

KANCELARIA SENATU
BIURO ANALIZ I DOKUMENTACJI
Dział Analiz i Opracowań Tematycznych

Finansowanie niemieckiego systemu
opieki zdrowotnej

OPRACOWANIA TEMATYCZNE

OT-594

LISTOPAD 2010

Spis treści

<u>Wstęp</u>	3
<u>I Niemiecki system opieki zdrowotnej</u>	5
<u>Podstawowe zasady</u>	5
<u>Finansowanie opieki zdrowotnej</u>	8
<u>Składki na ubezpieczenie zdrowotne</u>	9
<u>Przyczyny kłopotów finansowych</u>	10
<u>Oczekiwane oszczędności dzięki zmianom z lipca 2010 r.</u>	12
<u>Dopłaty z Funduszu Zdrowia do członków kas chorych</u>	13
<u>Dodatkowe opłaty ze strony pacjentów</u>	13
<u>Konkurencja między kasami chorych</u>	14
<u>Ubezpieczenia prywatne</u>	15
<u>II System polski</u>	17
<u>Podstawowe zasady</u>	17
<u>Problemy polskiego systemu opieki zdrowotnej</u>	19
<u>III Wydatki na opiekę zdrowotną w wybranych krajach</u>	21
<u>Zakończenie</u>	22
<u>Źródła</u>	23

© Copyright by Kancelaria Senatu, Warszawa 2010

Opracowanie:
Artur Dragan

Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu
Dyrektor – Agata Karwowska-Sokołowska – tel. 22 694 94 32, fax 22 694 94 28,
e-mail: sokolows@nw.senat.gov.pl
Wicedyrektor – Ewa Nawrocka – tel. 22 694 98 53,
e-mail: nawrocka@nw.senat.gov.pl
Dział Analiz i Opracowań Tematycznych tel. 22 694 98 04, fax 22 694 99 06

Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej

Wstęp

Pierwszy w historii system opieki zdrowotnej zaczął funkcjonować w marcu 1883 r. w Niemczech. Rząd kanclerza Otto Bismarcka przyjął ustawę w sprawie ubezpieczenia chorobowego robotników. Tworzyła ona podstawy systemu obowiązkowych ubezpieczeń społecznych na wypadek najważniejszych ryzyk losowych: macierzyństwa, choroby, niezdolności do pracy z powodu wypadku przy pracy oraz starości. Najważniejszą zasadą leżącą u podstawy tego systemu jest tzw. solidaryzm społeczny, który polega na tym, że całe społeczeństwo ponosi odpowiedzialność za ryzyko związane z chorobą poszczególnych obywateli, opłacając powszechne i obowiązkowe ubezpieczenia. Instytucjami ubezpieczeniowymi pośredniczącymi między państwem a świadczeniodawcami i ubezpieczonymi były kasy chorych. Z pieniędzy ze składek swoich członków organizowały dla nich m.in. opiekę zdrowotną.

We współczesnym systemie niemieckim kasy chorych zawierają kontrakty z instytucjami opieki zdrowotnej na świadczenie usług zdrowotnych ubezpieczonej populacji. Funkcjonujący w Niemczech system kas chorych obliguje każdego obywatela do przynależności do wybranej kasy, która może mieć charakter regionalny bądź branżowy.

Cechy charakterystyczne modelu niemieckiego to:

1. istnienie ustawowych instytucji ubezpieczeniowych – kas chorych, działających na rynku w sposób autonomiczny,
2. przekazywanie składek płaconych przez wszystkich ubezpieczonych do Funduszu Zdrowia, z którego finansowane są świadczenia zdrowotne przysługujące ubezpieczonym,
3. współpłacenie (w określonej przez ustawodawcę proporcji) składki na ubezpieczenie zdrowotne przez pracownika i pracodawcę,
4. zawieranie przez kasy chorych kontraktów ze świadczeniodawcami (lekarzami i szpitalami) na realizację świadczeń dla ubezpieczonych,
5. możliwość wyboru kasy chorych oraz lekarza.

Drugim, obok tzw. niemieckiego, funkcjonującym współcześnie systemem opieki zdrowotnej jest system tzw. angielski. Podstawowa różnica między obydwoma tymi systemami dotyczy źródła finansowania świadczeń medycznych. System niemiecki oparty jest na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym obywateli, którzy płacą składkę ubezpieczeniową, natomiast system angielski finansowany jest z podatków ogólnych. Oba

systemy spełniają podstawową zasadę systemu opieki zdrowotnej, czyli dostępność dla każdego obywatela.

Brytyjski system Narodowej Służby Zdrowia (ang. *National Health Service, NHS*) ukształtował się po II wojnie światowej i zaczął funkcjonować w 1948 r. Jego pomysłodawca, lord Beveridge, wyłączył opiekę medyczną z systemu ubezpieczeń społecznych, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych. Służba zdrowia zyskała także odrębność w sferze zarządzania i organizacji, a powszechne świadczenia zdrowotne były od tego momentu finansowane z budżetu państwa. Charakterystyczne dla tego modelu jest świadczenie usług wszystkim obywatelom bez względu na status społeczny. Państwo przejęło na siebie odpowiedzialność za powszechny dostęp do usług zdrowotnych i realizuje ten obowiązek za pośrednictwem NHS. Środki finansowe na opiekę zdrowotną pochodzą z podatków ogólnych lub lokalnych.

Głównymi cechami modelu angielskiego są:

1. wydzielenie i ustawowe określenie wielkości środków finansowych budżetu państwa przeznaczonych na finansowanie opieki zdrowotnej,
2. państwowa organizacja udzielania świadczeń (publiczne zakłady opieki zdrowotnej),
3. nadzór i kontrola administracji państwowej (rządowej i samorządowej) nad systemem ochrony zdrowia,
4. uprawnieni do świadczeń są wszyscy obywatele lub mieszkańcy kraju (istnieją wyłączenia na podstawie listy negatywnej),
5. państwo (dysponent środków publicznych) kupuje w formie kontraktów świadczenia zdrowotne na rzecz obywateli.

Problemem finansowania systemu angielskiego jest stały wzrost wydatków budżetowych na ochronę zdrowia, związany z postępem technicznym w medycynie oraz ze starzeniem się społeczeństwa. W skrajnym przypadku może to z czasem prowadzić nawet do pojawienia się deficytu budżetowego. Jednocześnie państwo jest zaangażowane w ochronę zdrowia, która jest jednym z sektorów gospodarki, co jest sprzeczne z ideą możliwie pełnego wycofania się państwa z działań na rynku.

Ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej działają m.in. we Francji, w Holandii, Luksemburgu i Niemczech, natomiast systemy oparte na podatkach działają m.in. w Danii, Finlandii, Szwecji, Hiszpanii, Portugalii, Irlandii i Wielkiej Brytanii. Poza dwoma powyższymi modelami finansowania systemu opieki zdrowotnej występuje jeszcze system mieszany, zawierający w sobie elementy ubezpieczeniowe i podatkowe. W praktyce realizowany jest on m.in. w Belgii i Grecji.

I Niemiecki system opieki zdrowotnej

Podstawowe zasady

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (*Gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) organizowane jest przez państwo, które określa zasady funkcjonowania i finansowania systemu opieki zdrowotnej poprzez odpowiednie przepisy prawne gwarantujące, że ubezpieczeni otrzymają potrzebne im świadczenia na możliwie najwyższym poziomie wiedzy medycznej. Świadczenia te obejmują również ratownictwo medyczne oraz nagłą pomoc w czasie, gdy gabinety lekarskie są zamknięte.

Obowiązujący obecnie sposób finansowania systemu opieki zdrowotnej w Niemczech wprowadziła ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym, która weszła w życie 1 stycznia 2007 r. Od tego dnia każdy mieszkaniec Niemiec podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek choroby. Możliwe jest ubezpieczenie w ustawowej kasie chorych (niem. *gesetzliche Krankenkasse*) lub prywatnie.

1 stycznia 2009 r. rozpoczął działalność centralny Fundusz Zdrowia (niem. *Gesundheitsfonds*), będący podstawowym elementem ustawowej opieki zdrowotnej. Drugim elementem są ustawowe kasy chorych, trzecim – świadczeniodawcy (lekarze oraz szpitale), czwartym – 70 mln świadczeniobiorców (ok. 90% społeczeństwa Niemiec; pozostałe 10% obywateli ubezpiecza się prywatnie).

Ustawowe kasy chorych są jednostkami prawa publicznego. Są zorganizowane głównie na poziomie landów, chociaż największe mają zasięg ogólnoniemiecki. Wykonują zadania powierzone im przez państwo, a jednocześnie pozostają niezależne finansowo i organizacyjnie. Kasy chorych podpisują umowy z lekarzami i szpitalami oraz zawierają porozumienia cenowe z wytwórcami leków. Mają one bardzo dużą samodzielność i są niezależne od organów administracji publicznej. Nadzór państwa nad funkcjonowaniem kas chorych jest ograniczony, a uprawnienia kontrolne odnośnie ich działalności posiadają głównie ministerstwa zdrowia poszczególnych landów. Państwo określa jedynie ramy prawne działania kas i kontroluje realizację tych przepisów.

System ochrony zdrowia finansowany jest głównie z dwóch źródeł. Pierwszym są składki ubezpieczonych, które – podobnie jak podatki – zbierane są (razem ze składką emerytalną, na ubezpieczenie opiekuńcze i od bezrobocia) centralnie w Funduszu Zdrowia i stamtąd przekazywane do kas chorych. Drugim źródłem są pieniądze z budżetu państwa. Wysokość składki wynosi 14,9% dochodu brutto osoby ubezpieczonej (7,9% płaci ubezpieczony, a 7% – pracodawca). W ustawowej kasie chorych płaci się składkę zależną wyłącznie od dochodu ubezpieczonego – nie są to więc prawdziwe ubezpieczenia, w których

składka zależy np. od wieku, płci i stanu zdrowia klienta (tak jest w przypadku ubezpieczeń prywatnych). Ustawodawca określił górną granicę dochodów (niem. *Bemessungsgrenze*), od których pobierana jest składka płacona do ustawowego ubezpieczenia chorobowego – w 2010 r. wynosi ona 3.750 euro miesięcznie, czyli 45.000 euro rocznie. Osoby zarabiające więcej nie płacą składki ubezpieczenia zdrowotnego od części zarobków przekraczającej tę granicę. Jednocześnie rząd na drodze rozporządzenia ustala granicę dochodów, poniżej której ubezpieczenie zdrowotne w ustawowych kasach chorych jest obowiązkowe (obecnie jest to 4.162,50 euro miesięcznie, czyli 49.950 euro rocznie). Osoby osiągające przez okres 3 lat dochody wyższe od tej granicy mogą ubezpieczać się prywatnie, ponieważ stać je na płacenie wyższych składek, za co z kolei otrzymują świadczenia o wyższym standardzie.

W przypadku emerytów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu, część składki przypadającą na pracodawcę pokrywa fundusz emerytalny, a pozostałe 7,9% potrąca się z emerytury i odprowadza do Funduszu Zdrowia. Składkę za bezrobotnych opłaca urząd wypłacający im zasiłki.

W kasach ustawowych niepracujący małżonek i dzieci objęte są bezpłatnie ubezpieczeniem rodzinnym; w przypadku ubezpieczenia rodzinnego dotyczy ono w zasadzie dzieci do ukończenia 18. roku życia. Granica ta zostaje podniesiona do 23. roku życia w przypadku dzieci, które pozostają bez pracy, a nawet 25. roku życia dla dzieci uczących się (w tym uczących się zawodu).

Osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu (pracownicy najemni) lub ubezpieczające się dobrowolnie mogą wybrać kasę chorych, której chcą być członkiem. Najczęściej są to kasy chorych w pobliżu miejsca zamieszkania lub pracy. Oferta ustawowych kas chorych może różnić się pod względem zakresu oferowanych świadczeń czy wysokości składki, obowiązkowych dopłat do składki oraz programu premii. Kasy chorych konkurują między sobą, oferując klientom jak najbogatszą ofertę świadczeń za możliwie niską cenę. Mogą one w swojej ofercie wychodzić poza ustawowy katalog świadczeń, np. w ramach świadczeń zintegrowanych lub oferty dodatkowych tzw. taryf, umożliwiających ubezpieczonym obniżenie płaconej przez nich składki (w praktyce kasa chorych zwraca takim osobom określoną sumę pieniędzy). Na przykład w taryfie „Lekarz domowy” ubezpieczony zobowiązuje się każdorazowo w razie pojawienia się jakichś dolegliwości zgłaszać się najpierw do swojego lekarza domowego. Osoby pracujące samodzielnie lub w niepełnym wymiarze godzin, które nie posiadają prawa do zasiłku chorobowego, mogą wybrać odpowiednią taryfę zapewniającą otrzymywanie takiego zasiłku. W niektórych kasach oferowana jest taryfa z wkładem własnym, skierowana głównie do młodych, zdrowych ludzi. W razie konieczności skorzystania ze świadczeń zdrowotnych zobowiązują się oni do

pokrycia kosztów terapii do pewnej wysokości. Za to otrzymują obniżkę swojej składki na ubezpieczenie chorobowe.

Zmiana kasy chorych jest stosunkowo prosta. Jedynym wymaganiem jest, aby ubezpieczony był członkiem kasy chorych, którą chce opuścić, przez minimum 18 miesięcy. Po upływie tego terminu może złożyć wypowiedzenie członkostwa w kasie chorych i na koniec trzeciego miesiąca po złożeniu wypowiedzenia przenieść się do innej kasy chorych. Zmiana kasy chorych może nastąpić przed upływem wymaganych 18 miesięcy, gdy zostaną zmienione warunki, np. wprowadzona dopłata do składki. Przewidziano również możliwość bankructwa kasy chorych – jej członkowie nie mają się czego obawiać, ponieważ przepisy zapewniają bezpieczeństwo ubezpieczonym. Osoba taka musi zapisać się w ciągu 14 dni do innej kasy chorych, która nie może odmówić przyjęcia osoby, której kasa zbankrutowała. Nie ma znaczenia, że np. dana osoba jest chronicznie chora i potrzebuje drogich lekarstw.

Na przestrzeni lat liczba niemieckich ustawowych kas chorych zmieniała się. Na początku lat 90. ubiegłego stulecia było ich w Niemczech ponad 1200. Na przełomie 2008/2009 roku działały 202 takie kasy, z czego 55 były to tzw. kasy zamknięte, zrzeszające tylko wybraną grupę zawodową (np. rzemieślników, górników, kolejarzy itp.). Wobec silnej konkurencji na rynku kasy chorych muszą ograniczać swoje koszty administracyjne i zabiegać o jak największą liczbę członków. Obserwuje się więc tendencję do łączenia się kas chorych. Specjaliści oceniają, że za kilka lat na rynku niemieckim będzie funkcjonowało nie więcej niż 50 ogólnodostępnych ustawowych kas chorych. W połowie 2010 r. największą spośród nich była Barmer GEK, licząca 8,5 mln członków.

Wszyscy lekarze przyjmujący w gabinetach i przychodniach (poza lekarzami zatrudnionymi w szpitalach) i współpracujący z ustawowymi kasami chorych są zrzeszeni w Stowarzyszeniach Lekarzy Pracujących w Kasach Chorych (niem. *Kassenärztliche Vereinigung*, dalej: Stowarzyszenie Lekarzy). W każdym niemieckim landzie działa jedno takie stowarzyszenie. Są one jednostkami prawa publicznego. Na poziomie krajowym działa Federalne Stowarzyszenie Lekarzy Pracujących w Kasach Chorych, podlegające nadzorowi Ministerstwa Zdrowia. Do zadań Stowarzyszeń Lekarzy należy zapewnienie opieki ambulatoryjnej pacjentom ustawowych kas chorych (jest to ich ustawowy obowiązek), reprezentowanie praw lekarzy wobec ustawowych kas chorych, a także nadzór nad wykonywaniem przez lekarzy ich obowiązków. Lekarze zrzeszeni w Stowarzyszeniu nie mają prawa do strajku.

W Niemczech katalog świadczeń udzielanych ubezpieczonym ustalany jest przez Federalną Komisję Lekarzy i Kas Chorych. Rozliczenie za świadczenia na rzecz osób ubezpieczonych w ustawowych kasach chorych są dokonywane na podstawie umów

zbiorowych zawieranych między kasami chorych a stowarzyszeniami lekarzy. Rozliczenie poszczególnych świadczeń lekarskich odbywa się między lekarzem a Stowarzyszeniem Lekarzy na podstawie systemu punktowego.

Możliwość otwierania przez lekarzy nowych gabinetów na danym terenie jest ograniczona ustawowo. Ma to na celu zapobieżenie nierównomiernemu nasyceniu lekarzami poszczególnych regionów kraju. Liczba i rodzaj lekarzy dopuszczonych do praktykowania na danym terenie jest ustalana w komisji składającej się z przedstawicieli kas chorych i landowego Stowarzyszenia Lekarzy.

Kasy chorych współpracują wyłącznie z lekarzami po egzaminach specjalizacyjnych. Lekarzem specjalistą zostaje w Niemczech lekarz po kilkuletnim szkoleniu w określonej specjalności oraz po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego. Szczegółowe wymagania dotyczące lekarzy specjalistów określają Izby Lekarskie w poszczególnych landach. Wszyscy lekarze praktykujący w danym landzie są wpisani do rejestru lekarzy, prowadzonego przez Stowarzyszenie Lekarzy.

Na początku roku 2009 rozpoczęto w Nadrenii Północnej–Westfalii wydawanie nowych, elektronicznych kart zdrowia. Stopniowo wprowadzane są w całych Niemczech. Zastępują one dotychczasowe karty kas chorych. Ich wprowadzenie wymaga zainstalowania w gabinetach lekarskich odpowiednich czytników kart. Każdy ubezpieczony Niemiec ma w portfelu kartę (podobną do bankomatowej) ze specjalnym chipem, na którym znajdują się jego dane. Idąc do lekarza, trzeba okazać tę kartę w rejestracji. Na tej podstawie lekarz rozlicza się z kasą chorych. Sam pacjent zasadniczo nie płaci za usługi medyczne (patrz: Dopłaty ze strony pacjentów). Oprócz umieszczonego na niej zdjęcia osoby ubezpieczonej, w chipie będzie zakodowanych szereg danych o pacjencie (imię, nazwisko, adres zamieszkania, grupa krwi, numer ubezpieczonego, ubezpieczenie „europejskie”). Zasób informacji na karcie zdrowia może być poszerzany.

Istnieją oddzielne kasy chorych dla rolników i nie mogą oni przechodzić do innych kas chorych.

Finansowanie opieki zdrowotnej

Federalny Urząd Statystyczny podaje, że w roku 2008 całkowite koszty finansowania systemu opieki zdrowotnej w Niemczech, obejmujące koszty świadczeń i lekarstw, wyniosły 263,2 mld euro. Z kolei roczny deficyt ustawowych kas chorych wyniesie w 2010 r. ok. 5 mld euro. Przeliczając to na 52 mln płatników składki, wypada na każdego dodatkowo niecałe 100 euro rocznie, czyli ok. 8 euro miesięcznie. Specjaliści twierdzą, że aby trwale zrównoważyć

wydatki kas chorych należałoby podnieść składkę na ubezpieczenie zdrowotne z obecnych 14,9% do 16% płacy brutto.

Zdaniem części specjalistów obecny system obliczania wysokości składki jest niedoskonały i większe wpływy do Funduszu Zdrowia zapewniłoby przejście na jednakowe składki płacone przez każdego członka danej kasy. Rozwiązanie to pozwalałoby na łatwiejsze reagowanie na wzrost potrzeb finansowych Funduszu Zdrowia. Rozwiązaniu temu stanowczo sprzeciwiają się związki zawodowe, które uważają płacenie składki będącej procentową częścią zarobków za rozwiązanie bardziej sprawiedliwe.

Stawki dla lekarzy są negocjowane na kolejny rok kalendarzowy w specjalnej komisji złożonej z przedstawicieli Stowarzyszenia Lekarzy i reprezentantów kas chorych. Stowarzyszenie Lekarzy pracujących na terenie danego landu otrzymuje z góry od kas chorych ogólną kwotę, rosnącą proporcjonalnie do wzrostu płacy podstawowej. Lekarze zawierają ze Stowarzyszeniem Lekarzy umowy określające, jakie wynagrodzenie otrzymają za wypracowane przez siebie punkty za świadczenia na rzecz pacjentów ustawowych kas chorych. Ponieważ ilość świadczeń rośnie z roku na rok szybciej, niż wzrasta płaca podstawowa, powoduje to relatywny spadek wynagrodzenia lekarzy.

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Przed uruchomieniem Funduszu Zdrowia kasy chorych samodzielnie ustalały wysokość składki – wynosiła ona od 12 do 17% dochodu ubezpieczonego. Jednak od stycznia 2009 r. wysokość składki określana jest przez rząd. Te kasy chorych, dla których wpływy z tego tytułu są niewystarczające, mogą wprowadzić dodatkową płatność w maksymalnej wysokości 1 proc. miesięcznej pensji, od której obliczana jest składka, to znaczy 37,50 euro. Kilka kas zdecydowało się na wprowadzenie dodatkowej płatności w wysokości 8 euro miesięcznie (jest to maksymalna wysokość składki dodatkowej, przy której kasa chorych nie musi sprawdzać wysokości zarobków swoich członków), jednak okazuje się, że nie wszyscy płatnicy są skłonni uiszczać nawet tak niedużą kwotę i przenoszą się do innych kas, które takich dodatkowych opłat nie pobierają. Zmianianie kas chorych przez ubezpieczonych spowodowane podniesieniem składki jest dla tych instytucji bardzo niekorzystne, bo odchodzą zwykle osoby młode, więcej wpłacające niż korzystające ze świadczeń kasy chorych. Po tym, jak pod koniec 2009 r. DAK, jedna z największych ustawowych kas chorych, mająca 4,8 mln członków, ogłosiła wprowadzenie dodatkowej opłaty w wysokości 8 euro miesięcznie, w ciągu jednego kwartału opuściło ją 141 tys. ubezpieczonych. I mimo, że było to zaledwie 2,9% członków kasy, to było to dość bolesne, bo odeszły głównie osoby młode i zdrowe.

W 2008 r. składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosiła 14,9%; budżet dopłacił do systemu 2,5 mld euro. W 2009 r. dostrzeżono potrzebę podniesienia składki i wzrosła ona na pewien czas (między 1 stycznia a 30 czerwca) do 15,5%, a następnie powróciła do wysokości 14,9% (obniżono ją ze względu na kryzys gospodarczy). Budżet dopłacił do systemu 7,2 mld euro. W 2010 r. składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 14,9 %; przewiduje się, że budżet dopłaci do systemu ok. 5 mld euro. W związku z planowanym deficytem Funduszu Zdrowia, szacowanym na 11 mld euro w roku 2011, rządząca koalicja zdecydowała o podniesieniu wysokości składki do 15,5% od 1 stycznia 2011 r.

Przyczyny kłopotów finansowych

Z roku na rok rosną koszty finansowania niemieckiej ochrony zdrowia. Spowodowane jest to starzeniem się społeczeństwa oraz postępem technicznym, które sprawiają, że coraz lepsza opieka nad chorymi jest z jednej strony potrzebna, a z drugiej – możliwa. Oczekując coraz wyższego standardu opieki zdrowotnej, pacjenci nie chcą pogodzić się z tym, że kosztuje ona coraz więcej. Brak mechanizmu stałego wzrostu składki na ubezpieczenie zdrowotne sprawia, że wydatki kas chorych stale rosną, a ich budżety stale stoją w obliczu deficytu.

Deficyt w budżetach kas chorych w roku 2010 jest spowodowany dwoma czynnikami: mniejszymi o 4,6 mld. euro wpływami do Funduszu Zdrowia, będącymi następstwem światowego kryzysu finansowego, odbijającego się na gospodarce Niemiec, oraz wyższymi niż planowano wydatkami na leki, szpitale i lekarzy. Tylko rozwiązania systemowe mogą uchronić kasy chorych przed bankructwem. Jednak możliwości podejmowania działań przez federalnego ministra zdrowia, Philipa Röslera, też są ograniczone. Z jednej strony stara się on szukać oszczędności w wydatkach na lekarstwa i kosztach pobytu w szpitalu, z drugiej zaś – musi uwzględnić wynegocjowane już podwyżki honorariów lekarzy (zarówno pracujących w szpitalach, jak i domowych).

Cięcie kosztów administracyjnych w kasach chorych wydaje się mieć drugorzędne znaczenie – w kłopotach są lub będą wkrótce także takie, które dobrze gospodarują otrzymanymi pieniędzmi. Przykładem takiej kasy, która pomimo szeregu działań jej kierownictwa (skrupulatne sprawdzanie rachunków ze szpitali i służb zajmujących się opieką nad przewlekłe chorymi, wyszukiwanie lekarzy, którzy najczęściej wystawiali zwolnienia) jest zagrożona bankructwem kasa chorych City BKK. Powodem jej kłopotów jest to, że duża część spośród 170 tysięcy klientów tej kasy chorych to osoby starsze (ponad połowa ma ponad 60 lat), częściej chorujące. 16% jej członków cierpi na więcej niż jedno schorzenie, podczas gdy średnia w Niemczech wynosi 7%. Koszty generowane przez takich klientów są

wyższe od przeciętnych. Znany jest przypadek, gdy koszt kuracji dwóch osób chorych na hemofilię przekroczył sumę wpłat 30 tysięcy członków jednej z kas chorych. Nic dziwnego, że w takiej sytuacji instytucje te wpadają w finansowe tarapaty.

Trudna sytuacja finansowa kasy City BKK uświadomiła wszystkim związanym z sektorem ochrony zdrowia w Niemczech niebezpieczeństwo reakcji łańcuchowej – plajta jednej kasy chorych może pociągnąć za sobą bankructwo całej grupy innych kas, bo pozostaną do uregulowania zobowiązania, które będą musiały pokryć ze swoich środków m.in. takie kasy chorych, które same mają kłopoty z zachowaniem płynności finansowej. Finansowanie zobowiązań bankruta byłoby dodatkowym obciążeniem, którego wiele z nich prawdopodobnie by nie przetrwało. Dodatkowy wydatek rządu 15 euro od członka każdej z kas chorych należących do tego samego zrzeszenia landowego, który należałoby stosunkowo szybko pokryć z bieżących środków każdej z nich, z pewnością odbiłby się negatywnie na sytuacji finansowej wielu kas chorych.

Na początku lipca 2010 r., po kilkumiesięcznych negocjacjach, dwie partie koalicyjne, CDU i FDP, porozumiały się w sprawie sposobu finansowania stale rosnących wydatków na opiekę zdrowotną. Wysokość składki w państwowym systemie ubezpieczeń wzrośnie od 1 stycznia 2011 roku z 14,9% do 15,5%, z czego 8,2% (dotychczas 7,9%) zapłacą pracobiorcy, a 7,3% (dotychczas 7%) – pracodawcy. W przyszłości wzrost składki będą pokrywać wyłącznie pracobiorcy (stawka płacona przez pracodawców zostaje „zamrożona”, aby uniknąć podnoszenia kosztów pracy). Porozumienie to sprawiło, że zostało zapewnione finansowanie kas chorych w roku 2011. Wprowadzanie przez kasy chorych dodatkowych opłat jest przewidziane jako działanie wyjątkowe. Podjęte decyzje powinny ustabilizować sytuację do roku 2013.

Dla kasy City BKK oznaczały one możliwość uniknięcia bankructwa. Oprócz podniesienia składki o 0,6%, w październiku jest przewidziane wypłacenie kasom środków związanych z ryzykiem strukturalnym. Zarząd kasy City BKK liczy na to, że wpływy te pozwolą oddalić perspektywę nadmiernego zadłużenia. W roku 2011 dodatkowe wpływy do kasy będą również możliwe przez podniesienie dopłaty do składki, co daje tej kasie chorych szansę na zrównoważenie wydatków i dochodów.

Dopłatę do składki może, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nałożyć ustawowa kasa chorych, której wpływy z Funduszu Zdrowia nie pokrywają co najmniej 95% wydatków. Może ona wynieść maksymalnie 1% dochodów ubezpieczonego. Od roku 2011 zostanie zniesione to ograniczenie. Jeśli wysokość dopłaty przekroczy 2% dochodów ubezpieczonego, nadwyżka ponad ten limit będzie uzupełniana ze środków budżetowych (bazą będzie średnia wysokość składki w danej kasie chorych, a nie składka faktycznie wpłacana przez

konkretnego ubezpieczonego). Eksperci obawiają się szybkiego wzrostu liczby osób, do których składek będzie musiał dopłacać budżet. Z dopłaty do składki są zwolnione osoby uprawnione do świadczeń w ramach ubezpieczenia rodzinnego oraz osoby pobierające zasiłek socjalny (ich dopłatę opłaca urząd wypłacający zasiłki).

Szukanie oszczędności w wydatkach kas chorych to jedna strona medalu. Druga to zwiększanie przychodów. Oprócz wzrostu wysokości składki jest jeszcze jedno, dotychczas niewykorzystane, źródło finansowania systemu: chodzi o uwzględnienie przy obliczaniu należnej składki ubezpieczeniowej dochodów niebędących efektem pracy najemnej, takich jak dochody z giełdy, lokat bankowych, wynajmu itp. Obecnie nie są one brane pod uwagę przy obliczaniu wysokości składki ani granicy dochodów uprawniającej do przejścia do ubezpieczenia prywatnego. Włączenie ich do podstawy wymiaru składki w sposób istotny zwiększyłoby ilość pieniędzy wpływających do Funduszu Zdrowia.

Ustalenia między CDU a FDP są krytykowane przez związki zawodowe, lekarzy, kasy chorych i przedsiębiorców. Zdaniem osób związanych z kasami chorych, instytucje te powinny otrzymać więcej swobody w ustalaniu wysokości składki, przynajmniej poprzez zniesienie jej maksymalnej wysokości, co otworzyłoby pole do większej konkurencji pomiędzy kasami. Federalna centrala związków zawodowych (*DGB*) domaga się zrównania składki wpłacanej do funduszy przez pracodawców i pracobiorców – obecnie ci pierwsi płacą o 0,9% płacy brutto mniej. Rząd jest temu przeciwny, bo prowadzi to do podniesienia kosztów pracy, czego za wszelką cenę chce on uniknąć.

Koalicjanci (CDU/CSU i FDP) mają różne zdania na temat systemu finansowania ochrony zdrowia w Niemczech. FDP jest za jednakową składką ubezpieczeniową dla wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od tego, ile zarabiają, natomiast CSU jest temu przeciwny.

Oczekiwane oszczędności dzięki zmianom z lipca 2010 r.

W lipcu 2010 r. rządząca koalicja, po burzliwych pracach zespołu ekspertów, przygotowała plan oszczędności w systemie ochrony zdrowia szacowanych na 3,5 mld euro rocznie. Oszczędności na lekach mają przynieść 2 mld euro, od lekarzy domowych 500 mln euro, od lekarzy pracujących dla kas chorych – 500 mln euro, ze szpitali – 500 mln euro, z kas chorych – 150 mln euro. Do tych oszczędności uzyskanych w systemie budżet dołoży 2 mld euro, a ze składki podwyższonej o 0,6% do poziomu 15,5% wpłynie 6 mld euro. W sumie kwota ta przewyższy 11 mld euro, których miało zabraknąć w budżecie Funduszu Zdrowia w 2011 r.

Nowe leki będą mogły zostać wprowadzone na rynek pod warunkiem wskazania uzyskanych dzięki temu korzyści w leczeniu. Ceny będą negocjowane pomiędzy producentem lub dystrybutorem leku a kasą chorych a nie, jak dotychczas, ustalone przez producenta lub dystrybutora. Dodatkowo, zostanie zmniejszona marża dla hurtowni farmaceutycznych.

Szpitalom otrzymają o 30 proc. mniej pieniędzy za świadczenia dodatkowe ponad wymienione w umowach z kasami chorych. Ustalono, że koszty administracyjne funkcjonowania kas chorych nie mogą wzrosnąć w ciągu najbliższych dwóch lat ponad poziom z roku 2010. Rząd federalny chce ułatwić pracownikom najemnym przechodzenie do prywatnych kas chorych (wymaga to spełnienia szeregu warunków), co ma odciążyć ustawowe kasy chorych.

Dopłaty z Funduszu Zdrowia do członków kas chorych

Fundusz Zdrowia dzieli środki między ustawowe kasy chorych, uwzględniając różnice związane m.in. z wiekiem. Kasy chorych dostają więcej pieniędzy na starszych swoich członków niż na młodszych, a na chorych – więcej niż na zdrowych. W celu uniknięcia sytuacji, w której struktura członków kasy chorych (ze względu na wiek, płeć, liczbę członków nieopłacających składki) obniża konkurencyjność danej kasy, wprowadzony został system wyrównywania kwot, które Fundusz Zdrowia przekazuje kasom chorych (niem. *Risikostrukturausgleich, RSA*). Dzięki temu systemowi kasom chorych przekazywane są dodatkowe pieniądze na ubezpieczonych z konkretnymi schorzeniami: np. 33 euro miesięcznie na pacjenta z wysokim ciśnieniem krwi, 84 euro na pacjenta z depresją, 180 euro na pacjenta z zaawansowaną cukrzycą. Takich chorób jest w ministerialnym wykazie ok. 80 (m.in. cukrzyca, choroba Parkinsona, AIDS, hemofilia) i choć związane z nimi kwoty nie pokrywają rzeczywistych kosztów terapii pacjentów zaawansowanych wiekowo czy też takich, którzy mają wiele dolegliwości, kasy jakoś sobie z tym radzą.

Dodatkowe opłaty ze strony pacjentów

Aby uniknąć nadużywania systemu opieki zdrowotnej wprowadzono niewielką odpłatność za szereg świadczeń dla członków ustawowych kas chorych: za wizytę u lekarza bądź u stomatologa opłata wynosi 10 euro kwartalnie płacone przy pierwszej wizycie w gabinecie (pacjent nie płaci za dalsze skierowanie go do lekarza specjalisty), za pobyt w szpitalu – 10 euro dziennie przez maksymalny okres 28 dni, za świadczenia rehabilitacyjne, opiekę bądź pomoc domową, koszty przejazdów. Odpłatne są również plombę, protezy dentystyczne, okulary i niektóre terapie. W aptece za lek na receptę klient płaci 10%

faktycznej ceny leku bądź usługi, jednak nie mniej niż 5 euro (chyba, że specyfik jest tańszy – wtedy kupujący płaci jego rzeczywistą cenę) i nie więcej niż 10 euro. Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia są zwolnione z opłat za leki na receptę. Przy zakupie sprzętu medycznego i opiece domowej nad chorym dopłata ze strony pacjenta wynosi 10% plus 10 euro za skierowanie, zlecenie lub receptę. Dla pacjentów chronicznie chorych maksymalna stawka dodatkowych wpłat do ustawowej kasy chorych jest ograniczona do 1% ich rocznych dochodów (dla pozostałych pacjentów jest to stawka do 2% ich rocznych dochodów brutto). Pacjenci dopłacają też do pobytu w szpitalu i sanatorium – 10 euro za każdy dzień oraz do rehabilitacji – 15% kosztów terapii.

Zwolnione z dopłat są, oprócz wspomnianych już świadczeń na rzecz dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia, badania profilaktyczne w celu wykrycia nowotworu, badania kobiet w czasie ciąży, odbywające się raz na dwa lata badania okresowe dla osób powyżej 35. roku życia, szczepienia ochronne oraz przeprowadzane co pół roku przeglądy dentystyczne.

Konkurencja między kasami chorych

Kasy chorych mają bardzo ograniczone możliwości, by poprawić swoją sytuację finansową – nie mają one wpływu ani na swoje dochody, ani na koszty. Nie ma wielkich szans na obniżenie kosztów funkcjonowania kas chorych, ponieważ wszystkie stawki za usługi pomiędzy lekarzami, klinikami i kasami chorych są jednolite na terenie całych Niemiec.

Konkurencja między ustawowymi kasami chorych w Niemczech polega na oferowaniu klientom kas chorych jak najlepszych usług, negocjując za nie jak najniższe stawki u lekarzy, rehabilitantów, stomatologów i w szpitalach. Formą zachęty dla klientów kas chorych jest również oferowanie tzw. zintegrowanych form opieki. Niektóre kasy chorych premiują zdrowy tryb życia swoich klientów, zwracając im np. opłaty za zajęcia aerobiku. Konkurencja między kasami chorych działa jednak w niewielkim stopniu i ministerstwo zdrowia szuka sposobów zmiany tego stanu rzeczy.

Osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym mają możliwość wyboru kasy chorych, a także możliwość swobodnego wyboru lekarza lub szpitala spośród wszystkich świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę z ustawową kasą chorych.

Konkurencja dotyczy też w coraz większym stopniu dostawców świadczeń lekarskich. Przykładem mogą być Centra Medyczne (niem. *Medizinische Versorgungszentren, MVZ*). Są to przychodnie zakładane przez kilku lekarzy różnych specjalności, masażyistów, rehabilitantów i innych. Pozwala to pacjentom na bardziej wszechstronne badanie i porady w jednym miejscu. Dla lekarzy z kolei ma tę zaletę, że dzielą się oni kosztami założenia

i prowadzenia takiej przychodni. Inicjatorem powstania takiej przychodni mogą być lekarze, szpitale, a także apteki. Ministerstwo zdrowia wymaga, aby na czele takiej placówki stał lekarz, który w sprawach medycznych nie podlega żadnym sugestiom z zewnątrz. Przychodnie te współpracują z terapeutami, masażystami, sklepami ze sprzętem medycznym, aptekami. Dzięki temu pacjent ma zapewnioną szeroką gamę świadczeń w jednym miejscu.

Ubezpieczenia prywatne

Oprócz ubezpieczeń ustawowych na rynku są także prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Prawie 10% mieszkańców Niemiec, mających wysokie dochody i niepodlegających ustawowemu ubezpieczeniu, korzysta z ubezpieczeń prywatnych – są to głównie osoby wykonujące wolne zawody, urzędnicy, zawodowi żołnierze i inne grupy zawodowe mające takie samo jak urzędnicy prawo do ubezpieczenia na wypadek choroby. Składki od osób ubezpieczonych prywatnie są obliczane z uwzględnieniem wieku, płci, stanu zdrowia i oczekiwanego katalogu świadczeń. Wysokość składki jest wyliczana m.in. z uwzględnieniem dochodów kapitałowych oraz z wynajmu lub dzierżawy. Firmy oferujące prywatne ubezpieczenia zdrowotne muszą mieć w swojej ofercie ubezpieczenie podstawowe, zbliżone zakresem ochrony do świadczeń zapewnionych przez ustawowe kasy chorych. Firma prowadząca prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie może odrzucić prawidłowego pod względem formalnym wniosku o przyjęcie do niej, ani pobierać żadnych dodatkowych opłat od np. osób chronicznie chorych. Osoby ubezpieczone prywatnie płacą osobną składkę za każdego członka rodziny. Stawki dla małżonka i dzieci osoby ubezpieczonej są nieco niższe.

Pracownicy najemni zarabiający więcej niż 49.950 euro rocznie (4.162,50 euro miesięcznie) (niem. *Versicherungspflichtgrenze*) mogą ubezpieczyć się prywatnie albo też pozostać w kasie ustawowej. Ubezpieczenia prywatne, finansowo korzystne dla osób zdrowych, młodych i samotnych, mogą stać się pułapką dla ludzi w starszym wieku, kiedy to, wraz z powiększającą się rodziną i pogarszającym się stanem zdrowia, wzrasta wysokość składki.

Pacjenci ubezpieczeni prywatnie leczeni są w ten sam sposób, tyle że za każdą wizytę u lekarza płacą sami, a rachunek wysyłają do swojej kasy chorych, która zwraca im wyłożone pieniądze. Pacjenci prywatni nie są leczeni lepiej, ale są milej traktowani i często lekarze wysyłają ich na więcej dodatkowych badań i terapii, co nie zawsze jest potrzebne. Cenniki usług dla pacjentów prywatnych są nieco wyższe niż dla pacjentów ustawowych kas chorych. Tacy pacjenci to cenne źródło dochodów dla lekarzy, szpitali i laboratoriów.

Prywatnie ubezpieczonych jest ok. 8 mln Niemców. Jednocześnie ok. 8 mln osób będących członkami ustawowych kas chorych zawarło dodatkowe prywatne ubezpieczenia,

poprawiające jakość świadczeń medycznych np. na wypadek pobytu w szpitalu (dane z czerwca 2010 r.). Ustawowe kasy chorych mogą współpracować z firmami oferującymi ubezpieczenia prywatne, oferując swym klientom dodatkowe ubezpieczenia, pokrywające np. koszty zakupu okularów lub pojedynczego pokoju w razie pobytu w szpitalu.

II System polski

Podstawowe zasady

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych to jedno z podstawowych praw zagwarantowanych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Jednocześnie uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia jest obowiązkowe dla wszystkich obywateli.

Polski system opieki zdrowotnej oparty jest systemem ubezpieczeniowym. Prawo do leczenia i korzystania ze świadczeń na zasadach w niej określonych mają ubezpieczeni, czyli wszystkie osoby objęte powszechnym (obowiązkowym i dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz członkowie ich rodzin (dzieci do 18. roku życia lub do momentu ukończenia nauki).

Podstawą finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne, stanowiąca 9% dochodów osobistych (7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony). Jest ona pobierana razem z zobowiązaniami podatkowymi i odprowadzana poprzez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) do NFZ. Drugim pod względem wielkości źródłem publicznego zasilania w środki finansowe jest budżet państwa. Z budżetu państwa finansowane są niektóre procedury wysokospecjalistyczne oraz ratownictwo medyczne. W roku 2009 na realizację zadań z zakresu ratownictwa medycznego NFZ otrzymał z budżetu 1,15 mld zł. Także budżety jednostek samorządu terytorialnego dofinansowują niektóre placówki służby zdrowia na swoim terenie, np. utworzone przez siebie Zakłady Opieki Zdrowotnej.

Budżet NFZ w roku 2009 wynosił 55.280.988 tys. zł. W tym czasie w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych zarejestrowanych było ponad 37 mln osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Płatnikami składki na ubezpieczenie zdrowotne było prawie 29 mln osób.

Osoby, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą lub ubezpieczają się dobrowolnie, zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego samodzielnie. Wszelkich zgłoszeń oraz aktualizacji dokonują w ZUS. Dla rolników działa Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), która zbiera składki rolników na ubezpieczenie społeczne i przekazuje ich część odpowiadającą składce na ubezpieczenie zdrowotne do NFZ.

Formalnie NFZ jest jedną instytucją, składającą się z centrali i 16 oddziałów terenowych. Jest to jednostka państwowa, pełniąca w systemie opieki zdrowotnej funkcję płatnika finansującego świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refundującego

koszt lekarstw. NFZ finansuje tylko te świadczenia, które znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych, określonych w rozporządzeniach ministra zdrowia. Za pozostałe pacjent musi zapłacić z własnej kieszeni. Za własne pieniądze pacjent wykupuje zlecone przez lekarza lekarstwa, środki pomocnicze czy też przedmioty ortopedyczne, a także okulary. U stomatologa bezpłatne są tylko określone zabiegi z wykorzystaniem podstawowych materiałów dentystycznych. Jeśli pacjent chce otrzymać usługę lub materiały ponadstandardowe, musi za nie zapłacić. Dopłacić trzeba również do zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium oraz zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Pacjent może też zostać obciążony kosztami wybranych (określonych w rozporządzeniu) usług transportu sanitarnego.

Narodowy Fundusz Zdrowia organizuje konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych. NFZ zawiera ze świadczeniodawcami, którzy zaoferowali w konkursie najkorzystniejsze warunki, umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Średnia unijna (UE-27) na opiekę medyczną wynosiła w 2008 r. 8,3% PKB, a Polska wydała na ten cel 7% swojego PKB. Stąd wniosek, że aby osiągnąć średnią unijną, trzeba w Polsce zwiększyć coroczne wydatki na opiekę zdrowotną o 1,3% PKB, czyli o 17,8 mld zł, przy założeniu, że wydatki na cele zdrowotne w krajach Unii nie będą się zmieniać.

Polski system opieki zdrowotnej potrzebuje znacznych nakładów finansowych. Nie ulega wątpliwości, że jeśli chcielibyśmy mieć usługę medyczną na światowym poziomie, musimy za to zapłacić. Płatność na system zdrowotny kształtuje się na poziomie 9% pensji pracownika, co zarówno przez polityków, jak i pracowników uważane jest za bardzo wysoki odsetek. Z pewnością w Polsce potrzebna jest racjonalizacja wydatków na cele zdrowotne oraz poszukiwanie nowych źródeł finansowania, poza budżetem centralnym czy systemem podatkowym. Gdyby zostały wprowadzone prywatne usługi medyczne, obywatele mieliby wybór pomiędzy państwową i prywatną opieką medyczną. Każdy obywatel, który wybierze system prywatny, płaciłby wyższe składki (na przykład na prywatną kasę chorych), mógłby za to chodzić do wybranych przez siebie prywatnych placówek medycznych. Zyskałby na wyższym standardzie usług, a między placówkami byłaby większa konkurencja. Wprowadzenie na szerszą skalę możliwości wyboru między świadczeniami z państwowego i prywatnego ubezpieczenia wymaga woli politycznej oraz akceptacji społecznej.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) to powszechnie dostępna, najważniejsza część polskiego systemu opieki zdrowotnej. Podstawą do uzyskania świadczeń zdrowotnych jest okazanie dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego (legitymacji ubezpieczeniowej, legitymacji ubezpieczeniowej dla członków rodziny pracownika, legitymacji emeryta-rencisty).

Świadczenia POZ udzielane są osobom, które dokonały wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ. Realizowane są najczęściej w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), ale w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta lub w domu pomocy społecznej. Każdy pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma prawo wyboru placówki medycznej realizującej świadczenia w ramach kontraktu z NFZ, a w niej – lekarza POZ i lekarza specjalisty.

Najważniejszym ogniwem systemu opieki zdrowotnej jest lekarz POZ, najczęściej lekarz specjalista medycyny rodzinnej. Jego zadaniem jest leczenie oraz prowadzenie profilaktyki zdrowotnej zapisanych do niego pacjentów. Za ok. 60 badań diagnostycznych (ich listę opracował NFZ), na które może być skierowany pacjent, płaci zlecający je lekarz POZ. W przypadku, gdy choroba pacjenta wymaga leczenia specjalistycznego, lekarz POZ wydaje skierowanie do poradni specjalistycznej lub szpitala. Do kilku wybranych specjalistów nie jest potrzebne skierowanie (m.in. onkolog, okulista, psychiatra, stomatolog).

Pacjent ma prawo do bezpłatnej zmiany lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku. Wyboru lub zmiany dokonuje się bezpośrednio u świadczeniodawcy w przychodni, składając pisemną deklarację. W przypadku kolejnej zmiany przed upływem półrocznego okresu pacjent musi wnieść opłatę w wysokości 80 złotych; należy ją uiścić na konto właściwego oddziału NFZ. Opłaty nie pobiera się w przypadku zmiany miejsca zamieszkania przez pacjenta, zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza POZ lub z powodu innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta. Składanie deklaracji przez pacjentów wiąże się z określonymi przez NFZ limitami osób objętych opieką przez jednego lekarza. Np. do lekarza POZ nie powinno być zapisanych więcej niż 2750 osób.

Problemy polskiego systemu opieki zdrowotnej

Jako najważniejsze mankamenty polskiego systemu opieki zdrowotnej wymienia się:

- utrudniony dostęp do leczenia specjalistycznego (w szczególności szpitalnego). Przejawem tego są długie kolejki oczekujących na świadczenia; czas oczekiwania sięga kilku lat i w wielu przypadkach rośnie,
- niezadowalającą jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- niskie płace w sektorze opieki zdrowotnej, co skutkuje masową emigracją wyszkolonych kadr medycznych do innych krajów, głównie Unii Europejskiej,
- narastanie długów publicznych zakładów opieki zdrowotnej (na koniec 2008 r. długi szpitali wyniosły 3,5 mld zł).

Wśród przyczyn generujących problemy wymienia się:

- niewystarczający poziom finansowania systemu,
- centralne planowanie limitu chorych w danej specjalizacji na dany rok,
- brak zdefiniowanego zakresu świadczeń dostępnych w ramach ubezpieczenia w NFZ,
- brak jednoznacznych kryteriów kolejności udzielania świadczeń, co – jak stwierdziła NIK – prowadzi do nadużyć,
- brak regulacji prawnych pozwalających na wprowadzenie dodatkowych (komercyjnych) ubezpieczeń zdrowotnych,
- niewystarczające kwalifikacje osób zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej.

III Wydatki na opiekę zdrowotną w wybranych krajach

Niemcy zajmują czwarte miejsce – po USA, Szwajcarii i Francji – pod względem wydatków na ochronę zdrowia. W 2008 roku przeznaczyły na ten cel 10,5% PKB. Dla porównania USA – 16%, Francja – 11,2%, Szwajcaria – 10,7% PKB. Przeciętnie w 31 krajach OECD wydatki na ochronę zdrowia w 2008 r. wyniosły 9% PKB, co daje 3000 USD na głowę mieszkańca.

Z danych OECD wynika, że Polska wydaje stosunkowo mało na opiekę zdrowotną (w 2008 r. było to 7% PKB, co dało 1213 USD na głowę mieszkańca). Dla porównania Niemcy wydali 3737 USD na głowę mieszkańca. Liderzy w tej klasyfikacji, Amerykanie, wydali 16% PKB, co dało 7538 USD na głowę mieszkańca. Porównując finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce i w Niemczech czy USA widać wyraźnie, że główną bolączką polskiego systemu zdrowotnego jest jego niedofinansowanie. W wydatkach na głowę mieszkańca wśród państw OECD wyprzedziliśmy jedynie Meksyk i Turcję (na 30 sklasyfikowanych krajów).

Wydatki na cele zdrowotne w krajach OECD wzrastają w znacznej mierze ze względu na rosnące koszty produktów farmaceutycznych oraz dostępność nowych, drogich technologii medycznych.

Zakończenie

Niemcy zaliczane są do krajów o najlepszej opiece medycznej na świecie. Duży wybór szpitali, prywatnych praktyk lekarskich i placówek medycznych zapewnia wszystkim mieszkańcom dostęp do lecznictwa. Służba zdrowia, dysponująca ponad czterema milionami miejsc pracy, jest jednocześnie największą gałęzią zatrudnienia w Niemczech. Dochody większości pracowników służby zdrowia są wyraźnie wyższe od średniej krajowej. Na wydatki w dziedzinie opieki zdrowotnej przeznaczono w Niemczech w 2008 r. 10,5% PKB. Na skutek ustawy o powstrzymaniu wzrostu kosztów, wdrożonej w toku reformy służby zdrowia, Niemcy wśród wszystkich krajów członkowskich OECD odnotowują najmniejszy wzrost wydatków na lecznictwo na głowę mieszkańca.

Mimo kryzysu i poszukiwania oszczędności w systemie opieki zdrowotnej nie można mówić o poważniejszych problemach w opiece zdrowotnej w Niemczech z punktu widzenia pacjentów. Zdarza się, że do niektórych specjalistów trzeba zapisywać się na kilka tygodni naprzód. Bywa też, że kosztowne zabiegi pod koniec kwartału lub roku przekłada się na następny kwartał, bo budżet gabinetu lekarskiego lub szpitala jest bliski wyczerpania. Ale nie ma mowy o opóźnieniach pilnych operacji albo o wielomiesięcznym oczekiwaniu na nie, jak ma to miejsce we Włoszech czy w Polsce.

Jeśli chodzi o Polskę, niepokój muszą budzić dane dotyczące wydatków na opiekę zdrowotną – wydatki na poziomie 7 proc. PKB to zdecydowanie za mało w stosunku do potrzeb. Zachodzi pytanie, czy przy takim poziomie wydatków system spełnia podstawowe swoje zadanie – czy zapewnia każdemu obywatelowi możliwie tanią i skuteczną opiekę zdrowotną? Porównując oba systemy, niemiecki i polski, widać przede wszystkim różnicę w wysokości składki, a konsekwencją tego jest wyraźna różnica w ilości i jakości świadczeń.

Znalezienie złotego środka między tym, co z medycznego punktu widzenia uzasadnione i z technicznego punktu widzenia wykonalne, a tym, co przy ograniczonych zasobach w rzeczywistości jest możliwe do zrealizowania – to marzenie każdej osoby odpowiedzialnej za finansowanie służby zdrowia.

Niektórzy ekonomiści uważają, że pod względem czysto gospodarczym opieka zdrowotna to studnia bez dna, która pochłania ogromne pieniądze, a korzyści z niej nie przekładają się bezpośrednio na pieniądze. To prawda, ale państwo mające aspiracje liczenia się w świecie, będące członkiem Unii Europejskiej, OECD i NATO nie może pozwolić sobie na rażąco niskie wydatki na opiekę zdrowotną swoich obywateli. Jest to jeden z czynników, który może wpłynąć na decyzję o emigracji, która – szczególnie w przypadku osób wykształconych w Polsce – powinna być bolesna dla decydentów.

Źródła

Strony internetowe:

<http://pracaikariera.e-magnes.pl/>
<http://www.bankier.pl/>
<http://www.bmg.bund.de>
<http://www.cecuc.de/>
<http://www.gazetapodatnika.pl/>
<http://www.gkv-spitzenverband.de>
<http://www.irdes.fr/>
<http://www.nfz.gov.pl/>
<http://www.niemcy-online.pl/>
<http://www.oecd.org/>
<http://www.tradingeconomics.com>

Białynicki-Birula Paweł, *Reforma służby zdrowia w Niemczech - modyfikacja czy zmierzch systemu kas chorych?*, z portalu e-gap

Minister Rösler verteidigt Gesundheitskompromiss Heute im Bundestag nr 238 z 7.07.2010 r.

Byszewski Grzegorz, *Problemy i reformy niemieckiego systemu opieki zdrowotnej* Polityka Społeczna nr 2/2009

Koalition vor Entscheidung bei Gesundheit w Handelsblatt z 06.07.2010

Kowalski Jerzy, *Niemieckie doświadczenia do wykorzystania w Polsce* Gazeta Ubezpieczeniowa z 3.05.2005 r.

Krankenkasse kann auf Rettung hoffen Focus z 27.08.2010 r.

Paszowska Małgorzata, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE* z portalu www.e-finanse.com

Elger Katrin, Grill Markus *Geordnete Schließung* Der Spiegel 24/2010

Szent-Ivanyi Timot *Es wird sehr teuer* Frankfurter Rundschau z 8.07.2010 r.

