczeniową, składka miesięczna nie jest bezpośrednio zależna od kwoty ubezpieczenia; przy samoubezpieczeniu do kwoty 600 euro rocznie, miesięczna składka wynosi około 130 euro. Więcej informacji na temat standardowych umów i innych warunków: patrz: no. Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit: <http://www.al-h.de/>. Wysokość składki na społeczne ubezpieczenie zdrowotne zależy w Niemczech od indywidualnego poziomu zarobków. Przeciętna składka na ubezpieczenie społeczne wynosi 14 %; dolna granica składki wynosiła w 2004 r. 4.350 euro miesięcznie, a składka maksymalna wynosi obecnie 609 euro miesięcznie. Kwota jest pokrywana w połowie przez pracownika i pracodawcę.

⁹ Więcej na ten temat patrz: Scheffler (1997) i Petersen (1997).

z *asymetrycznego przepływu informacji*, który jest korzystny dla działających na tym rynku dostawców usług i dóbr medycznych.¹⁰

Diagram 2: Relacje rynkowe i kanały przepływu informacji w sektorze ochrony zdrowia



Popytowi i podaży usług i dóbr medycznych towarzyszą często *poważne dylematy etyczne*. Typowa argumentacja polityczna w tym zakresie głosi, że z powodu zaburzonych preferencji, pacjenci w niedostatecznym stopniu zgłaszają zapotrzebowanie na dobra i usługi medyczne bądź też na same ubezpieczenia zdrowotne, co jest dostatecznym wytłumaczeniem interwencjonizmu państwowego. Ta argumentacja dotycząca tzw. *merit goods*¹¹ często idzie w parze z argumentacją wskazującą na *relatywne ubóstwo* jako przyczynę, dla której większość ludzi nie jest w stanie pozwolić sobie na opłacanie składki ubezpieczeniowej w odpowiedniej wysokości. Pomimo, iż poprzedni argument zdezaktualizował się po wprowadzeniu Bismarckowskiego modelu ubezpieczeń 125 lat temu, zasadność ostatniej tezy podważa obecnie fakt, że coraz większa liczba osób ubezpieczonych w ramach istniejących systemów ubezpieczeń społecznych zgłasza nadmierne zapotrzebowanie na dobra i usługi medyczne, co jest główną przyczyną nieustannego wzrostu kosztów ochrony zdrowia. Nadmierny popyt ma uzasadnienie ekonomiczne – w przypadku odejścia od mechanizmów reglamentacji cenowej i rynkowej, jednostce opłaca się żądać od systemu maksymalnej ilości świadczeń. W takiej sytuacji, konsekwencje *moralnie dwuznacznych zachowań* ponoszą wszyscy ubezpieczeni, a w szczególności osoby wykazujące etyczne podejście w tym zakresie.¹²

¹⁰ Z powodu korzystnej dla dostawców struktury informacji, w sektorze ochrony zdrowia uznaje się teorię Say'a za uzasadnioną. Teoria ta głosi, że każda podaż tworzy związany z nią popyt. W związku z tym, podaż dóbr i usług medycznych zależy w dużej mierze od decyzji dostawców i wywiera ogromny wpływ na wysokość przyszłych kosztów.

¹¹ Więcej o problemach związanych z dobrami nadrzędnymi patrz: Petersen (1993, str. 144) oraz zdrowiu traktowanym jako dobro nadrzędne patrz: Petersen (1989, str. 140).

¹² Bardziej szczegółowy opis nadużyć moralnych znajduje się w: Petersen (1989) i Petersen/Müller (1999, str. 65).

W sektorze ubezpieczeń prywatnych, decyzje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej i związanej z tym reglamentacji dóbr i usług medycznych podejmują osoby ubezpieczone na podstawie swoich *indywidualnych preferencji*. Odejście od mechanizmów rynkowych wymaga natomiast decyzji politycznych o zakresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach społecznych systemów ubezpieczeń zdrowotnych. Trudne indywidualne decyzje dotyczące kwestii etycznych często przekładają się na *kolektywne mechanizmy oceny*, które z powodu heterogenności preferencji społeczeństwa, nie prowadzą w większości przypadków do skutecznego rozwiązania problemu. Jest to więc główna przyczyna nasilania się *oporu politycznego w stosunku do wszelkich zmian*, którego konsekwencje obejmują poważny spadek popularności danej opcji wśród społeczeństwa. Dlatego też, najbardziej niezbędne zmiany są odkładane na później, obciążając przyszłe pokolenia ceną za błędy przeszłości.¹³

Wprowadzony w Wielkiej Brytanii model opieki zdrowotnej wzorowany na teorii Beveridge'a zakłada, że wszyscy dostawcy przedstawieni na diagramie 1 i 2 są uspołecznieni i działają w sektorze państwowym. Ponieważ decyzje polityczne ograniczyły dostęp do kosztownych procedur leczenia, terminy oczekiwania na wizytę uległy wydłużeniu i powstały kolejki, a składki wnoszone w ramach społecznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych zaczęły rosnąć zanim wprowadzono odpowiednie zasady reglamentacji dóbr i usług. Działający w ramach ubezpieczeń społecznych lekarze i farmaceuci oraz firmy farmaceutyczne są w większości jednostkami prywatnymi, podczas gdy kasy chorych i szpitale są zazwyczaj państwowe. W takich warunkach, zastąpienie mechanizmów cenowych *publicznie sterowanymi mechanizmami pokrywania kosztów* spowodowało nie tylko negatywne konsekwencje dla ekonomicznej wydajności całego systemu, ale też ograniczyło znacznie równość szans w dostępie do dóbr i usług.

Częściowo zawodność rynku (zakłócone preferencje ubezpieczonych, korzystna dla dostawców asymetryczna struktura informacji, oligopolistyczne struktury występujące na niektórych rynkach i lokalne monopole nadużywające przewagę wynikającą ze skali i zakresu swojej działalności) są często wymieniane jako częściowe lub wyczerpujące uzasadnienie decyzji o uspołecznieniu sektora ochrony zdrowia. Różnorodne przyczyny niepowodzeń rynkowych oraz brak bezpieczeństwa funduszy ubezpieczeniowych działających na nieregulowanych rynkach sprawiły, że wiele podejmowanych w przeszłości decyzji politycznych odchodziło od koncepcji rynkowej na rzecz państwowego interwencjonizmu. Opracowano nawet odrębną teorię *zawodności ubezpieczeń prywatnych*, której zasadność tłumaczono względnym ubóstwem społeczeństwa, negatywną selekcją, powszechnością nadużyć, rozprzestrzenianiem się ryzyka oraz długoterminową niestabilnością prywatnych funduszy ubezpieczeniowych.¹⁴ To prawda, że pewna doza ryzyka wpisana w działalność funduszy ubezpieczeniowych wymaga nadzoru państwowego, ale interwencjonizm nie jest sam w sobie zdolny wyeliminować całego ryzyka kapitałowego. Wkrótce potem, w sektorze ubezpieczeń społecznych i opieki społecznej zaczęły powstawać przemożne *grupy interesów* wykorzystujące swój zbiorowy potencjał dla uzyskiwania *korzyści*, przyczyniając się w ten sposób do kolejnych nadużyć publicznego systemu. Lekarze, dentyści, stowarzyszenia farmaceutów i państwowe szpitale zaczęły funkcjonować w ramach grup interesów, podnosząc koszty ponoszone przez całe społeczeństwo. Członkowie tego systemu cieszą się znacznie lepszym dostępem do informacji niż politycy, co powoduje, że nacisk na zwiększanie nakładów na ten sektor stał się poniekąd cechą wpisaną w funkcjonowanie rynku zdrowia. Z tego właśnie powodu, *ryzyko polityczne* związane z funkcjonowaniem publicznie zarządzanych współczesnych systemów należy uznać za bardziej groźne niż kategorie ryzyka,

¹³ Więcej informacji o publicznym wyborze opodatkowania i reformach przejściowych znajduje się w: Petersen (2000).

¹⁴ Więcej informacji na ten temat znajduje się w: Schönback (1980) oraz Petersen (1989).

na jakie narażone są prywatne kasy chorych. Przez całe dziesięciolecie, działacze polityczni głoszący tradycyjną politykę społeczną nie chcieli zauważyć, że systemy społecznych ubezpieczeń i ochrony socjalnej nie tylko borykają się z takimi samymi problemami jak prywatne firmy ubezpieczeniowe, ale napotykają także na bardziej poważne przeszkody owocuujące strukturalnymi deficytami, które mogą naruszyć trwałość całego systemu.

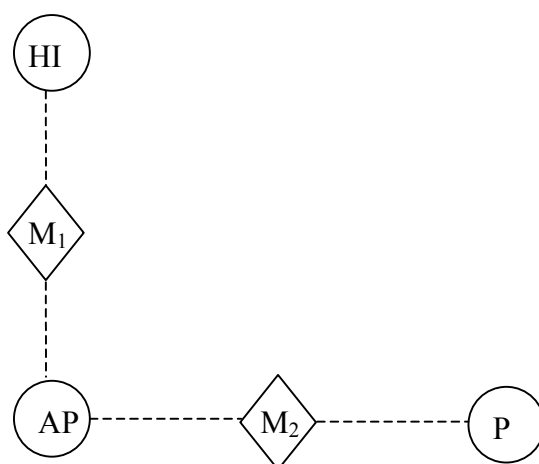
III. Podstawowy model prywatnych i społecznych ubezpieczeń zdrowotnych

System ochrony zdrowia nie tylko stanowi zabezpieczenie przed potencjalną utratą zysków, ale także pokrywa dodatkowe koszty związane z dobrami i usługami medycznymi. W omówionym powyżej prywatnym sektorze ubezpieczeń zdrowotnych indywidualny kontrakt ubezpieczeniowy określa poziom wydatków na zdrowie jaki zostanie zrefundowany przez ubezpieczyciela. Osoba ubezpieczona wybiera więc zakres ochrony ubezpieczeniowej (pełny lub częściowy), który odpowiada wyliczonej przez aktuariusza składce ubezpieczeniowej. Poziom świadczeń rzeczowych jest więc ustalany na podstawie indywidualnych preferencji.

W społecznych systemach ubezpieczeń zdrowotnych i opieki zdrowotnej poziom zagwarantowanych świadczeń rzeczowych jest ustalany w drodze decyzji politycznych. Pierwotnie systemy społecznych ubezpieczeń zdrowotnych gwarantowały co prawda pełną ochronę, ale błędy w ich budowie oraz nieustanna presja na ograniczanie kosztów zmusiły polityków socjalnych do wprowadzenia szeregu reform, które w znacznym stopniu ograniczyły zakres świadczeń. Ograniczenia spotykały się ze sprzeciwem świadczeniobiorców oraz zainteresowanych grup interesów (stowarzyszeń lekarskich, farmaceutów, firm farmaceutycznych itd.). W końcu musiano wprowadzić niezbędne reformy, chociaż ich realizacja przeciągała się w czasie.

Jakie podstawowe wady wykazuje struktura systemu ochrony zdrowia? Porównanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z podstawowymi założeniami niemieckich społecznych ubezpieczeń zdrowotnych pozwoli nam wyjaśnić przyczyny głównych problemów. Diagramy 3 i 4 porównują *cum grano salis* prywatne ubezpieczenie zdrowotne traktowane jako system rynkowy podlegający obecnym mechanizmom regulacji, który eliminuje stopniowo społeczne ubezpieczenia zdrowotne. Dla uproszczenia, wymienione wcześniej rynki dodatkowe (patrz: Diagram 1 i 2) zostały na wykresie pominięte.¹⁵

Diagram 3: Prywatne ubezpieczenia rynkowe jako system rynkowy



Źródło: Herder-Dorneich (1980, str. 37).

¹⁵ Najważniejszym źródłem prezentacji jest Herder-Dorneich (1980).

Model prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zakłada istnienie trzech kategorii nabywców – osoby ubezpieczonej (czy pacjenta) AP jako beneficjenta dóbr i usług medycznych (w tym przypadku leczenia ambulatoryjnego¹⁶), lekarza (medycyny lub stomatologii) P jako dostawcy dóbr i usług medycznych oraz firm oferujących ubezpieczenia zdrowotne – HI – jako dostawców ubezpieczeń zdrowotnych (pokrycie kosztów). Nabywcy działają na dwóch wspólnych rynkach - rynku 1, M_1 usług ubezpieczeniowych oraz rynku 2, M_2 , usług medycznych. W dużym uproszczeniu¹⁷, można powiedzieć, że osoba ubezpieczona – AP – zgłasza zapotrzebowanie na usługi medyczne lekarzowi, P, a następnie kupuje je po cenie rynkowej. Rachunki, które ubezpieczony otrzymuje od lekarza, uwzględniają ilość i jakość usług medycznych oraz poszczególne ceny jednostkowe. W ten sposób, osoba ubezpieczona otrzymuje pełne informacje o usługach i związanych z nimi kosztach.¹⁸ Ubezpieczony przekazuje następnie rachunki swojej firmie ubezpieczonej, HI, która zwraca poniesione koszty. Osoba ubezpieczona ma więc pełną kontrolę nad świadczeniami - może wybrać kasę chorych i lekarza i otrzymuje pełne informacje o cenach i usługach, co sprawia, że ma pełną świadomość kosztów związanych z ochroną zdrowia.

W omawianej strukturze występują dwie dodatkowe (grupy) kategorie nabywców, które nie zostały ujęte w modelu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (patrz: diagram 4). Pierwszą z nich są organizacje (lub stowarzyszenia)- PO. Instytucje te są odpowiedzialne za dystrybucję łącznych wpływów z tytułu ubezpieczeń¹⁹ gwarantowanych w ramach systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, SHI. Wpływy są przeznaczane na pokrycie kosztów usług świadczonych przez poszczególnych lekarzy. Druga grupa obejmuje socjalnych polityków wchodzących w skład rządów federalnych - FG, którzy są odpowiedzialni za kwestię zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej oraz planowanie budżetu. Poza tym, relacje rynkowe występujące w modelu ubezpieczeń prywatnych zostały zastąpione przez systemy wyborcze - $V_1 - V_3$, oraz system kart (czy bonów) medycznych (często nazywany para-rynkiem - QM) uprawniających do korzystania z usług medycznych. Termin para-rynek można uznać za mylący, ponieważ osoba ubezpieczona nie ma dostępu ani do informacji o usługach medycznych ani do taryf kosztów tych usług. Jest to raczej system operujący bonami lub kartami dostępu, który tworzy złudne przekonanie osoby ubezpieczonej, że usługi medyczne są objęte stawką zerową, co jak wiadomo wywiera negatywny wpływ na alokację środków. Poza tym, ubezpieczeni nie mają dostępu do informacji o ilości i jakości usług medycznych świadczonych przez lekarzy, jako, że model ten nie jest wyposażony w niezbędne mechanizmy kontroli działalności lekarzy. Taka organizacja systemu powoduje, że oszustwa związane z zawyżaniem rachunków są częstym zjawiskiem. Jeżeli chodzi o błędy w konstrukcji systemu, różnice pomiędzy Bismarckowskim modelem ubezpieczeń i ochroną zdrowia opartą na teorii Beveridge'a zatarły się wraz z upływem czasu, kiedy oba systemy zaczęły wykazywać coraz większą nieskuteczność.

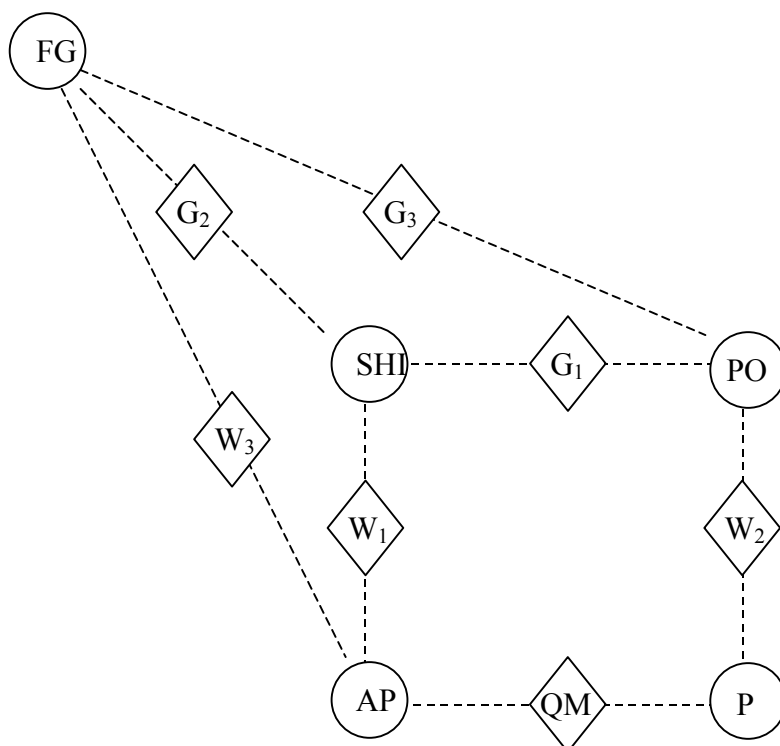
¹⁶ Na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, umowy ubezpieczeniowe rozróżniają cztery rodzaje usług i dóbr medycznych: 1. Usługi związane z leczeniem ambulatoryjnym, 2. Leczenie stomatologiczne, 3. Koszty hospitalizacji, oraz 4. Rekompensata z tytułu utrat zarobków w trakcie choroby. Polisa może określać dowolny zakres ochrony ubezpieczeniowej zależny od indywidualnych preferencji ryzyka osoby ubezpieczonej.

¹⁷ Patrz: Petersen (1989, str. 142).

¹⁸ Zebranie informacje o jakości usług medycznych byłoby możliwe, gdyby lekarze byli oceniani przez pacjentów, firmy ubezpieczeniowe lub niezależną organizację; jednakże ocena usług nie jest standardowym elementem obecnych systemów.

¹⁹ Łączne wpływy wyrażone jako przeciętna wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne pomnożona przez liczbę ubezpieczonych w jednej kasie chorych.

Diagram 4: Mechanizmy sterowania społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym



Źródło: Herder-Dorneich (1980, str. 35).

Ponieważ na rynku występuje większa liczba nabywców, sieci ich wzajemnych relacji stają się jeszcze bardziej złożone. Rynek ubezpieczeniowy - M_1 – został zastąpiony wyborami przedstawicieli członków²⁰ kas chorych, V_1 , a proces wyborczy, V_2 , zachodzi także pomiędzy lekarzami, P , oraz stowarzyszeniami lekarskimi - PO . Relacje pomiędzy społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym, SHI , oraz stowarzyszeniami lekarskimi, PO , regulują negocjacje grupowe, N_1 . Podobne negocjacje grupowe, N_2 , są prowadzone przez rząd federalny, FG , oraz społeczne ubezpieczenia zdrowotne, SHI . Powszechne wybory do parlamentu federalnego, V_3 , odzwierciedlają relacje pomiędzy rządem federalnym, FG , oraz ogółem ubezpieczonych (elektorem), AP . Należy także wspomnieć o negocjacjach grupowych, N_3 , prowadzonych przez rząd federalny, FG , i stowarzyszenia lekarskie, PO .

Zgodnie z teorią *wyboru publicznego* każdy nabywca kieruje się *własnym interesem*, który wywiera negatywny wpływ, przynajmniej częściowo, na ogólną skuteczność gospodarki rynkowej. Stosując strategię, która zakłada osiągnięcie maksymalnych indywidualnych świadczeń i płacenie najbardziej korzystnej składki, ubezpieczeni w dalszym ciągu otrzymują usługi medyczne najwyższej jakości. Brak informacji o usługach świadczonych przez lekarzy oraz kosztach medycznych powoduje, że społeczeństwo wykazuje *mniejszą świadomość kosztów*. Z drugiej strony, system kart medycznych przyczynia się do tworzenia mylnych wyobrażeń o kosztach systemu i wprowadza społeczeństwo w błąd. Sytuacja ta prowadzi do wzrostu liczby przypadków nadużywania systemu. W porównaniu z systemem ubezpieczeń prywatnych, który obejmuje szereg konkurujących ze sobą prywatnych firm ubezpieczeniowych tworzących oligopol, obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych

²⁰ Pracownicy (za pośrednictwem związków zawodowych) oraz pracodawcy mają po 50 % przedstawicieli w społecznym systemie ubezpieczeń.

obejmuje znacznie większą liczbę graczy. Ponieważ konsekwencje nadużyć są ponoszone w równym stopniu przez wszystkich członków, koszt nadużyć ponoszony przez osobę ubezpieczoną jest przynajmniej na początku znacznie niższy niż w przypadku mniejszej prywatnej firmy sprzedającej ubezpieczenia zdrowotne. Dlatego też, indywidualny zysk utrzymuje się na wysokim poziomie. Indywidualna analiza kosztów i korzyści dowodzi, że nadużycia są opłacalne do momentu, w którym nie staną się zjawiskiem powszechnym.

Z tego właśnie powodu, jedyna możliwa do zrealizowania w obecnych warunkach strategia zakłada koncentrację działań na para-ryнку lub wprowadzenie wybranych elementów rynkowych do systemu ubezpieczeń społecznych. Podejście to oznacza jednak leczenie objawów. Jest rzeczą oczywistą, że negocjacje prowadzone przez grupy polityczne mogą cieszyć się uznaniem wśród socjologów, ale w praktyce, w miejsce zawodności rynku, która rzekomo miała stać się udziałem każdego prywatnego rynku ubezpieczeń, pojawiła się zawodność *polityki, rządów, wyborcze paradoksy oraz zawodność biurokracji, itd.* Leczenie skutków zakłada wzmocnienie pozycji rynków ubezpieczeniowych przez wprowadzenie skutecznych regulacji oraz subwencjonowanie osób ubezpieczonych, które ze względu na wysokie indywidualne ryzyko mogą zostać poszkodowane w wyniku negatywnej selekcji. Problem ten jest niezwykle ważny dla państw prowadzących pro-socjalną gospodarkę rynkową, które przykładają ogromną wagę do poprawy sytuacji najuboższych warstw społeczeństwa.

Czyste systemy rynkowe opisane w diagramie 1 nie występują w praktyce. Większość państw wprowadziła mniej lub bardziej skuteczny nadzór działalności ubezpieczeniowej już kilkanaście lat temu.²¹ Nadzór obejmuje takie aspekty, jak *ochrona konkurencji*, koszty, *nadzór cenowy*, bezpieczeństwo *funduszy* oraz *polityka funduszy ubezpieczeniowych*. Na wielu rynkach ubezpieczeniowych wprowadzono *reasekurację*, która gwarantuje ochronę funduszy zgromadzonych przez osoby ubezpieczone przed bankructwem jednego z działających na rynku towarzystw. Wszystkie te środki przyczyniły się do wzrostu bezpieczeństwa dojrzałych ubezpieczeń. Prywatne firmy ubezpieczeniowe oferują obecnie znacznie wyższy poziom bezpieczeństwa niż organizacje działające w sektorze publicznym, które będą niedługo musiały uporać się z problemami jakie zwiastują niekorzystne prognozy demograficzne.

IV. Niewłaściwa alokacja i nadużycia w społecznej służbie zdrowia i ubezpieczeniach zdrowotnych

Kolejny rozdział mojej pracy jest poświęcony nieprawidłowościom, jakie występują obecnie w systemach opieki zdrowotnej dwóch państw europejskich. Wielka Brytania została opisana jako przykład nieefektywnej opieki zdrowotnej, a na przykładzie Niemiec pokazuję problemy związane z niewydolnością społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Podsumowaniem rozdziału są wybrane wnioski dotyczące ponadczasowych problemów związanych z ekonomiką zdrowia.

IV.1. System ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii

Największy wpływ na opracowany przez Beveridge'a model opieki społecznej miała niedostateczna opieka socjalna, której zasady odzwierciedlają wczesne ustawy emerytalne

²¹ Niemiecki rynek ubezpieczeniowy jest od niedawna regulowany przez jeden urząd odpowiedzialny za nadzór bankowy i ubezpieczeniowy - *Bundesanstalt für Finanzdienstaufsicht*; więcej informacji o rozwoju historycznym nadzoru bankowego i ubezpieczeniowego patrz: <http://www.bafin.de> (Wir über uns: Geschichte).

wprowadzone w Wielkiej Brytanii na początku ubiegłego wieku (1908).²² W chwili obecnej, rozbudowany system opieki społecznej zarządzany przez administrację państwową obejmuje swoim zasięgiem niemal wszystkich mieszkańców państwa. Pomimo, że większość z jego elementów jest finansowana z podatków, komponenty ubezpieczeń społecznych są pokrywane ze składek, co sprawia, że świadczenia są przynajmniej częściowo powiązane z poziomem indywidualnych dochodów.²³ Główną instytucją systemu ubezpieczeń społecznych jest Narodowy Fundusz Ubezpieczeń (NIF), którego działania są finansowane z obowiązkowych składek opłacanych przez pracowników i pracodawców, których podstawą naliczania jest wysokość dochodu.²⁴ System obejmuje ubezpieczenia emerytalne, fundusz pracy, ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i zasiłek macierzyński. Składki wpłacane na rzecz NIF są następnie rozdzielane pomiędzy poszczególne oddziały Funduszu. Poza tym, NIF otrzymuje budżetowe dotacje, które wynoszą od 10 do 15 % łącznych wydatków tej instytucji.²⁵

Zgodnie z zasadą idź-i-płać (*pay-as-you-earn*), składki NIF stanowią część podatku dochodowego (świadczenia jest wypłacane po wycofaniu się z systemu i jest uzależnione od źródła dochodu). Jeśli w danej firmie istnieje pracowniczy plan emerytalny, pracownicy wpłacają na rzecz NIF zmniejszoną kwotę składki (tzw. częściowe wygaśnięcie obowiązku). Pełna wysokość składki NIF obowiązuje jednak pracowników objętych ubezpieczeniem emerytalnym. Składki na ubezpieczenia emerytalne, przekraczające wysokość zmniejszonej stawki na ubezpieczenie, są następnie przekazywane przez NIF do prywatnych funduszy emerytalnych. Istnieją cztery różne klasy składek NIF (patrz: diagram 5).

Diagram 5: Klasy składek NIF

Klasy składek	Opis
Klasa 1	- Opłacane przez pracowników i ich pracodawców
Klasa 2	- Opłacane przez osoby samozatrudnione
Klasa 3	- Dobrowolna składka wpłacana przez osoby pragnące zabezpieczyć sobie prawo do państwowej emerytury, które nie wpłacają składki ubezpieczeniowej w odpowiedniej wysokości w ramach innej klasy
Klasa 4	- Opłacana przez osoby, których zyski i dochód są obłożone podatkiem dochodowym. Składki te są zwykle wpłacane przez osoby zatrudnione, które płacą także składki klasy 2

Źródło: Brytyjski urząd skarbowy (2003, str. 2).

Klasa 1 brytyjskiego systemu obejmuje „standardowych” pracowników. Powyżej progu podatkowego obowiązująca stawka dla pracodawców wynosi 12.8 %, a stawka dla pracowników wynosi 11 % wypracowanego dochodu (patrz: diagram 6). W przypadku pracowników zatrudnionych na zlecenie, pracodawca opłaca za nich składkę wynoszącą zaledwie 9.3 % dochodu. Składki nie są naliczane od dochodów poniżej najniższego progu podatkowego, a osoby uzyskujące taki dochód nie są objęte ubezpieczeniem. Stawka składki

²² Podobny model został wcześniej wprowadzony w Skandynawii, np. w Danii w 1891 r. Więcej informacji na ten temat, patrz: Baldwin (1997, ss. 4).

²³ Patrz: Europäische Kommission – Beschäftigung und Soziales – Missoc (2002) w http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/org_de.pdf.

²⁴ Patrz: Schmidt (2002, str. 166).

²⁵ Patrz: Inland Revenue (2003, str. 48).

naliczanej od najniższych zarobków (5.805,80 Euro)²⁶ do kolejnego progu podatkowego (6.691,75 Euro) wynosi zero, ale pracownik jest już objęty ubezpieczeniem. Diagram 6 przedstawia także składki odprowadzane przez osoby samozatrudnione.

Diagram 6: Składki NIF i progi dochodowe

Klasa	Składka		Progi dochodowe
	Pracownik	Pracodawca	
Klasa 1	- Płaca poniżej progu płacowego: składka nie jest odprowadzana - Płaca powyżej progu płacowego: 12,8 % (Zatrudnienie na zlecenie: 9,3 %)	- Płaca poniżej dolnego progu: składka nie jest odprowadzana - Płaca pomiędzy dolnym progiem i progiem płacowym: 0 % (ale ubezpieczenie) - Płaca pomiędzy progiem płacowym i górnym progiem: 11 % (Zatrudnienie na zlecenie: 9,4 %) - Płaca powyżej górnego progu: 1 %	- Dolny próg: 5.805,80 €/rocznie - Granica: 6.691,75 €/rocznie - Górny próg: 44.863,00 €/rocznie
Klasa 2	- Składka zryczałtowana (2002): 2,90 € / tygodniowo		Nie opodatkowany próg dochodu: 5.836,25 €/rocznie
Klasa 3	- Składka zryczałtowana (2002): 9,93 € / tygodniowo		Brak progów, składka dobrowolna
Klasa 4	- 8 % zysku powyżej i poniżej dolnego progu - 1 % zysku powyżej górnego progu		Dolny próg: 6.691,75 €/rocznie Górny próg: 44.863,00 €/rocznie

Źródło: Brytyjski urząd skarbowy (2003, str. 7 i 2003 a, str.13) oraz Adams/Kaplan (2002, str. 9).

Źródłem finansowania świadczeń bezskładkowych oraz świadczeń materialnych są podatki, a poszczególne świadczenia zależą w dużej mierze od indywidualnej sytuacji beneficjenta. Narodowa Służba Zdrowia (NHS) oferuje uniwersalną opiekę zdrowotną, która jest finansowana z wpływów podatkowych oraz środków NIF. Ponieważ całość ubezpieczeń społecznych (NIF) jest finansowana ze wszystkich wpłacanych składek, nie istnieje możliwość wyodrębnienia poszczególnych oddziałów tej instytucji.

Brytyjski system ochrony zdrowia to system opieki zdrowotnej finansowany z podatków, który obejmuje wszystkich rezydentów Zjednoczonego Królestwa. Nawet dostawcy funkcjonujący w ramach tego systemu (lekarze, specjaliści, aptekarze, szpitale itd.) są częścią sektora publicznego,²⁷ co oznacza, że przyjęta polityka opieki zdrowotnej zakłada wyeliminowanie dodatkowych para-rynków (patrz: diagram 1 oraz jego omówienie). W przeciwieństwie do świadczeń materialnych, których koszt pokrywa Narodowa Służba Zdrowia (NHS), świadczenia pieniężne (zasiłek chorobowy, macierzyński oraz zasiłek z tytułu choroby zawodowej) są wypłacane z funduszy Narodowego Funduszu Ubezpieczeń

²⁶ Cytowane liczby zostały przeliczone z GBP na Euro zgodnie z przeciętnym kursem wymiany walut 1 GBP = 1.45 Euro.

²⁷ Eksperymenty z alternatywnymi modelami są prowadzone od 1998 roku. Prywatne usługi medyczne (PMS) są świadczone na podstawie lokalnych umów zawieranych pomiędzy lokalnymi władzami resortu zdrowia oraz lekarzami. Więcej informacji na ten temat patrz: *Europäische Kommission – Beschäftigung und Soziales – Missoc* (2002) lub http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/uk_part2_de.htm.

(NIF).²⁸ System prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych obejmuje prawie wyłącznie ubezpieczenia dodatkowe. Wydłużające się *terminy przyjęć i kolejki*, które stały się niemalże stałym elementem specjalistycznych protokołów leczenia, sprawiły, że *prywatne ubezpieczenia dodatkowe* zaczęły cieszyć się ogromną popularnością. W 1996 roku prawie 9 % wszystkich Brytyjczyków posiadało dodatkową polisę medyczną.²⁹

Wynagrodzenie lekarzy jest ustalane w drodze negocjacji prowadzonych przez przedstawicieli rządu oraz stowarzyszeń lekarskich. NHS jest odpowiedzialna za administrację publicznych szpitali. Wydatki na usługi medyczne są finansowane z ogólnych wpływów podatkowych (około 80 %); a pozostałe 20 % jest pokrywane ze środków NIF. Pacjent ma zagwarantowane prawo wyboru lekarza domowego, ale zgodę na taki wybór musi wyrazić także zainteresowany lekarz. Lekarz domowy jest kluczową osobą, która reguluje dostęp do lekarzy specjalistów oraz ma prawo wystawić skierowanie na leczenie szpitalne. Pacjent nie współpłaci za leczenie ambulatoryjne i ewentualną hospitalizację. Zasada współfinansowania obowiązuje jednak w przypadku leczenia stomatologicznego. NHS pokrywa 80 % kosztów leczenia stomatologicznego do kwoty 522 Euro. Pacjent współfinansuje natomiast leki, płacąc 8.85 Euro za każdy przepisany środek farmaceutyczny.³⁰

Świadczenia chorobowe są częściowo pokrywane ze środków NIF. Osobom bezrobotnym i samozatrudnionym przysługuje prawo do zasiłku z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy (*Short-term Incapacity Benefit - IB*). Pracowni etatowi, których zarobki kształtują się na poziomie najniższego progu płacowego NIF, mają prawo do zasiłku chorobowego (SSP). Pierwsze trzy dni choroby nie są objęte świadczeniem chorobowym. Pracodawca ma obowiązek wypłacić zasiłek chorobowy jeśli niezdolność do pracy trwa nie krócej niż 4 kolejne dni i nie dłużej niż 28 tygodni. Standardowa wysokość zasiłku wynosi 90,19 Euro tygodniowo (lub około 390,83 Euro miesięcznie). Zasiłek z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy oraz dodatki rodzinne są finansowane ze środków NIF. Zasiłek z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy jest wypłacany w dwóch ratach: mniejsza rata wynosząca 76,26 Euro tygodniowo obowiązuje przez pierwsze 28 tygodni choroby, podczas gdy wyższa stawka wynosząca 90,19 Euro jest wypłacana w przypadku utrzymywania się niezdolności do pracy po zakończeniu tego okresu. Stawka zasiłku dla pracowników, którzy osiągnęli wiek emerytalny wynosi 101,14 Euro tygodniowo. Dodatkowy zasiłek na małżonków powyżej 60 roku życia lub osoby pełnoletnie opiekujące się dziećmi będącymi na ich utrzymaniu wynosi 47,20 Euro tygodniowo, przy czym stawka na pierwsze dziecko równa się 14,07 Euro i 15,89 Euro za każde kolejne dziecko.³¹ Zasiłek z tytułu tymczasowej niezdolności do pracy jest wypłacany przez okres nie dłuższy niż 52 tygodnie. Po upływie tego okresu, ubezpieczonemu przysługuje prawo do zasiłku z tytułu długotrwałej niezdolności do pracy. Wszystkie wymienione powyżej świadczenia są finansowane z podatku dochodowego.

W porównaniu z dodatkowymi społecznymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, które funkcjonują w Niemczech³² oraz innych krajach europejskich,³³ *system brytyjski wydaje się*

²⁸ Więcej informacji na ten temat znajduje się w *Petersen* (w przygotowaniu).

²⁹ Patrz: *Jakubowski/Busse* (1999, p. 122).

³⁰ Istnieje możliwość wykupienia rocznego (lub obowiązującego przez 4 miesiące) zaświadczenia o przedpłacie na leki, który pozwala osobom regularnie przyjmującym leki na znaczne oszczędności. Zaświadczenie ważne 4 miesiące kosztuje około 46,26 Euro, a abonament roczny kosztuje 127,02 Euro. Więcej informacji na ten temat znajduje się w: *Europäische Kommission – Beschäftigung und Soziales – Missoc* (2002) w http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/uk_part2_de.htm.

³¹ Patrz: *ibid*.

³² Niemiecki pracodawca wypłaca zasiłek chorobowy pierwszych 6 tygodni choroby. Zasiłek stanowi równowartość 100% ostatniej płacy przez wystąpieniem choroby. Pracodawca pokrywa od 4 do 6% świadczenia.

³³ *Petersen* (w opracowaniu) przedstawia porównanie czterech państw europejskich.

być ukierunkowany na dostarczanie podstawowych świadczeń. Znaczny stopień współfinansowania leków, wyłączenie trzech pierwszych dni choroby z zasiłku z tytułu krótko i długoterminowej niezdolności do pracy oraz relatywnie niski poziom zasiłków chorobowych sprawiają, że Brytyjczycy są w znacznie mniejszym stopniu otoczeni opieką społeczną niż mieszkańcy innych krajów, co zachęca ich do brania na siebie większej odpowiedzialności w zakresie ubezpieczenia. Pomimo niewystarczającego zakresu ochrony socjalnej oraz dużych kolejek do leczenia specjalistycznego, system ten cieszy się jednak dużą akceptacją społeczeństwa ponieważ od początku *obećcywał znacznie mniej niż wiele innych ubezpieczeń społecznych*. Niemniej jednak, reforma służby zdrowia jest obecnie jednym z najbardziej aktualnych tematów.

IV.2. Niemiecki system społecznych ubezpieczeń zdrowotnych

Niemiecki system ubezpieczeń zdrowotnych nie jest jednolitą instytucją, ale składa się z wielu kas chorych - lokalnych, firmowych, zawodowych, rolniczych, rzemieślniczych itd. oraz tzw. ubezpieczeń zastępczych, czyli autonomicznych jednostek prawa publicznego (o osobowości podobnej do innych instytucji ubezpieczeń społecznych). Liczba obecnych na rynku ubezpieczeniowym firm zmniejszała się i w roku 2000 było ich zaledwie 420 (patrz: tabela 1). Ubezpieczenie w kasie chorych jest obowiązkowe dla wszystkich robotników fizycznych oraz umysłowych, których dochody nie przekraczają progu objętego obowiązkowym ubezpieczeniem (patrz: tabela 2). Pracownicy uzyskujący dochody powyżej progu obowiązku ubezpieczenia mają prawo wybrać kasę chorych lub podpisać umowę z prywatnym ubezpieczycielem. Osoby samozatrudnione oraz pracownicy, których zarobki przekraczają próg dochodowy, mogą dobrowolnie ubezpieczyć się w jednej z wymienionych wcześniej instytucji, pod warunkiem iż spełniają oni warunki dodatkowe. Od niedawna, osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem mogą same wybierać kasę chorych. Dzięki temu, od 1996 istnieje konkurencja pomiędzy firmami oferującymi obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Tabela 1: Społeczne ubezpieczenie zdrowotne

Rodzaj	Jednostka	1998	1999	2000
Firmy ubezpieczeniowe	Liczba	483	459	420
Członkowie (włącznie z emerytami) ¹	1 000	50 686	50 927	51 036
Wpływy ²	EUR mln	127 750	131 203	133 808
Wydatki ²	EUR mln	127 473	130 918	133 740

¹ Przeciętna wartość za 12 miesięcy.

² Za wyjątkiem planów podziału ryzyka.

Źródło: Statistisches Bundesamt (2002)

Tabela 2: Porównanie podstawowych parametrów społecznych ubezpieczeń w 2003 r. Próg dochodu objętego ubezpieczeniem obowiązkowym

Ubezpieczenie zdrowotne	Stare landy	Nowe landy
Rok	45.900,00 Euro	45.900,00 Euro
Miesiąc	3.825,00 Euro	3.825,00 Euro
Dzień	127,50 Euro	127,50 Euro

Maksymalna kwota składki

Ubezpieczenie zdrowotne i emerytalne	Stare landy	Nowe landy
Rok	41.400,00 Euro	41.400,00 Euro
Miesiąc	3.450,00 Euro	3.450,00 Euro
Dzień	115,00 Euro	115,00 Euro
Ubezpieczenie rentowe i fundusz pracowniczy	Stare landy	Nowe landy
Rok	61.200,00 Euro	51.000,00 Euro
Miesiąc	5.100,00 Euro	4.250,00 Euro
Dzień	170,00 Euro	141,67 Euro

Wysokość składek

	Stare landy	Nowe landy
Oddziały instytucji ubezpieczeń społecznych		
Ubezpieczenie rentowe	19.5 %	19.5 %
Ubezpieczenie zdrowotne	11.9 % do 15.7 %	11.9 % do 15.3 %
Ubezpieczenie emerytalne	1.7 %	1.7 %
Fundusz pracy	6.5 %	6.5 %
Składki studenckie		
Ubezpieczenie zdrowotne	45,67 Euro	45,67 Euro
Ubezpieczenie emerytalne	7,92 Euro	7,92 Euro

Próg płacowy dla osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin

Miesiąc	325,00 Euro	325,00 Euro
---------	-------------	-------------

Źródło: Bundesministerium für Wirtschaft und Soziales (2003).

Inaczej niż w przypadku ubezpieczeń emerytalnych świadczonych w ramach ubezpieczeń społecznych, ogromna liczba małych kas oferujących ubezpieczenia zdrowotne powoduje ogromne problemy związane z *negatywną selekcją*. Wiele działających w pojedynkę organizacji nie chce ubezpieczać osób, które są jednocześnie narażone na szereg rodzajów ryzyka. W celu wyeliminowania tego zjawiska, wprowadzono program podziału ryzyka lub programy wyrównawcze (*programy rekompensaty ryzyka*).

Poszczególne kasy oferujące społeczne ubezpieczenia zdrowotne stosują różne klasyfikacje ryzyka i związane z tym struktury kosztów, które odzwierciedlają *zróżnicowane stawki składek*. Wysokość składki waha się więc od 11,9 % do 15,7 % (patrz: tabela 2).³⁴ Zróżnicowane stawki składek obejmują zarobki, które nie przekraczają progu naliczania składek. Dochody wyższe podlegają stawce, która jest naliczana od 75 % zarobków. Maksymalna składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi więc od 4.926,60 euro w kasie najtańszej do 6.499,80 euro w kasie najdroższej. *Niepracujący członkowie rodziny*

³⁴ Aktualne stawki są publikowane na stronie <http://www.abc-der-krankenkassen.de/template.php3?page=alphabetinc.php3&id=1>.

(małżonkowie i dzieci) są objęci ubezpieczeniem bezskładkowym.³⁵ Tak, jak w przypadku składek na ubezpieczenia emerytalne, składka jest pokrywana w połowie przez pracownika i pracodawcę. Małe firmy ubezpieczeniowe muszą planować swój budżet korygując w czasie wysokość pobieranych składek. Dlatego też, wpływy z tytułu składek (przychody) i wydatki są zawsze prawie idealnie wyważone (patrz: tabela 3).

Świadczenia oferowane w ramach społecznych ubezpieczeń zdrowotnych obejmują przede wszystkim usługi medyczne (świadczenia rzeczowe) oraz zasiłek chorobowy. Wpływy ze składek są przeznaczane na pokrycie prawie 95 % wszystkich dostępnych w chwili obecnej usług medycznych. Katalog dostępnych świadczeń medycznych obejmuje leczenie ambulatoryjne, usługi lekarzy i stomatologów oraz hospitalizację wymagającą specjalistycznych metod leczenia.³⁶ Zasada udziału ubezpieczonych w kosztach leczenia została wprowadzona przy uwzględnieniu wielu przewidzianych na mocy prawa rabatów. Współpłacenie za leki, leczenie szpitalne, stomatologiczne, zwłaszcza protetykę, oraz zakup okularów zostało zdefiniowane w kategoriach absolutnych i częściowo relatywnie.³⁷ Ogólnie rzecz biorąc, pacjenci nie otrzymują informacji o ilości i jakości leczenia medycznego, na które zgłaszają zapotrzebowanie i nie mają dostępu do cenników czy innego rodzaju taryf kosztów (patrz: diagram 1 oraz jego omówienie).

Spółeczne ubezpieczenie zdrowotne okazało się być nieskuteczne w przypadku osób w podeszłym wieku, które wymagają intensywnej opieki specjalistycznej. Wysokie koszty opieki zmusiły wielu z nich do zwrócenia się o pomoc do pomocy społecznej. Aby rozwiązać ten problem, wprowadzono w 1995 r. ubezpieczenie pielęgnacyjne obejmujące m.i. opiekę nad ludźmi w podeszłym wieku. Nowym rozwiązaniem objęto obowiązkowo wszystkich obywateli powyżej 18 roku życia, włącznie z osobami samozatrudnionymi oraz członkami rządu. Z tego właśnie powodu, ten społeczny plan ubezpieczeniowy miał w 2000 roku aż 71.3 milionów członków, plasując się na pozycji największego planu ubezpieczeń społecznych (patrz: tabela 3). Osoby, których zarobki przekraczają statutowy próg, mają obowiązek podpisać umowę na ubezpieczenie pielęgnacyjne z prywatną firmą ubezpieczeniową.

Tabela 3: Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne

Tytuł	Jednostka	1998	1999	2000
Liczba ubezpieczonych	1 000	71 458	71 545	71 319
Świadczeniobiorcy	1 000	1 738	1 819	1 822
- opieka domowa	1 000	1 227	1 275	1 261
- opieka stacjonarna	1 000	511	544	561
Wpływy	EUR mln	16 083	16 318	16 543
Wydatki	EUR mln	15 823	16 352	16 674

Źródło: Statistisches Bundesamt (2002)

Wysokość składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne nie uległa zmianie od 1996 roku i wynosi 1,7 % dla zarobków nie przekraczających poziomu podlegającego społecznym obowiązkowym ubezpieczeniom zdrowotnym (patrz: tabela 2). Maksymalna składka roczna wynosi 703,80 euro i jest pokrywana w równej części przez pracownika i pracodawcę. Pomimo, iż na początku swojego funkcjonowania fundusz ubezpieczeń pielęgnacyjnych

³⁵ Zależność od dochodów (w odróżnieniu od zależności od ryzyka, którego rodzaj jest kluczowy dla prywatnych ubezpieczycieli) oraz bezskładkowe ubezpieczenie członków rodziny, czyli tzw. redystrybucja świadczeń, są obecnie przedmiotem poważnych dyskusji.

³⁶ Więcej informacji na ten temat znajduje się na stronie: <http://www.abc-der-krankenkassen.de/gesetzlicheLeistungen.htm>.

³⁷ Patrz: <http://www.abc-der-krankenkassen.de/zuzahlungen.htm>.

odnotował nadwyżkę wpływów, w chwili obecnej wykazuje już deficyt, co zwiększa prawdopodobieństwo podwyżki składek podobnie jak w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych.

Prawo szczegółowo reguluje kwestię potrzeby zapewnienia opieki i wprowadza definicje różnego zakresu tego rodzaju świadczeń. Klasa pierwsza obejmuje opiekę dzienną, na którą przysługuje zasiłek rzeczowy o wartości do 383,50 Euro lub dodatek wypłacany sprawującym opiekę krewnym w maksymalnej wysokości 204,50 Euro miesięcznie. W trzeciej i najwyższej klasie zasiłki wynoszą odpowiednio od 1.431,60 Euro do 664,70 Euro. Z powodu wysokich miesięcznych kosztów utrzymania pensjonariuszy zakładów opiekuńczo-pielęgnacyjnych, które mogą wynosić nawet ponad 3.000 Euro miesięcznie, indywidualne emerytury i zasiłki pielęgnacyjne nie są jednak często w stanie pokryć wysokich opłat związanych z opieką. W takiej sytuacji, osobą wymagającą opieki muszą zająć się krewni lub musi ona uzyskać pomoc od pomocy społecznej.

Ponieważ większa część niemieckiego społeczeństwa (około 90 %) jest obowiązkowo ubezpieczona w ramach społecznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, większość osób ubezpieczonych w *prywatnych firmach ubezpieczeniowych* stanowią osoby *samozatrudnione oraz urzędnicy państwowi*. Ta druga grupa ma swój własny system zabezpieczenia, który pokrywa zazwyczaj 50 % kosztów medycznych. Pozostałe 50% jest finansowane w większości przypadków na mocy umów z określonym limitem świadczeń wykupionych w ramach systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.³⁸ Wysokość składki na prywatne ubezpieczenia zdrowotnych zależy od *indywidualnego ryzyka* przypisanego osobie ubezpieczonej (ryzyko zależy od płci, wieku, indywidualnych czynników ryzyka, wieku, w którym została zawarta umowa ubezpieczeniowa itd.) oraz indywidualnej wysokości wpłat na *ubezpieczenie emerytalne*. Inaczej niż w innych państwach europejskich, zmiana ubezpieczyciela skutkuje wygaśnięciem ciągłości ubezpieczenia. Regulacja ta osłabia konkurencję pomiędzy poszczególnymi ubezpieczycielami zdrowotnymi. Dyskusje o ewentualnych zmianach w przepisach w tym zakresie są obecnie w toku. Rynek prywatnych ubezpieczeń medycznych ma strukturę oligopolu. Otwarcie rynku europejskiego wzmocniło występującą na nim konkurencję i wywarło pozytywny wpływ na strukturę ryzyka przyjętą przez poszczególnych graczy. Tak jak wspomniałem, umowa ubezpieczeniowa obejmuje cztery elementy świadczeń - leczenie ambulatoryjne, leczenie stomatologiczne, hospitalizację oraz świadczenia chorobowe. *System został wyposażony we wszelkie dostępne środki mające na celu wyeliminowanie potencjalnych nadużyć*. W każdej części umowy, ubezpieczony może ustalić odpowiednią kwotę współpłacenia, której utrzymanie umożliwi zmniejszenie składki ubezpieczeniowej. Poza tym, istnieje zasada, zgodnie z którą część niewykorzystanej składki może zostać wypłacona ubezpieczonemu, co pozwala na obniżenie składki w zależności od okresu, w którym nie składano wniosków o wypłatę świadczeń (liczba miesięcy lub lat, refundacja częściowa lub progresywna). Przypadki wysokiego ryzyka są objęte składką dodatkową. Stosowana niegdyś negatywna selekcja przypadków wysokiego ryzyka nie jest obecnie powszechną praktyką, jako, że ma destruktywny wpływ na zaufanie ubezpieczonych do prywatnych kas chorych.

W Niemczech *prywatne ubezpieczenia zdrowotne związane są z cennikiem społecznych ubezpieczeń zdrowotnych*, co odzwierciedla problemy i niewydolność tego systemu. Usługi medyczne świadczone w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są droższe, niż ubezpieczeń społecznych, gdyż stawki płacone przez ubezpieczenia prywatne stanowią prostą wielokrotność stawek płaconych przez kasy chorych. Wysokość mnożnika zależy od stopnia

³⁸ Obie grupy mogą starać się o przyjęcie do systemu ubezpieczeń społecznych, pod warunkiem, że uzyskiwany dochód jest niższy od progu obowiązku ubezpieczenia lub jeśli wcześniej byli objęci obowiązkowym członkostwem w systemie.

komplikacji danego świadczenia medycznego. Przyszła reforma regulacji ubezpieczeniowych musi uwzględnić oddzielne negocjacje cenowe dla prywatnych firm ubezpieczeniowych i lekarzy (lub stowarzyszeń lekarskich).

IV.3. Aktualne dyskusje: Nowe możliwości i gruntowne zmiany

Ponieważ główne problemy ochrony zdrowia są związane z pokrywaniem kosztów w określonym przedziale czasu, koncepcja PAYG (idź-i-płać) wydaje się być optymalna dla sektora ubezpieczeń prywatnych. Wszystkie wydatki na ochronę zdrowia zależą przecież w dużym stopniu od wieku osoby objętej ubezpieczeniem i tak, jak w przypadku planów emerytalnych, kasy chorych borykają się z nieustannym *problemem podziału ryzyka*. Na rynku ubezpieczeń prywatnych, koszty świadczeń dla osób starszych pokrywane są częściowo z rezerwy zgromadzonej w trakcie aktywności zawodowej. W ten sposób, prywatne ubezpieczenia zdrowotne są przynajmniej częściowo zabezpieczone przed wzrostem długości życia, oczywiście pod warunkiem, że obliczenia opierają się na trafnych prognozach. Ponieważ społeczne systemy ubezpieczeń zdrowotnych nie posiadają wbudowanych mechanizmów prognostycznych, należy oczekiwać, że *zmiany w strukturze demograficznej będą miały negatywny wpływ na społeczne ubezpieczenia zdrowotne* oraz system opieki zdrowotnej. Doświadczenia zebrane w Niemczech w ciągu dwóch ostatnich dziesięcioleci pokazują, że wydatki na opiekę osób w wieku emerytalnym wzrosły dwukrotnie w stosunku do ogólnych wydatków ubezpieczeń zdrowotnych.³⁹

W chwili obecnej, trwają dyskusje poświęcone gruntownym zmianom w społecznych systemach ubezpieczeń zdrowotnych. W niektórych państwach (np. w Szwajcarii) składki uzależnione od poziomu dochodów zostały już zastąpione *składkami od osoby*. Idące w tym kierunku reformy mogą więc złagodzić nieco problem związany z dodatkowymi kosztami wynagrodzeń (pozapłacowe koszty pracy). Z drugiej strony jednak, osiągnięcie znacznej redukcji dodatkowych kosztów pracy bez przeprowadzenia reformy wydatków wydaje się być nierealne. Dlatego też, należy opracować *catalog podstawowych usług medycznych*, których świadczenie będzie ograniczone do faktycznie niezbędnych wydatków chorobowych.⁴⁰ Świadczenia zawarte w katalogu powinny być ogólnie dostępne dla wszystkich obywateli. Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej powinny korzystać z wymienionych w katalogu usług w formie świadczeń rzeczowych lub usług dostarczanych przez prywatne kasy chorych. Takie rozwiązanie sprawiłoby, że beneficjenci opieki społecznej zostaliby objęci ubezpieczeniem. Podstawą do obliczenia składki byłoby indywidualnie określone ryzyko, zaś kwotę składki pokrywałyby system opieki społecznej. W przypadku nie korzystania ze świadczeń osoby te mogłyby także korzystać ze zwrotu składki, co umożliwiłoby prowadzenie skutecznego nadzoru kosztów w tej grupie i stworzyło odpowiednie zachęty do obniżania wydatków na sferę zdrowia. Pracownicze składki na podstawowe świadczenia zdrowotne mogłyby zostać zwolnione z opodatkowania, aby zagwarantować minimalny poziom ochrony zdrowotnej dla wszystkich grup społeczeństwa.⁴¹ Dodatkowe usługi medyczne byłyby świadczone na mocy odrębnych umów ubezpieczeniowych obejmujących szerszy zakres ochrony.

³⁹ Patrz: *Institut der deutschen Wirtschaft* (2003, str. 5).

⁴⁰ Patrz: np. *Sowada* (2000).

⁴¹ Integracja systemu podatkowego i system transferów patrz: *Anton/Brehe/Petersen* (2002), *Petersen/Rose* (2003) i *Petersen* (2003a, 2003b, 2003c oraz 2004).

V. Współdziałanie publicznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wnioski dla państw w okresie transformacji

Podstawowe kierunki i problemy, z jakimi borykają się społeczne systemy ochrony zdrowia zostały omówione w poprzednich rozdziałach. Przeprowadzona analiza udowodniła, że funkcjonujące obecnie społeczne ubezpieczenie zdrowotne, a także systemy opieki zdrowotnej, są obciążone podstawowym błędem konstrukcyjnym. Jedyna skuteczna reforma musiałaby obejmować terapię przyczyn, jako, że doświadczenia z przeszłości pokazują, że leczenie samych objawów nie jest skuteczne. Analiza struktury społecznych ubezpieczeń zdrowotnych wykazuje, że nieustanny wzrost kosztów można zahamować jedynie przez częściowe urynkowienie systemu. Wprowadzenie elementów rynkowych będzie z jednej strony *jasnym sygnałem dla ubezpieczonych informującym ich o rzeczywistych kosztach systemu*, a z drugiej przyczyni się do wprowadzenia bardziej skutecznych *mechanizmów kontroli podaży medycznej*, np. ubezpieczeni otrzymają szczegółowe informacje o ilości, jakości, cenach dóbr i usług medycznych. Poza tym, ograniczone urynkowienie tego sektora wprowadzi *odpowiednie bodźce*, które pozwolą na dużo bardziej efektywne sterowanie popytem na usługi i produkty medyczne. Jeśli chodzi o działające w sektorze instytucje, należy odpowiedzieć na pytanie czy istnieje możliwość przeniesienia ich elementów do ubezpieczeń prywatnych, ponieważ tylko taki model jest w stanie zapewnić odpowiedni poziom konkurencji, który jest niezbędny do prowadzenia skutecznego nadzoru cenowego.

Główna i kompleksowa reforma zdrowia musi rozwiązać dwa problemy. Po pierwsze, musi zagwarantować warunki dla długoterminowej i optymalnej alokacji wydatków publicznych na ochronę zdrowia, a po drugie, i jest to chyba zadania najważniejsze, musi ponownie określić rolę solidaryzmu społecznego oraz państwa w zakresie obowiązku zapewnienia ochrony zdrowotnej. W tym kontekście, jest oczywiste, że nawet państwa Europy Zachodniej nie są w stanie zagwarantować wszystkich usług i dóbr medycznych możliwie najwyższej jakości i w odpowiedniej ilości, aby zaspokoić zapotrzebowanie wszystkich swoich obywateli na technicznie dostępne i niezwykle kosztowne usługi medyczne. Presję finansową wzmagają dodatkowo zmiany w strukturze demograficznej, starzenie społeczeństwa oraz brak czynników stymulujących ekonomiczny popyt na usługi medyczne.

Politycy socjalni, którzy starają się o reelekcję, nieustannie popierają koncepcję zagwarantowanej pełnej ochrony ubezpieczeniowej dla wszystkich obywateli i nie przyjmują do wiadomości, że taki system owocuje nierównym dostępem do usług medycznych. Chcąc zagwarantować sprawiedliwy dostęp, negują zjawisko niedoboru, które stanowi konstytutywny element każdego systemu gospodarczego. Całkowite odejście od wszelkich form reglamentacji uniemożliwia wprowadzenie nawet kilku wybranych elementów rynkowych. Czasy realnego socjalizmu dowodzą, że odrzucenie zasad reglamentacji cenowej przyczynia się do powstawania kolejek, co zresztą znalazło potwierdzenie w przypadku brytyjskiej służby zdrowia. Nierówny dostęp sprzyja powstawaniu równoległych rynków prywatnych ubezpieczeń medycznych, które zaspokajają popyt częściowo za dosyć wygórowaną opłatą.⁴²

Eksplzję cen można zahamować jedynie poprzez leczenie przyczyn choroby, a sama kuracja symptomów okazuje się w takim przypadku nieskuteczna. Idea wybranego sektora gospodarki obsługującego bezklasowe społeczeństwo była iluzją, którą karmiono obywateli. Jeśli przeanalizujemy potencjał nabywczy konsumentów w zakresie „zwykłych” towarów i usług,

⁴² W wielu krajach przechodzących transformację oraz w czasach ustroju socjalistycznego, system opieki zdrowotnej nie był w stanie w pełni zaspokoić popytu na usługi medyczne. Sytuacja ta przyczyniła się do powstania czarnego rynku usług medycznych (patrz tabela poniżej).

stanie się oczywiste, że od wielu pokoleń, gospodarka rynkowa akceptuje koncepcję społeczeństwa podzielonego na klasy według dochodów. Należy także dodać, że podział ten sprzyja powstawaniu niezbędnych bodźców, które zachęcają jednostki do podejmowania prób w celu zdobycia wyższej pozycji społecznej. Powstanie rynku prywatnego jest wyrazem autonomii konsumentów, która była tłumiona przez dotychczasowe społeczne systemy opieki zdrowotnej. Zakaz działalności prywatnego rynku usług medycznych byłby jawnym zaprzeczeniem zasad gospodarki wolnorynkowej i ewidentnym naruszeniem praw gwarantowanych przez konstytucję. Nawet w świetle ostatnich debat w Niemczech, w których skłaniano się ku tezie, że usługi medyczne świadczone w ramach ubezpieczenia podstawowego powinny być oferowane wyłącznie w ramach społecznych ubezpieczeń zdrowotnych,⁴³ należy stwierdzić, że zmiany w tym kierunku byłyby krokiem wstecz. Ich wprowadzenie mogłoby przyczynić się do większego interwencjonizmu państwowego i pogorszyć obecną sytuację.

Jednym z ważnych argumentów przemawiającym za uzasadnionym i wyważonym interwencjonizmem państwowym jest ogólne zainteresowanie opinii publicznej odpowiednim poziomem zdrowia oraz istnieniem zadowalających środków zaradczych w przypadku choroby. Równie istotna jest indywidualna troska obywateli o własny stan zdrowia. Ponieważ jednak konsumenci cieszą się ogromną autonomią, pierwszy argument wydaje się być uzasadniony jedynie w przypadku dodatkowych i uzupełniających środków ochrony socjalnej, które są stosowane w przypadku niedostatecznego zachowania indywidualnych środków ostrożności. Należy także pamiętać, że wiele usług medycznych jest niezbędne do utrzymania życia. Odmowa wykonania takich usług może stanowić zagrożenie życia dla chorej osoby. Dlatego też, prawo europejskie stwierdza kategorycznie, że *usługi medyczne, które są niezbędne do podtrzymania życia, muszą zostać udostępnione* nawet osobom, które nie posiadają środków na pokrycie kosztów leczenia. Zgodnie z zasadą sprawiedliwego zaspokajania potrzeb (lub solidaryzmu), to państwo jest zobowiązane zapewnić opiekę zdrowotną osobom potrzebującym.⁴⁴

Koncepcja sprawiedliwego zaspokajania potrzeb w dziedzinie ochrony zdrowia może być wyrażona w formie dwóch postulatów. Postulat pierwszy określa *podstawowe usługi opieki medycznej* jako świadczenia, które są konieczne do utrzymania życia. Definicja ta ma oczywiście uzasadnienie etyczne, jest zgodna z normami społecznymi i interesem jednostki i odzwierciedla techniczne możliwości świadczenia usług. Należy jednak pamiętać, że nawet w tak ważnym sektorze usług, *systematyczne naruszanie zasad niedoboru może zagrozić trwałości całego systemu gospodarczego*. Dlatego też, określenie niezbędnych usług medycznych jest przedmiotem dialogu społecznego, który kształtuje wybory dokonywane przez elektorat. Drugi postulat odnosi się natomiast do zasady *subsydiarności*, która głosi, że jednostka ponosi główną odpowiedzialność za zapewnienie sobie nawet tak podstawowych i ważnych produktów jak dobra i usługi medyczne. Społeczeństwo i państwo powinno więc kierować swoją pomoc do osób, które nie są w stanie zapewnić sobie indywidualnej opieki zdrowotnej. *Obowiązkowa ochrona zdrowia jest uzasadniona*, jeśli społeczeństwo wykazuje powszechną beztroską postawę, a osoby, które mogą pozwolić sobie na zabezpieczenie opieki medycznej nie są tym zainteresowane.⁴⁵

⁴³ Podobne koncepcje są obecnie omawiane przez komisję *Rürup*. Informacje na ten temat są publikowane na stronach: <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/index.html>.

⁴⁴ Więcej informacji o koncepcji sprawiedliwych możliwości i sprawiedliwego zaspokajania potrzeb znajdziesz w: *Petersen* (1993) oraz *Petersen/Müller* (1999).

⁴⁵ Należy jednak pamiętać, że beztroska i egoizm to często nadużywane pojęcia przez różne grupy interesów, które chcą wymusić na społeczeństwie uczestnictwo w obowiązkowym systemie opartym na zasadzie solidaryzmu. Złożone, monopolistyczne systemy dają w praktyce ogromną władzę polityczną lobbystom i

Określenie podstawowej listy usług i produktów medycznych jest niezwykle trudnym i złożonym zadaniem. Realizacja tego projektu powinna opierać się na współpracy polityków z przedstawicielami lekarzy i ekonomistów działających np. w ramach oficjalnej komisji ds. etyki. Objętość oraz struktura takiego katalogu musi być nieustannie dostosowywana do standardów technicznych i możliwości gospodarczych państwa. Prace nad docelową listą powinny także zmierzać w kierunku zapewnienia maksymalnej przejrzystości rządzących nią mechanizmów. Ekonomia i gospodarka sektora zdrowia dysponują w chwili obecnej zestawem kryteriów, które pozwalają opracować pożądaną klasyfikację podstawowych i dodatkowych usług medycznych.⁴⁶ Kolejny akapit omawia kryterium zasadności świadczenia usług medycznych, jego skuteczność oraz kryteria odnoszące się do kosztów.

To prawda, że koncepcja ubezpieczeń indywidualnych jest najbardziej wygodnym rozwiązaniem w socjalnej gospodarce rynkowej, nawet jeśli z powodu omówionych wcześniej uwarunkowań historycznych, większość działających w niej systemów ubezpieczeń zdrowotnych opiera się na całkiem innym modelu. Składka ubezpieczeniowa jest wprost proporcjonalna do indywidualnego ryzyka. Ewentualne zmiany w klasyfikacji ryzyka wpływają zaś na wysokość przyszłych składek. Zasada podziału ryzyka wymaga, aby poszczególni obywatele odkładali fundusze na zabezpieczenie późnej starości. Ten rodzaj ubezpieczenia powinien zostać jasno określony i przekształcony w konkurencyjny produkt, który osoba ubezpieczona może przenieść do innej kasy chorych.⁴⁷ Problem *negatywnej selekcji*, który nie dotyka w równym stopniu wszystkich rodzajów ubezpieczeń, może zostać wyeliminowany poprzez *subwencjonowanie części składki* z tytułu ponadstandardowego ryzyka w przypadku inwalidztwa, lub dopłat w postaci pełnej kwoty składki, jeśli osoba ubezpieczona znajduje się w trudnej sytuacji materialnej. Ubóstwo i inwalidztwo stanowią dobrze udokumentowane przypadki. Jak pokazują doświadczenia kas chorych, potencjalnym problemem może okazać się natomiast przyznawanie dodatków z tytułu wybranych schorzeń psychicznych, których diagnoza jest bardziej złożonym procesem. Skuteczna regulacja prywatnych planów ubezpieczeniowych oferujących świadczenia podstawowe i dodatkowe jest więc w stanie przezwyciężyć wszystkie problemy, z jakimi borykają się działające na rynku instytucje, pod warunkiem wprowadzenia subsydiowanych świadczeń dla wybranych grup świadczeniobiorców znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej lub osób narażonych na negatywną selekcję.

Oczywiście tak radykalna reforma zdrowia musi cieszyć się znacznym poparciem rządowych ciał wykonawczych i opierać się na skutecznych i sprawiedliwych rozwiązaniach rynkowych. Przykład krajów zachodnioeuropejskich pokazuje jednak, że planowane zmiany nie uzyskują wystarczającego poparcia nawet przy ewidentnej niewydolności istniejących systemów. Jeśli więc wprowadzenie prywatnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych ma oznaczać całkowity odwrót od socjalnej gospodarki rynkowej, system ten wydaje się być jedynym politycznie akceptowalnym rozwiązaniem podczas okresu przejściowego. Teza ta wydaje się być najbardziej uzasadniona w przypadku odejścia od publicznie zarządzanego systemu zdrowia.⁴⁸ Jeśli decyzja o wprowadzeniu rozwiązań tymczasowych zostanie jednak podjęta, *przyjęty model musi obejmować najważniejsze elementy szczegółowo opracowanego katalogu podstawowych usług zdrowotnych a także kluczowe mechanizmy sterowania popytem na*

wymagają nieustannych interwencji ze strony ugrupowań o orientacji socjalistycznej. Oba te czynniki wywierają negatywny wpływ na skuteczność systemu. Więcej informacji na ten temat znajdziesz w: Petersen (2000).

⁴⁶ Patrz: np. Sowada (2000, str. 55).

⁴⁷ W ramach niemieckiego systemu ubezpieczeń, fundusze te zostają stracone w chwili zmiany ubezpieczyciela. Zasada ta nie zachęca klientów do zmiany kasy chorych i wywiera negatywny wpływ na konkurencję rynkową.

⁴⁸ Rozwiązanie to zostało zastosowane w ramach polskiego systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Więcej informacji na ten temat znajdziesz w: Sowada (2000). Ponieważ tak, jak w przypadku Niemiec, system ten jest obciążony poważnymi błędami konstrukcyjnymi, w chwili obecnej jest poddawany powszechnej krytyce.

usługi medyczne i metody nadzoru dostawców. Wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń może okazać się znacznie prostszym rozwiązaniem pod warunkiem, że reforma przejściowa będzie obejmować wybrane elementy rynkowe.

Kolejnym problemem, jaki pojawił się w Niemczech w latach 90-tych ubiegłego wieku, była kwestia ubezpieczeń pielęgnacyjnych. Sprawa ta została rozwiązana poprzez wprowadzenie nowego rodzaju ubezpieczeń zdrowotnych – omawianego wcześniej ubezpieczenia na późną starość. Kwestia ta nie stanowiłaby większego problemu gdyby ubezpieczenia społeczne przyjęły w tej sprawie podobne podejście jak w przypadku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Ponieważ sama koncepcja ubezpieczenia pielęgnacyjnych odzwierciedla błędy w konstrukcji społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, rozwiązanie to nie ma racji bytu na efektywnym rynku ubezpieczeń prywatnych.

VI. Podsumowanie: Niezbędne kroki w kierunku gruntownej reformy systemu

Podsumowanie wszystkich omówionych argumentów pomoże nam w postawieniu jednoznacznej diagnozy – *społeczne ubezpieczenia zdrowotne i ochronę zdrowia drąży choroba wywołana nadmiernym interwencjonizmem politycznym oraz działaniami grup interesów.* Oba podstawowe błędy systemu można wyeliminować jeśli ograniczymy rolę skomplikowanej sieci dostawców oraz prowadzących intensywny lobbying stowarzyszeń zawodowych. Współczesny model łączący w sobie elementy społecznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest na tyle skuteczny, że systematyczne interwencje polityczne są po prostu niepotrzebne. Przyjęcie tego modelu przez Niemcy oznaczałoby gruntowną reformę ubezpieczeń prywatnych oraz całego systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne:

- Bardziej skuteczna regulacja systemu ubezpieczeń poprzez niezależny nadzór kosztów i składek (prowadzony zgodnie z zasadami rewizji).
- *Możliwość przeniesienia rezerw zgromadzonych na starość* w przypadku zmiany dotychczasowego ubezpieczenia zdrowotnego, aby podnieść konkurencyjność firm ubezpieczeniowych.
- *Wprowadzenie reasekuracji rezerw zgromadzonych na starość* w celu zmniejszenia ryzyka kapitałowego.
- *Wyłączenie negocjacji* dotyczących stawek usług medycznych oraz kosztów hospitalizacji w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego z procesu zbiorowych negocjacji w społecznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych.
- *Bezpośrednie kontrakty* zawierane pomiędzy lekarzami i szpitalami w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.
- *Wprowadzenie kontroli jakości standardu usług* oferowanych przez lekarzy i szpitale, włącznie z polityką wolnego dostępu do informacji; kontrole te powinny być przeprowadzane przez prywatnych ubezpieczycieli.
- *Zniesienie zakazu konkurencji dla lekarzy i szpitali.*

Społeczne ubezpieczenia zdrowotne:

- Wyeliminowanie asymetrycznej struktury informacji, która jest korzystna dla dostawców, dostarczanie pacjentom konkretnych *informacji o liczbie wizyt medycznych oraz kosztach leczenia i leków.*
- Wyeliminowanie nadużyć systemu poprzez wprowadzenie mechanizmów sterujących znanych z prywatnych ubezpieczeń, a zwłaszcza *dobrowolnego współpłacenia za*

- świadczenia* oraz zwrotu części składki w przypadku nie korzystania ze świadczeń podczas okresu objętego ubezpieczeniem.
- Zwalczanie postaw nastawionych na osiąganie korzyści oraz głównych problemów związanych z pośrednikami poprzez *wyeliminowanie wpływu roszczeniowych grup interesów* (czyli zmniejszenie lub wyeliminowanie wpływu stowarzyszeń lekarskich wymienionych w diagramie 2 oraz zwiększenie konkurencji na rynku aptecznym i farmaceutycznym).
 - *Wyeliminowanie* towarów i usług zdrowotnych o charakterze *kosmetycznym* (wiele etapów leczenia stomatologicznego)
 - Podnoszenie świadomości społeczeństwa o *polityce* zdrowotnej i *indywidualnych świadczeniach zdrowotnych*.
 - Poszerzanie wiedzy społeczeństwa o *mechanizmach działania planów ubezpieczeniowych* (np. ubezpieczenie chroni przed wystąpieniem zdarzenia wysokiego ryzyka, ale nie wystąpieniem zdarzenia pewnego).
 - Wdrożenie metod *kontroli jakości* usług świadczonych przez lekarzy i szpitale.
 - Stopniowe zwiększanie *konkurencji pomiędzy społecznymi kasami chorych*.
 - Wprowadzenie *odpowiedniego zakresu ubezpieczeń zdrowotnych* w celu uniknięcia problemów związanych z negatywną selekcją prowadzoną przez poszczególnych ubezpieczycieli (kompensacja ryzyka ponoszonego przez zbyt małe lub duże firmy ubezpieczeniowe).
 - Zastąpienie składek naliczanych od poziomu zarobków składkami osobowymi.⁴⁹

Wprowadzenie w życie tej niekompletnej co prawda listy środków może przyczynić się do wzmocnienia zarówno pozycji społecznych jak i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Pozostałe problemy jakie pozostają do rozwiązania to wyeliminowanie negatywnej selekcji oraz ubóstwa, które jest częstym zjawiskiem w tak zróżnicowanym systemie. W ramach w pełni sprywatyzowanych systemów, tzw. przypadki wysokiego ryzyka oraz osoby dotknięte względnym ubóstwem mogłyby dostawać subwencje na składkę z tytułu dodatkowego ryzyka lub dodatek z tytułu złej sytuacji materialnej przeznaczany na pokrycie składki. Zastąpienie obecnych składek, których podstawą obliczania jest poziom zarobków, składkami osobowymi będzie wymagać wprowadzenia podobnych środków. Zmiana zaowocuje obniżeniem ogólnych kosztów funkcjonowania systemu, którego warunkiem jest wdrożenie omówionych powyżej oszczędności w zakresie dodatkowych wydatków. Łączny wpływ wprowadzonych środków pozwoliłby także na oddzielenie zarobków od składek na ubezpieczenia zdrowotne i poczynienie znacznych oszczędności w zakresie dodatkowych kosztów płacowych, co niewątpliwie wywrze korzystny wpływ na warunki zatrudnienia.

Chociaż wprowadzenie gruntownych reform wydaje się być niezbędne, socjalne ugrupowania nie mają dość odwagi, aby przedstawić odważny projekt zmian opinii publicznej. Poważny krok w kierunku zmian został osiągnięty dzięki wieloletnim debatom poświęconym złożonym problemom, z jakimi borykają się systemy opieki społecznej. Dyskusje te przyczyniły się m.in. do wprowadzenia częściowych reform systemu, które wydają się tworzyć lepsze

⁴⁹ Składki osobowe odzwierciedlałyby przeciętne ryzyko jakie tworzy osoba ubezpieczona dla społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Dlatego też, wprowadzenie składek naliczanych zgodnie z tą zasadą może przyczynić się w przyszłości do przejścia na w pełni sprywatyzowane ubezpieczenia zdrowotne. W Niemczech prowadzono także dyskusje o ubezpieczeniu obywatelskim (Bürgerversicherung), którym objęto ogół społeczeństwa (jest to system równoległy do systemu ubezpieczeń dla urzędników rządowych i osób samozatrudnionych). Rozwiązanie to byłoby jednak leczeniem objawów poprzez wzrost wpływów i mogłoby spowodować podwyżkę składek na społeczne ubezpieczenie zdrowotne. Wprowadzenie systemu przyczyniłoby się do niemal całkowitej monopolizacji społecznego systemu ubezpieczeń i miałoby fatalny wpływ na skuteczność prywatnego sektora ubezpieczeń medycznych. Więcej informacji na ten temat znajdziesz w: Breyer (2003) oraz <http://www.buergerversicherung-aktuell.de/index00.html>.

rokowania na przyszłość. Wiele systemów społecznych ubezpieczeń zdrowotnych przystąpiło do prac nad nową strategią działań i rozważa możliwość współpracy z prywatnym rynkiem ubezpieczeń medycznych. Z drugiej strony, niemiecki prywatny sektor ubezpieczeń medycznych opracował niedawno wytyczne określające standardowe stawki usług. Stawki te mogą zostać udostępnione nawet tym osobom, które są objęte obowiązkiem systemem ubezpieczeń społecznych, a ich koszt może być pokrywany z połączonych środków prywatnych planów ubezpieczeniowych.⁵⁰ Bez względu na końcowy wynik, główne wytyczne zostały już nakreślone. W tej sytuacji, wprowadzenie stopniowych, radykalnych reform może przyczynić się do stworzenia optymistycznych perspektyw rozwoju dla istniejących społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Pokonanie oporu tradycyjnych grup nacisku jest korzystne dla wszystkich zainteresowanych stron - obywateli oraz pracowników sektora zdrowia, który odgrywa kluczową rolę we współczesnym społeczeństwie usług.

Literatura

- Anton, S., M. Brehe, and H.-G. Petersen (2002): *Die Einfachsteuer im empirischen Test*. W: M. Rose (Ed.): *Reform der Einkommensbesteuerung in Deutschland. Konzept, Auswirkungen und Rechtsgrundlagen der Einfachsteuer des Heidelberger Steuerkreises*. Verlag Recht und Wirtschaft, Heidelberg, str. 41-121.
- Baldwin, P. (1997): *The Past Rise of Social Security*. w: Giersch; H. (Ed.): *Reforming the Welfare State*. Springer, Berlin, Heidelberg, str. 3-24.
- Breyer, F. (2003): *Gesundheitsreform: Solidarität und Eigenverantwortung stärken*. W: Zimmermann, K.F. (Ed.): *Reformen – jetzt! So geht es mit Deutschland wieder aufwärts*. Gabler and Financial Times Deutschland, Wiesbaden 2003, str. 79 – 90.
- Henke, K.-D. (2003): *Gesundheitswesen – noch’ne Reform?* In: Heilemann, U. and Henke, K.-D. (Ed.): *Was ist zu tun? Wirtschaftspolitische Agenda für die Legislaturperiode 2002 bis 2006*. Duncker & Humblot, Berlin 2003, str. 155 –165.
- Herder-Dorneich, P. (1980): *Gesundheitsökonomik. Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.
- Inland Revenue (2003): *National Insurance Contributions for Self-employed People*. Class 2 and Class 4. Londyn.
- Institut der deutschen Wirtschaft (2003): *Gesetzliche Krankenversicherung: Die Solidarität bleibt gewahrt*. In: *Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft*, Vol. 29, str. 4-5.
- Jakubowski, E. and Busse, R. (1998): *Health Care Systems in the EU: A Comparative Study*. Parlament Europejski SACO 11, Bruksela.
- Petersen; H.-G. (1993a): *Finanzwissenschaft I*. Wydanie 3., Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.

⁵⁰ Patrz: *Der Spiegel*, Nr. 6, 2.2.04, str. 17. W artykule pt. *Verband der privaten Krankenversicherung* zaprzeczono jednak, że taki dokument został w ogóle opracowany. Patrz: <http://www.buergerversicherung-aktuell.de/index00.html>.

- Petersen, H.-G. (1989): *Sozialökonomik*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Petersen, H.-G. (1997a): Comment on Richard Scheffler „International Reforms of Health Care Systems”. Giersch, H. (Ed.): *Reforming the Welfare State*. Springer, Berlin, Heidelberg, str. 261-266.
- Petersen, H.-G. (2000): Polit-ökonomische Hinderungsgründe für eine grundlegende Steuer- und Sozialreform. In: *Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik*, Vol. 45, Mohr Siebeck, Tübingen, str. 79-104.
- Petersen, H.-G. (2003a): Steuerpolitik: Rettung vor Chaos und Überbelastung tut Not. W: Zimmermann, K.F. (Ed.): *Reformen – jetzt! So geht es mit Deutschland wieder aufwärts*. Gabler and Financial Times Deutschland, Wiesbaden 2003, str. 91 - 104.
- Petersen, H.-G. (2003b): Werte, Prinzipien und Gerechtigkeit: Zu einem dynamischen Verständnis von Leistungsfähigkeit. In: Ahlheim, M., Wenzel, H.-D. and Wiegand, W. (Ed): *Steuerpolitik – Von der Theorie zur Praxis*. Festschrift für Manfred Rose. Springer, Berlin et. al., str. 59 – 100.
- Petersen, H.-G. (2003c): Globalisierung und soziale Gerechtigkeit. W: Reitz, S. (red.): *Theoretische und wirtschaftspolitische Aspekte der internationalen Integration*. Festschrift für Helga Luckenbach zum 68. Geburtstag. Duncker & Humblot, Berlin, str. 187 – 221.
- Petersen, H.-G (2004): Globalisation, Capital Income Taxation and Capital Flight. w: *Tax Notes International*, Vol. 4, Fairfax/Virgina, 8 marca.
- Petersen, H.-G. (w opracowaniu): *International Experience with Alternative Forms of Social Protection: Lessons for the Reform Process in Russia*. Report for the Russian Foundation for Social Reforms in the Framework of the Project to Promote Structural Reforming in the System of the Population’s Social Protection Supported by the World Bank. Universität, Potsdam and DIW Berlin, Berlin, Potsdam and Moskau.
- Petersen, H.-G. and K. Müller (1999): *Volkswirtschaftspolitik*. W: Volkswirtschaftslehre im Überblick, red. H. Luckenbach. Verlag Vahlen, München.
- Petersen, H.-G. and Rose, M.: Zu einer Fundamentalreform der deutschen Einkommensteuer: Die Einfachsteuer des Heidelberger Kreises. W: Heilemann, U. and Henke, K.-D. (Ed.): *Was ist zu tun? Wirtschaftspolitische Agenda für die Legislaturperiode 2002 bis 2006*. Duncker & Humblot, Berlin 2003, str. 51 - 80.
- Scheffler, R. M. (1997): International Reforms of Health Care Systems: Quasi Markets, Privatization, and Manged Care. W: Giersch, H. (Ed.): *Reforming the Welfare State*. Springer, Berlin, Heidelberg, str. 247-259.
- Schmid, J. (2002): *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich*. 2nd Ed., Leske + Budrich, Opladen.
- Schönbäck, W. (1980): *Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatlicher Intervention*. Campus, Frankfurt, Nowy Jork.



CASE-Doradcy Sp. z o.o.

Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań.

Sowada, C. (2000): *Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen in einer Krankenversicherung*. Verlag P.C.O., Bayreuth.

Linki internetowe

<http://www.abc-der-krankenkassen.de/template.php3?page=alphabetinc.php3&id=1>

<http://www.abc-der-krankenkassen.de/zuzahlungen.htm> (Gesetzliche Krankenkassen)

<http://www.al-h.de/> (Hallesche Krankenversicherung)

<http://www.bafin.de> (Bundesanstalt für Finanzdienstaufsicht)

<http://www.buergerversicherung-aktuell.de/index00.html> (Bürgerversicherung)

http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/org_de.pdf

http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/uk_part2_de.htm

<http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/index.html> (Rürup commission)