

## SAVEZNA REPUBLIKA NEMAČKA

### 1. UVOD

Sistem socijalne sigurnosti u Nemačkoj uveden je još za vreme Bizmarka i neki od njegovih osnovnih principa važe i dan danas. S obzirom da je Bizmarkov model zamišljen za zaposlene, a ne za opštu zaštitu svih lica, zdravstveni sistem Savezne Republike Nemačke je više puta reformisan sa ciljem eliminisanja razlika u tretmanu lica zavisno od njihovog finansijskog stanja i da li je neko lice radnik ili je zaposleno u državnoj službi. Kao ciljevi budućih reformi danas se navode pospešivanje konkurentnosti unutar zdravstvenog sektora i smanjenje troškova.

Od 2009. godine sva lica sa nemačkim državljanstvom ili dugoročnim boravištem u Nemačkoj su obavezni da budu osigurani bilo obaveznim bilo dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem<sup>1</sup>. Pošto je zakonski propisano da sva lica moraju biti osigurana, i zdravstvene kase i osiguravajuće kompanije koje nude usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja moraju prihvatiti svaku podnetu prijavu za osiguranje.<sup>2</sup> Oko 90% stanovništva je osigurano obaveznim osiguranjem, 10% privatnim, dok se preostalih 5% nalazi pod posebnim režimima, kao što je npr. režim za vojnike. Imigranti bez odgovarajuće dokumentacije su osigurani u slučaju bolesti.<sup>3</sup>

Nemački zdravstveni sistem karakteriše koegzistencija privatnog i javnog sektora: npr. bolnice mogu biti i javne i privatne, ali ih je većina, bez obzira na vlasništvo, sastavni deo tzv. bolničkog plana, pa, stoga, mogu pružati usluge osiguranicima i obaveznog i dobrovoljnog osiguranja i regulisane su istim pravilima.

---

<sup>1</sup> Čl. 193 nemačkog Zakona o ugovoru o osiguranju, *BGB I S.* 2631, 23.11.2007.

<sup>2</sup> Čl. 193, st. 5 Zakona o ugovoru o osiguranju, *BGB I S.* 2631, 23.11.2007.

<sup>3</sup> V. [http://www.vdek.com/gesetzliche\\_krankenversicherung.html](http://www.vdek.com/gesetzliche_krankenversicherung.html), 27.10.2013.

Donošenje odluka u vezi sa obaveznim osiguranjem u Nemačkoj je veoma decentralizovano, iako je potpuno suprotan trend primećen u ostalim evropskim zemljama. Različita udruženja pacijenata, udruženja pružalaca usluga i udruženja kasa učestvuju u međusobnim pregovorima u kojima se preciziraju pitanja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, dok savezne i pokrajinske vlade i parlamenti ne učestvuju u istim, već, uglavnom, vrše kontrolu vrsta i sprovođenja zdravstvenih usluga obuhvaćenih obaveznim osiguranjem.

Kao što je već pomenuto, osiguranje može biti obavezno i dobrovoljno.

*Obavezno zdravstveno osiguranje*: Oto fon Bismark (*Otto von Bismark*) je 1883. godine uveo sistem socijalne sigurnosti zasnovan na principima solidarnosti, subsidijarnosti i korporativizma<sup>4</sup>. Obavezno zdravstveno osiguranje je sastavni deo sistema socijalne sigurnosti.

Najveći procenat nemačkog stanovništva je pokriven obaveznim osiguranjem: zaposleni koji zarađuju ispod 4350 evra mesečno, studenti na državnim i akreditovanim fakultetima, lica koja odrađuju prakse (*internship*), penzioneri koji su bili članovi obaveznog osiguranja ili su bili osigurani kao zavisna lica tokom bar pola radnog staža osiguranika, nezaposleni koji primaju nadoknadu od Savezne službe za zapošljavanje. Svrha obaveznog zdravstvenog osiguranja je prevencija i zaštita od bolesti, lečenje, kao i pružanje pomoći u hitnim slučajevima.

Uplaćivanjem svojih doprinosa osiguranik automatski osigurava i tzv. zavisna lica (misli se na supružnike i decu<sup>5</sup>), koja stiču jednaka prava iz osiguranja. Da bi supružnici stekli prava iz osiguranja moraju biti ispunjeni određeni uslovi: da sami nisu član neke zdravstvene kase, da nisu oslobođeni od obaveze osiguranja, da nisu samozaposleni i da nemaju zajedničkih prihoda sa osiguranim supružnikom, koji prelazi iznos od 400 evra

---

<sup>4</sup> Princip solidarnosti znači da Vlada preuzima na sebe odgovornost da obezbedi svim licima jednak pristup zdravstvenoj zaštiti pružajući pomoć onim koji nisu u mogućnosti da učestvuju u sektoru dobrovoljnog osiguranja; princip subsidijarnosti ukazuje na decentralizovani sistem zdravstvenog osiguranja, dok se načelo korporativizma ogleda u demokratski izabranom predstavljanju poslodavaca i zaposlenih u upravnim odborima zdravstvenih fondova, kao i u značaju datom nacionalnim i regionalnim telima koje donose odnosne odluke.

<sup>5</sup> Pod supružnicima se podrazumevaju i vanbračni partneri, a pod decom i pastorki i unuci, a sve to pod uslovom da zajednički prihodi supružnika, tj. partnera ne prelazi 365 evra mesečno, ako supružnik ne radi, tj. 400 evra mesečno, ukoliko zavisno lice radi.

mesečno ukoliko rade, tj. 365 evra mesečno ako su nezaposleni.<sup>6</sup> Maloletna deca su u svakom slučaju obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem svojih roditelja.

*Dobrovoljno zdravstveno osiguranje:* Razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u zemljama Evropske unije je evidentan jer obavezno zdravstveno osiguranje u manjoj ili većoj meri nije više u mogućnosti da pokriva sve zdravstvene troškove osiguranika. Lica koja mogu biti osigurana dobrovoljnim osiguranjem su :

- lica koja su isključena iz obaveznog zdravstvenog osiguranja: samozaposleni, lica koja se bave slobodnim zanimanjima i državni službenici<sup>7</sup>;
- kao i lica koja zarađuju preko 52 200 evra godišnje i time ostvaruju pravo na izbor da li će se osigurati obaveznim ili dobrovoljnim osiguranjem.<sup>8</sup>

U Nemačkoj postoje 3 vrste dobrovoljnog osiguranja: alternativno, komplementarno i suplementarno. Za *alternativno osiguranje* se moraju odlučiti samozaposleni i lica koja se bave slobodnim zanimanjem jer su isključeni iz šeme obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i ona lica koja zarađuju preko navedenog iznosa, a odluče se za varijantu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Da bi osiguranik dobio što veću pokrivenost zdravstvenih usluga dobrovoljnim osiguranjem, moraće da kupi veći broj polisa osiguranja ( jer su npr. zdravstvene usluge bolničke nege odvojene od vanbolničke i sl). Od izbora polise zavisi koje će usluge biti obezbeđene osiguraniku, ali i u kom procentu će mu biti pokriveni troškovi zdravstvenih usluga<sup>9</sup>. Osiguravajuće kompanije koje pružaju ovu vrstu osiguranja funkcionišu po sistemu refundacije troškova, što znači da osiguranik prvo sam mora da plati zdravstvene usluge, pa će mu tek naknadno osiguravajuća kompanija refundirati isplaćene troškove. *Komplementarnim osiguranjem* se najčešće pokrivaju troškovi participacije. Kategorija lica koja će se uvek odlučiti za ovu vrstu dobrovoljnog osiguranja su državni službenici za pokrivanje onog dela troškova koje im ne refundira Vlada. Ova vrsta osiguranja najčešće se koristi za pokrivanje troškova vanbolničke nege, stomatoloških usluga, kao i za dobijanje novčane

---

<sup>6</sup> V. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/versicherte/familienversicherte.html>, 05.11.2012.

<sup>7</sup> Razlog zbog kog su državni službenici isključeni iz obaveznog zdravstvenog osiguranja je taj što njima Vlada u svakom slučaju refundira deo troškova zdravstvene nege.

<sup>8</sup> Od 01.01.2014, godine taj iznos će porasti na 53 550 evra usled porasta prosečne plate. V. paragraf 223 odeljak 3 knjige V Socijalnog zakonika i paragraf 55 odeljak 2 knjige XI Socijalnog zakonika.

<sup>9</sup> Osiguravajuće kompanije moraju ponuditi svojim korisnicama osnovni paket zdravstvenih usluga, koji otprilike odgovara osnovnom paket obaveznog osiguranja.

naknade u slučaju hospitalizacije.<sup>10</sup> Svrha *suplementarnog osiguranja* je pružanje osiguraniku većeg izbora zdravstvenih usluga, boljih uslova i pogodnosti u zdravstvenim ustanovama. U Nemačkoj se suplementarno osiguranje najčešće koristi za dobijanje mogućnosti izbora specijaliste, ali i boravka u jednokrevetnim sobama sa sopstvenim kupatilom u bolnicama.

Prilikom određenja visine premije za dobrovoljno osiguranje uzimaju se u obzir godine osiguranika u trenutku zaključenja ugovora, njegovo zdravstveno stanje i izbor paketa željenih zdravstvenih usluga. Iznos koji se plaća za premiju se odbija od iznosa prihoda osiguranika koji se oporezuje.

Supružnici i deca osiguranika nisu automatski obuhvaćeni dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, već je neophodno da se uplate dodatne premije za njih.

Uslugu dobrovoljnog osiguranja nudi 50 osiguravajućih kompanija, organizovanih u Udruženje privatnog zdravstvenog osiguranja.

## 2. ISTORIJAT RAZVOJA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U NEMAČKOJ<sup>11</sup>

Nemačka poseduje najstariji sistem opšteg zdravstvenog osiguranja sa korenima u Bizmarkovom socijalnom zakonodavstvu, koje je obuhvatalo Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 1883. godine, Zakon o osiguranju u slučaju nezgode iz 1884. i Zakon o penzijsko invalidskom osiguranju iz 1889. godine. 1885. godine obavezno zdravstveno osiguranje je obezbedilo medicinsku pomoć za 26% radnika sa niskim primanjima.

1901. godine prevoznici i službenici su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem, 1911. su im se pridružili poljoprivrednici i šumari, a 1914. i državni službenici. Potom u periodu 1918-1930. godine obaveznim zdravstvenim osiguranjem su obuhvaćeni nezaposleni, pomorci i zavisna lica. Od 1941. godine uvedena je mogućnost za lica koja zarađuju preko određenog iznosa da se osiguraju dobrovoljnim zdravstvenim

---

<sup>10</sup> V. E.Mossialos, S. Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, 68

<sup>11</sup> V. detaljnije M. Stolleis, *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland . Ein Grundriss*, Lucius&Lucius, Stuttgart 2003, W.Ayass, "Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867- 1914", *Godišnjak istorijskog istraživanja u Saveznoj Republici Nemačkoj*, Minhen 2005, M.G. Schmidt, *Sozialpolitik in Deutschland, Historische Entwicklung und internationaler Vergleich*, Springer DE 2005, 154/ 157, <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html>, 25.11.2013.

osiguranjem. Iste godine i penzioneri postaju obezbeđeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Trgovci, samozaposleni i invalidi su postali osiguranici obaveznog zdravstvenog osiguranja u periodu od 1966-1975. godine.

Podela Nemačke je rezultirala postojanjem dva različita nemačka sistema zdravstvene zaštite. U Istočnoj Nemačkoj na snazi je bio sistem centralizovanog državnog zdravstva u kom su lekari bili državni službenici. U zapadnom delu je uspostavljeno zdravstvo koje je postojalo i pre rata, gde je država imala samo nadzornu ulogu. Vlada je bila nadležna za obezbeđivanje određenih finansijskih sredstava, ali je pružanje zdravstvene nege i njeno upravljanje bilo prepušteno nedržavnim subjektima, kao što su udruženja bolnica na državnom i regionalnom nivou, privatne osiguravajuće kompanije, volonterska udruženja i sl. Prihvaćen je princip univerzalnosti zdravstvenog osiguranja.

Tokom '70ih godina započete su reforme zdravstva sa ciljem smanjenja troškova.<sup>12</sup> Participacije osiguranika za lekove, stomatološke zahvate i hospitalizaciju su uvedene 1982. godine, a potom dalje razvijene u Zakonu o reformi zdravstvene nege 1989. godine i Zakonom o strukturnim reformama zdravstvene zaštite 1993. godine.

Osnovu za savremeno regulisanje obaveznog zdravstvenog osiguranja predstavlja V knjiga Socijalnog zakonika, koja je stupila na snagu 1989<sup>13</sup>. Ovim zakonom su načelno regulisani organizacija osiguranja, obaveze osiguranika, osigurane zdravstvene usluge i njihove veze sa ostalim pružaocima zdravstvenih usluga.

### 3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Organizacija zdravstvenog osiguranja je veoma fragmentisana. Pored učešća državnih organa, postoji veliki broj zdravstvenih kasa i kompanija koje pružaju usluge zdravstvenog osiguranja.

*Učešće državnih organa:* Državni organi pružaju zdravstvene usluge indirektno, putem bolnica koja se nalaze u društvenom vlasništvu i vlasništvu opština. Na saveznom nivou Savezna skupština, Savezni savet i Ministarstvo zdravlja definišu politiku zemlje u

---

<sup>12</sup> Najvažniji propis tad donet je Zakon o ograničavanju troškova zdravstvenog osiguranja iz 1977. godine.

<sup>13</sup> Knjiga V Socijalnog zakonika, BGB I S. 2477 20.12.1988.

pogledu pitanja zdravstvene zaštite i osiguranja. Dalje, ministarstva u svakoj pokrajini su nadležna za donošenje svojih zakona, kontrolisanje sprovođenja istih i finansijske investicije u bolnički sektor. Na nivou pokrajina vlade su nadležne za održavanje bolničke infrastrukture, nezavisno od toga li su bolnice u državnom ili privatnom vlasništvu

*Učešće lekara:* Lekari opšte prakse i lekari specijalisti moraju biti članovi regionalnih udruženja lekara, koja učestvuju u pregovorima sa zdravstvenim fondovima, organizuju zdravstvenu negu i imaju ulogu finansijskih posrednika. U udruženjima ne prave razliku između privatnih lekara i onih koji pružaju usluge u bolnicama. Pored udruženja lekara<sup>14</sup> postoje i profesionalna komore.

U Nemačkoj ne postoji obaveza *izbora ličnog lekara*, ali osiguranici imaju to pravo.<sup>15</sup> Pravo izbora je ograničeno na lekara koji poseduje dozvolu da pruža ambulantnu negu osiguranicima iz sistema obaveznog osiguranja. Takođe, postoji mogućnost izbora zubara. Od 2004. godine uvedena je mogućnost *izbora porodičnog lekara*<sup>16</sup>, odnosno zdravstvene kase su u obavezi da ponude ovu mogućnost svojim osiguranicima po posebnoj tarifi. Porodični lekar savetuje pacijenta o daljim koracima u lečenju, o izboru klinika, specijalista i sl. Osiguranici koji se odluče za porodičnog lekara, mogu koristiti ambulante usluge samo uz njegov uput.

*Učešće zdravstvenih kasa*<sup>17</sup>: Još od '90ih godina lica imaju mogućnost da biraju između zdravstvenih kasa koje pružaju usluge obaveznog zdravstvenog osiguranja i mogu ih menjati svakih 12 meseci. Postoji 6 vrsta zdravstvenih kasa: opšte, regionalne, poljoprivredne, rudarsko-železničko-pomorske, dopunske, korporativne i kase specifične za pojedine profesije. Osiguranici danas imaju mogućnost da biraju između oko 150 kasa.<sup>18</sup> Zdravstvene kase koje pružaju usluge obaveznog zdravstvenog osiguranja se nalaze u privatnom vlasništvu.

Zdravstvene kase su dužne da uplaćuju određene novčane iznose regionalnim udruženjima lekara u zdravstvenom osiguranju u onoj regiji u kojoj je prebivalište

---

<sup>14</sup> Prvo je osnovano još 1900. godine.

<sup>15</sup> Paragraf 76 knjige V Socijalnog zakonika.

<sup>16</sup> U 2007. godini 24,6 miliona osiguranika je imalo pravo na izbor kućnog lekara i to pravo je iskoristilo 4,6 miliona ljudi.

<sup>17</sup> Paragraf 4 knjige V Socijalnog zakonika.

<sup>18</sup> V. <http://www.krankenkassentarife.de/baseportal/kassenliste>, 04.10.2012. Na navedenom sajtu se može naći spisak svih zdravstvenih kasa u Nemačkoj.

njihovih osiguranika. Potom udruženja lekara vrše dalju distribuciju sredstava lekarima po određenim mehanizmima plaćanja za zdravstvene usluge.<sup>19</sup> Pravilo je da pacijent ne plaća za zdravstvene usluge, već se pružaoci zdravstvenih usluga, lekari obraćaju direktno zdravstvenim kasama za isplatu. Zdravstvene kase mogu samostalno da zaključuju ugovore sa pružaocima zdravstvenih usluga ili da ugovaraju popuste na nabavku lekova sa farmaceutski kućama.

*Učešće Kompenzacionog fonda:* Kompenzacioni fond je centralni fond u koji se slivaju sredstva za finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, tj. kase mu prosleđuju sredstva od uplaćenih doprinosa. Sve zdravstvene kase dobijaju od Kompenzacionog fonda prosečne iznose troškova za svakog osiguranog pojedinca, kao i dodatne novčane iznose određene na osnovu procene pola, starosti i zdravstvenog stanja osiguranika.<sup>20</sup> Kase koje imaju više starih i bolesnih osiguranika dobijaju više novca u poređenju sa onim kasama koje uglavnom osiguravaju mlade i zdrave osobe. Međutim, Kompenzacioni fond ne nadoknađuje troškove koji su preko prosečnih, za njih su odgovorne same kase. Ukoliko su, pak, troškovi kase niži od prosečnih, razliku zdravstvena kasa zadržava za sebe. Za troškove poslovanja i usluge koje pruža po sopstvenom izboru, kasa ne dobijaju sredstva od Kompenzacionog fonda.

*Učešće Zajedničkog saveznog odbora:* Zajednički savezni odbor je najvažnije nevladino telo na koje je delegirano pravo donošenja odluka koje se tiču zdravstva i osiguranja. Sastoji se od članova: Saveznog udruženja zdravstvenih kasa, Saveznog udruženja lekara u obaveznom zdravstvenom osiguranju, Saveznog udruženja zubara u obaveznom zdravstvenom osiguranju i Udruženja nemačkih bolnica, kao i predstavnika pacijenata. Jedan od zadataka Odbora je donošenje uputstava o uslugama koje treba da budu pokrivena obaveznim osiguranjem i propisuje stepen kvaliteta zdravstvenih usluga.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> V. deo rada o načinima plaćanja zdravstvenih usluga.

<sup>20</sup> Savezna vlast za osiguranje uređuje mehanizam podele troškova između kasa na osnovu procene strukture rizika.

<sup>21</sup> V. detaljnije <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/>, 05.10.2012.

#### 4. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

U nemačkom zdravstvenom osiguranju ne postoji konačna lista tačno određenih zdravstvenih usluga obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem. V knjiga Socijalnog zakonika uopštenim pojmovima definiše koje su to zdravstvene usluge obuhvaćene obaveznim paketom: prevencija, zaštita i lečenje bolesti (bolničko i vanbolničko lečenje, stomatološke usluge, kućna nega, određene rehabilitivne mere, socioterapija); medicinska pomoć u hitnim slučajevima i transport bolesnika u specifičnim stanjima; određena prava, kao što je pravo pacijenta na određene informacije.<sup>22</sup>

Pravo osiguranika na određene zdravstvene usluge je regulisano obavezujućim uputstvima koje izdaje Zajednički savezni odbor zdravstvenim kasama.<sup>23</sup> Uputstva se izdaju za različite oblasti zdravstvenih usluga i njima se definiše koje će usluge biti pokrivenne obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Zajednički savezni odbor će razmotriti dijagnostički i terapijski nove postupke, utvrditi da li ispunjavaju određene zahteve i tek tad odlučiti da li će njihovi troškovi biti pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Tzv. statutarne<sup>24</sup> zdravstvene usluge su dodatne zdravstvene usluge, čije refundiranje zdravstvena kasa može da ponudi svojim osiguranicima.<sup>25</sup> Na taj način zdravstvene kase mogu više izaći u susret potrebama svojih osiguranika i, uostalom, privući više lica da se osiguraju kod njih. Oblasti u kojima se mogu pružati statutarne zdravstvene usluge su: rehabilitacija, veštačka oplodnja, stomatologija, kućna nega i pomoć.

*Ostala prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja:* U slučaju *nesposobnosti za rad zaposlenog* poslodavac mu isplaćuje punu platu prvih 6 nedelja. Posle toga, zdravstvena kasa isplaćuje osiguraniku 70% redovne bruto zarade, ali taj iznos ne može preći 90% neto zarade iz poslednjeg meseca. U slučaju *odsustva sa posla radi nege*

---

<sup>22</sup> V. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/leistungen/leistungskatalog.html>, 05.10. 2012.

<sup>23</sup> V. <http://www.g-ba.de/>, 10.10.2012. Uloga Zajedničkog saveznog odbora je detaljno regulisana paragrafom 91 knjige V Socijalnog zakonika.

<sup>24</sup> Nazivaju se statutarnim uslugama jer su predviđene statutima zdravstvenih kasa.

<sup>25</sup> Pravo zdravstvenih kasa na uvođenje dodatnih zdravstvenih usluga proizilazi iz GKV-Versorgungsstrukturgesetz, BGB I 70, 22.12.2011.

*bolesnog deteta* mlađeg od 12 godina, osiguranik ima pravo na novčanu naknadu zarade za 10 radnih dana.

Ukoliko kućna nega može da skрати ili čak spreči boravak u bolnici, a osiguranik nema člana domaćinstva koji ga može negovati, biće mu pokriveni troškovi *kućne nege* u periodu od 4 nedelje.

Pravo na *kućnu pomoć* ima lice koje zbog određenih medicinskih tretmana nije u stanju da samo vodi domaćinstvo i u domaćinstvu ima dete, koje je ili mlađe od 12 godina ili je invalid i samo je zavisno od tuđe pomoći. Osiguranik samostalno snosi 10% troškova, što može iznositi najmanje 5, a najviše 10 evra.

Zdravstvena kasa preuzima *troškove prevoza* kada je neophodan<sup>26</sup>. Pored troškova transporta do bolnica, pod određenim uslovima, mogu biti pokriveni troškovi transporta do određenih ustanova gde pacijenti idu na hemoterapiju, zračenje ili dijalize. Neophodnost transporta mora biti potvrđena od strane lekara, a potom ta potvrda mora biti data na uvid zdravstvenoj kasi.

*Dugotrajna nega*: Od 1995. godine dugotrajna nega je pokrivena posebnom shemom osiguranja, koja je obavezna za celokupno stanovništvo i koju pružaju isti zdravstveni fondovi, koji obezbeđuju i obavezno zdravstveno osiguranje. Plaćanje doprinosa za dugotrajnu negu je podeljeno između zaposlenih i poslodavaca i iznosi 1,95% bruto dohotka, odnosno za osobe bez dece 2, 20% bruto dohotka. Raspodela sredstava skupljenih na ime osiguranja za dugotrajnu negu zavisi od procene individualnih potreba potencijalnog korisnika i na osnovu istih, ograničava se na određeni iznos. To nije slučaj sa uobičajenim obaveznim zdravstvenim osiguranjem jer se, prilikom raspodele sredstava i određenja doprinosa, ne uzima u obzir zdravstveno stanje pojedinca. Osiguranik na dugotrajnu negu ima mogućnost da dobije ili usluge nege ili gotov novac, kojim će dalje samostalno raspolagati.

---

<sup>26</sup> Transport je neophodan kada se zdravstvena usluga pruža u određenoj ustanovi, kada je neophodan prevoz kolima hitne pomoći, kada je neophodan prevoz bolničkim kolima.

## 5. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Obavezno osiguranje se finansira putem *doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, državnih sredstava, pre svega poreza, premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje*<sup>27</sup> i *participacija osiguranika*. 11,6% BDP ili 287,3 milijardi evra se izdvaja godišnje za finansiranje zdravstvenog osiguranja, od čega 57,5% dolazi od obaveznog osiguranja (plus dodatnih 10% od doprinosa za penzijsko osiguranje, osiguranje za slučaj povrede na radu i osiguranje za dugoročnu negu), 9,5% od privatnog osiguranja, a oko 13% od „plaćanja iz džepa”, oko 8% od poreza.<sup>28</sup> Nemačka se rangira kao 9. zemlja među OECD zemljama po količini sredstava koja izdvaja za zdravstvo (4338 USD/ *per capita*).<sup>29</sup>

Od 2011. godine doprinosi koje uplaćuju zaposleni i penzioneri iznose 8,2% bruto zarade<sup>30</sup> ili penzije, ukoliko je u pitanje penzioner, a poslodavac ili penzijski fond moraju da uplate doprinose od 7,3% bruto zarade.<sup>31</sup> Doprinosi se uplaćuju zdravstvenim kasama, koje potom skupljena sredstva dalje prosleđuju Kompenzacionom fondu. Kompenzacioni fond raspodeljuje finansijska sredstva između zdravstvenih kasa, koristeći odgovarajuću formulu, na osnovu koje svaka zdravstvena kasa dobija onoliko sredstava koliko joj je potrebno za pokrivanje zdravstvenih usluga svojih osiguranika. Ukoliko sredstva koja je zdravstvena kasa dobila od Kompenzacionog fonda nisu dovoljna, zdravstveni fondovi moraju da naplate osiguranicima *dodatne doprinose*, čiji iznos ne zavisi od visine primanja osiguranika i jednaki su za sve osiguranike pri toj zdravstvenoj kasi.<sup>32</sup> Po principu efikasnosti zdravstvena kasa samostalno odlučuje koliko će tačno u evrima iznositi dodatni doprinos i oni se uplaćuju direktno zdravstvenim kasama. Reformom zdravstva 2011. godine su uvedene tzv. *socijalne kompenzacije*, kojima se sprečava

---

<sup>27</sup> V. deo rada posvećen vrstama osiguranja.

<sup>28</sup> V. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Aktuell.html>, 23.10.2012.

<sup>29</sup> V. [www.oecd.org/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.com](http://www.oecd.org/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.com), 23.10.2012.

<sup>30</sup> Za izračunavanje doprinosa u slučaju zaposlenih se uzima plata, penzionera penzija, nezaposlenih nadoknada za slučaj nezaposlenosti. Za lica koja su duže vremena nezaposlena, Vlada uplaćuje fiksne premije.

<sup>31</sup> Maksimalni doprinos može mesečno iznositi 575 evra.

<sup>32</sup> Od 2011. godine ne postoji nikakvo ograničenje za visinu iznosa dodatnog osiguranja. Ukoliko zdravstvena kasa namerava da uvede dodatne doprinose, mora obavestiti svoje osiguranike jer to može biti osnov otkazivanja ugovora sa zdravstvenom kasom. V. Zakon o održivom i izbalansiranom finansiranju obaveznog zdravstvenog osiguranja, BGBI I S. 2477.

finansijska preopterećenost osiguranika.<sup>33</sup> Socijalna kompenzacija se primenjuje uvek kada je „prosečan dodatni doprinos”<sup>34</sup> veći od 2% osnovice za obračunavanja doprinosa za obavezno osiguranje. Dobijena razlika predstavlja socijalnu kompenzaciju. Prilikom izračunavanja socijalne kompenzacije konkretni dodatni doprinosi, koje su propisale pojedinačne zdravstvene kase, nisu od značaja, već se uzima u obzir isključivo prosečni dodatni doprinos. Za dobijanje socijalne kompenzacije osiguranik ne treba da podnosi nikakav zahtev, već mu se taj iznos automatski isplaćuje. Naime, poslodavac ili osiguravač penzionera smanjuju iznos osnovice za obračun doprinosa za iznos izračunatog novčanog preopterećenja i ta razlika se direktno isplaćuje zaposlenom ili pensioneru.<sup>35</sup>

Ukoliko osiguranik nije koristio ni jednu zdravstvenu uslugu pokrivenu obaveznim osiguranjem u periodu od godinu dana, zdravstvene kase mogu da vrate osiguraniku određeni deo uplaćenih doprinosa.

Posebne medicinske usluge koje se odnose, pre svega, na porodicu, one koje su od opšteg društvenog interesa, kao i kapitalne investicije, finansiraju se iz državnih sredstava, tj. *poreza*.<sup>36</sup> Pored pokrivanja troškova ovih medicinskih usluga, porezima se pokrivaju i naknade zarade osiguranika ukoliko su iz određenih razloga bila odsutni sa posla. Zdravstvene usluge u vezi sa trudnoćom, materinstvom (npr. pomoć oko deteta, kućna zdravstvena nega za vreme trudnoće ili po porođaju), kontracepcijom i veštačkom oplodnjom; novčana naknada za vreme porodijskog odsustva, naknada zarade za vreme odsustva sa posla radi nege bolesnog deteta; kao i finansiranje kuće nege i pomoći su primeri zdravstvenih usluga i novčanih naknada koje finansira država paušalno putem poreza. Takođe se koriste za finansiranje istraživanja u univerzitetskim bolnicama i edukaciju lekara, farmaceuta i ostalog medicinskog osoblja u javnim školama. Deo

---

<sup>33</sup> Paragraf 62 V knjige Socijalnog zakonika.

<sup>34</sup> Grupa eksperata svake jeseni obračunava prosečan dodatni doprinos, vodeći računa o opštem privrednom razvoju i troškovima obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ukoliko se utvrdi da skupljeni doprinosi neće biti dovoljni i da će biti potrebni dodatni doprinosi, obračunavaju njihov prosečan iznos, koji posle objavljuje Savezno ministarstvo zdravlja zajedno sa Saveznim ministarstvom finansija. Za 2012. godinu je utvrđeno da prosečan dodatni doprinos iznosi 0 evra i zato za ovu godinu nisu bile potrebne socijalne kompenzacije. V. detaljnije <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/beitrag-e-sozialausgleich/sozialausgleich.html>, 07.11.2012.

<sup>35</sup> Socijalne kompenzacije se finansiraju putem poreza.

<sup>36</sup> U 2012. godini u ove svrhe je izdvojeno 14 milijardi evra.

poreza se preusmerava na Vladinu shemu besplatne nege policije, vojske, zatvorenika, imigranata koji čekaju azil.

*Participacije* predstavljaju oko 13% ukupnih sredstava za zdravstvenu zaštitu. Na ovaj način se uglavnom finansiraju lekovi i medicinska pomagala.<sup>37</sup> Opšte je pravilo da iznos participacija na godišnjem nivou ne može preći 2% oporezivog bruto dohotka.<sup>38</sup> Određene kategorije lica su oslobođena obaveze plaćanja participacija ili im je ta obaveza ograničena. Trudnice i maloletnici<sup>39</sup> su izuzeti od plaćanja participacija. Lica sa niskim primanjima, ona koja primaju socijalnu pomoć i hronično bolesni pacijenti plaćaju samo deo participacija.

Za svaki odobreni transport do određenih zdravstvenih ustanova osiguranik mora da plati 10% troškova, što ne može iznositi manje od 5 i više od 10 evra.

Troškove za lekove koji se ne izdaju na recept, zdravstvene kase ne refundiraju.<sup>40</sup> Sa druge strane, troškovi za lekove koji se izdaju na recept su podeljeni između zdravstvene kase i samog osiguranika. Participacija osiguranika za lekove iznosi 10%, što ne sme iznositi više od 10 i manje od 5 evra. Ukoliko lek košta manje od 5 evra, osiguranik plaća punu cenu. Deca ispod 18 godina su oslobođena od plaćanja participacije za lekove. Deci mlađoj od 12 godina i maloletnicima ometenim u razvoju zdravstvene kase refundiraju sve troškove za lekove, pa čak i za one lekove koji se ne izdaju na recept. Ukoliko je osiguranik teško oboleo i ukoliko su mu za lečenje potrebni lekovi koji se ne izdaju na recept, zdravstvena kasa će snositi troškove za lekove. Danas u Nemačkoj postoji preko 1000 međusobno zamenljivih lekova, koji su oslobođeni plaćanja participacije jer su im cene povoljnije.<sup>41</sup> Zdravstvene kase ne vrše refundaciju punog iznosa leka, već samo fiksni iznos, koji se utvrđuje za različite grupe lekova. Ukoliko je cena leka 30% niža od fiksnog iznosa koji refundira zdravstvena kasa, osiguranici mogu biti oslobođeni plaćanja participacije. Sa druge strane, ako lekar prepíše osiguraniku lek koji košta više od fiksnog iznosa, mora ga o tome obavestiti, da bi pacijent mogao da potraži adekvatnu zamenu za lek. U slučaju da se odluči za prepisani lek, mora platiti i participaciju i iznos preko fiksnog refundabilnog iznosa.

---

<sup>37</sup> V. *International Profiles of Health Care Systems*, 2011, The Commonwealth Fund, 59

<sup>38</sup> V. detaljnija: <http://www.kff.org/insurance/upload/7852.pdf>, 24.10.2012.

<sup>39</sup> Izuzev za plaćanje ugradnje krunice zuba, ortodontskih tretmana.

<sup>40</sup> To su npr. lekovi za prehladu ili homeopatski preparati.

Principijelno, svi osigurani obaveznim zdravstvenim osiguranjem (zaposleni, penzioneri, supružnici i deca osiguranika) imaju pravo na rehabilitaciju. U slučaju rehabilitacije u bolnicama osiguranici moraju da plate participaciju u iznosu od 10 evra po danu, pri čemu, u slučaju da je potrebno nešto duže praćenje pacijenta zbog zavisnosti ili psihičkog oboljenja, broj dana je ograničen na 28.

Troškove neophodne rehabilitacije van bolnice (u banjama, npr), specijalnih metoda lečenja snosi zdravstvena kasa. U svakom slučaju, osiguranik mora platiti participaciju za lekove i medicinska sredstva koja su neophodna za vanbolničku rehabilitaciju, kao i participaciju od 10 evra za svaki dan boravka.

Punoletna lica osigurana obaveznim osiguranjem plaćaju za prvu posetu zubaru u kvartalu nadoknadu od 10 evra. Za dva godišnja odlaska kod stomatologa na kontrolu osiguranik ne plaća napred pomenutu nadoknadu. Za uklanjanja kamenca, plombiranje i lečenje kanala korena se ne plaća participacija. Ukoliko je osiguranik izgubio zub, postoje različite metode lečenja, koje imaju različite cene. Zdravstvene kase pokrivaju uvek isti iznos troškova, nezavisno za koju metodu se osiguranik odlučio. Maloletnici su u svakom slučaju oslobođeni ovih finansijskih opterećenja. Za ostale estetske i protetičarske zahvate sami osiguranici snose troškove samostalno.

2002. godine je uveden *Program upravljanja bolestima*, DMP, za hronične bolesnike<sup>42</sup> da bi zdravstvene kase bile motivisane da pružaju bolje zdravstvene usluge hronično bolesnim pacijentima, kao i da bi pospešili kordinaciju pružanja zdravstvene nege između pružalaca u vanbolničkom sektoru.<sup>43</sup> Zdravstvene kase svake godine dobijaju 168 evra za svakog osiguranika uključenog u DMP i na taj način se mogu smanjiti participacije ovih bolesnika. Da bi privukli zainteresovane za ove programe, kase nude razne pogodnosti za njih, kao što je npr. oslobađanje plaćanja participacije za lekove. Učešće u DMP je potpuno dobrovoljno i može se sprovesti preko lekara opšte prakse ili specijaliste<sup>44</sup>. Lekari koji učestvuju u obezbeđivanju dokumentacije za ovaj program, dobijaju dodatnu novčanu nadoknadu.

---

<sup>42</sup> Paragraf 137f knjige V Socijalnog zakonika.

<sup>43</sup> Trenutno postoje DMP za dijabetes 1 i 2, rak dojke, astmu, određena srčana oboljenja i hronična plućna oboljenja. Oko 8% obaveznog osiguranih (5,9 miliona) je uključeno u ovaj program.

<sup>44</sup> DMP je zasnovan na jedinstvenom ugovoru između svih zdravstvenih kasa jednog regiona, udruženja lekara i bolnica.

## 6. NAČINI PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Sistem finansiranja zdravstvenih usluga u Nemačkoj karakteriše više izvora, decentralizovani sistem odlučivanja i pregovaranja i pravljenje razlike između plaćanja zdravstvenih usluga na nivou ambulantnog i bolničkog sektora.

Nemačka nema jedan budžet za finansiranja zdravstva, već nekoliko izvora koji potiču od različitih državnih organa: na saveznom nivou, za finansiranje zdravstva se izdvajaju sredstva iz budžeta Ministarstva zdravlja, odbrane, unutrašnjih poslova, obrazovanja i nauke; a na pokrajinskom nivou iz budžeta ministarstava zdravlja, obrazovanja i nauke, unutrašnjih poslova.<sup>45</sup>

Zdravstvene kase nemaju unapred određene budžete, ali su dužne da pokriju sve svoje troškove.

*Ambulantnu negu* (i onu opšte prakse i specijalističku) pružaju lekari na primarnom nivou zaštite.<sup>46</sup> Bolnice imaju ograničenu ulogu u ovom sektoru. Da bi zdravstvene usluge bile pokrivene obaveznim osiguranjem, moraju ih pružiti lekari iz šeme obaveznog osiguranja. Kao što je već napomenuto, svi lekari iz te šeme moraju biti članovi regionalnih udruženja lekara, koja kontrolišu mehanizme plaćanja usluga lekarima i vrše nadzor nad njima. Godine 2009. se promenio sistem za isplatu pružaoca ambulatorne nege i na snazi je sistem plaćanja po zdravstvenoj usluzi, ali u nešto izmenjenom obliku. Plaćanje troškova pružaocima ambulatorne nege se sastoji iz dva dela: prvo, umesto da se plaća lekaru direktno, zdravstvene kase isplaćuju određene sume regionalnim udruženjima lekara, u kojima borave njihovi osiguranici. Isplata treba da pokrije pacijentove troškove lekarskih usluga, kao i plate za sve lekare iz šeme obaveznog zdravstvenog osiguranja u toj regiji. Dalje, regionalno udruženje vrši raspodelu dobijenih sredstava između lekara opšte prakse i specijalista po mehanizmu plaćanja po zdravstvenoj usluzi. Ograničenje isplate za svakog lekara se određuje kvartalno shodno njegovoj specijalizaciji, broju obrađenih slučajeva u istom kvartalu

---

<sup>45</sup> Ministarstva zdravlja daju sredstva za kapitalne investicije za bolnice; obrazovanja i nauke za istraživanje; a unutrašnjih poslova za pružanje nege u hitnim slučajevima.

<sup>46</sup> V. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-verguetung.html>, 07.10.2012.

prethodne godine, godištu i polu njegovih pacijenata. Na ovaj način izvršeno je ujednačavanje isplata lekara na državnom nivou.<sup>47</sup>

Pre 2009. godine plaćanje lekara iz šeme obaveznog zdravstvenog osiguranja je bilo budžetski striktno ograničeno. Zdravstvene kase su vršile isplate prema sistemu fiksnih kapitulacija za sve pacijente, ne uzimajući u obzir koje su zdravstvene usluge zaista pružene.<sup>48</sup>

Za ambulantno pružanje usluga *mentalne nege* psihijatri, neurolozi i psihoterapeuti su plaćeni po pruženim zdravstvenim uslugama.

U *bolnicama*, bilo javnim bilo privatnim, rade lekari koji su plaćeni po sistemu plata, iako stariji lekari mogu da leče privatno osigurane pacijente, koji će im platiti po zdravstvenoj usluzi, ali po višim cenama nego za obavezno osigurane pacijente. Međutim, od 1.1.2004. godine uveden je kao obavezan za sve bolnice sistem dijagnostički srodnih grupa, DSG.<sup>49</sup> Nemački DSG sistem od 1194 dijagnostički srodne grupe deli bolnice u 18 kategorija. U okviru ovih kategorija, koje se odnose na različite zdravstvene oblasti (kao što su očne bolesti, bolesti respiratornih organa i sl), specifična dijagnostički srodna grupa je definisana shodno dijagnozama, neophodnim medicinskim zahvatima i dodatnim komplikovanim aspektima, ukoliko su utvrđeni. Za svaku od DSG je utvrđene specijalna vrednost slučaja, koja se potom množi sa osnovnom bolničkom tarifom<sup>50</sup> i na taj način se dobija cena.

*Stomatološke usluge* se plaćaju po zdravstvenoj usluzi. Ukoliko je osiguranik osiguran obaveznim osiguranjem, plaćanja ovih usluga se vrši preko regionalnih

---

<sup>47</sup> Drugačije metode obračunavanja isplata se primenjuju ukoliko lekar ima pacijente čije stanje zahteva posebna znanja ili korišćenje posebne opreme (npr. psihosomatska medicina) ili ukoliko su u pitanju usluge koje se moraju češće pružati i koje su finansirane posebnim dodatnim sredstvima od strane zdravstvenih fondova.

<sup>48</sup> U to vreme se, naime, za celokupnu ambulantnu negu određivao sektorski budžet, po pravilu na godišnjem nivou. Svaka vrsta usluge je nosila određeni broj bodova, a vrednost boda se određivala tako što se iznos opredeljen za sektorski budžet za ambulantnu negu delio sa ukupnim brojem bodova koje ostvare svi lekari u tom sektoru (ovde je reč o lekarima opšte medicine, odnosno o porodičnim lekarima). Ono što se svakom lekaru konačno plaćalo, pri čemu se plaćanje vršilo kvartalno, bilo je jednako ukupnoj vrednosti svih bodova koje je zaradio na osnovu usluga koje je konkretno pružio. V: *Provider Payments and Cost-containment Lessons from OECD Countries*, u, Technical Brief for Policy Makers, No. 2, WHO, 2007, str. 2-3.

<sup>49</sup> Paragraf 17 Zakona o finansiranju bolnica, *BGBI I S.886*, Zakon o naknadi za potpune i delimične usluge u bolnicama, *BGBI I S. 1412, 1422*.

<sup>50</sup> Svaka bolnica ima sopstvenu osnovnu bolničku tarifu. U bolnicama na jugu Nemačke ova tarifa je niža, tako da su medicinske usluge niže.

udruženja stomatologa, a ukoliko je pacijent dobrovoljno osiguran, osiguravajuća kompanija je ta koja direktno isplaćuje stomatologa.

## 7. ZAKLJUČAK

Nemačka slovi za zemlju sa dobrom zdravstvenom negom, u kojoj su liste čekanja veoma kratke, a medicinsko osoblje veoma posvećeno. Dobri uslovi su, pre svega, posledica velikih finansijskih ulaganja u ovaj sektor (skoro 12% BDP). Pokrivenost osiguranjem zavisnih lica i organizacija dugotrajne nege pokazuje da Nemačka vodi računa i da je spremna za opšti problem starenja svoje nacije. Reforme sprovedene poslednjih 20 godina su bile brojne, što izaziva velike gubitke novca, vremena i energije. Neosporno je da Nemci dobijaju kvalitet za dat novac i ako opstanu izmene o iznosu doprinosa onda će se malo toga moći prigovoriti nemačkom zdravstvu. Neka pitanja su, ipak, problematična i na njihovom rešavanju se intenzivno radi. Izdvajanje velikih novčanih suma za zdravstvo<sup>51</sup>, nedostatak transparentnosti u delovanju nedržavnih subjekata u ovom sektoru, kao i marginalizovana uloga lekara opšte prakse samo su neki od problema.<sup>52</sup>

Prigovori da postojanje i dobrovoljnog osiguranja pruža mogućnost bolje nege za bogatije slojeve, koji mogu sebi da priušte privatno osiguranje, opovrgnuti su činjenicom da 75% lica koja mogu da izaberu privatno osiguranje, odlučuje da ostanu pri obaveznom osiguranju. Možda bi bilo u interesu Vlade da izmeni „cenovnik“ zdravstvenih usluga u smislu onemogućavanja lekara da naplaćuju osiguranicima privatnog osiguranja mnogo više iznose jer bi se u tom slučaju, mnogo veći broj lica odlučivao za privatno osiguranje i rasteretio državna sredstva.

Konkurentnost u različitim zdravstvenim sektorima je nešto što Nemačka ceni i neguje. Stoga su i zdravstvene kase uvele različite šeme osiguranja među kojima osiguranici mogu da biraju. Misli se, pre svega, na uvođenje DMP, porodičnog lekara, različite participacije osiguranika i sl.

---

<sup>51</sup> M. M. Grabka, *Alternative Finanzierungsmodele einer sozialen Krankversicherung in Deutschland: Methodische Grundlagen und exemplarische Durchfuehrung einer Mikrosimulationsstudie*, Technische Universitaet Berlin 2004, D. Sauerland, *Gesundheitspolitik in Deutschland, Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven*, Verlag Bertelsmann Stiftung, Guetersloh 2002, 41- 59.

<sup>52</sup> V. <http://www.finanzenkritik.de/kritik/gesetzliche-krankenkassen/>, 10.10.2013.

Organizovanje obaveznog zdravstvenog osiguranja na takav način da može slobodno da parira dobrovoljnom je izuzetno značajno dostignuće nemačkog zdravstvenog sistema.