

MAGDALENA JAWORZYŃSKA

System opieki zdrowotnej w Niemczech

Germany's health care system

Abstrakt: Celem artykułu jest prezentacja systemu opieki zdrowotnej w Niemczech, jego organizacji i sposobu finansowania. Poznanie rozwiązań w zakresie funkcjonowania i organizacji systemu opieki zdrowotnej w Niemczech może być wykorzystane w procesie przekształceń systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

STRUKTURA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Organizational structure of the health care system

Niemiecki system opieki zdrowotnej to klasyczny system ubezpieczeniowy, oparty na tzw. modelu Bismarcka. Został on wprowadzony w 1883 roku. System ten oparty jest na obowiązkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, w którym przyjęto zasadę odpowiedzialności państwa za ochronę zdrowia i bezpieczeństwo socjalne obywateli, jak również zdrowie publiczne. Podstawowe znaczenie mają także zasady solidarności i pomocniczości, czyli ponoszenie przez społeczeństwo odpowiedzialności za ryzyko związane z chorobą poszczególnych obywateli¹.

Podstawową cechą niemieckiego systemu ochrony zdrowia jest podział uprawnień decyzyjnych między landami, rządem federalnym oraz autonomicznymi, samorządowymi organizacjami. Na rysunku 1 przedstawiono główne podmioty niemieckiego systemu opieki zdrowotnej, jak również zależności zachodzące między nimi.

¹ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Brandta, Bydgoszcz-Kraków 2004, s. 71; N. Lipowska, *Niemiecki system opieki zdrowotnej*, <http://www.nazdrowie.pl>, 22.02.2005.

Poziom federalny

Główną rolę na poziomie federalnym odgrywa Bundestag, Bundesrat, Ministerstwo Zdrowia i Ubezpieczeń Społecznych. Działalność Ministerstwa Zdrowia podzielona jest na osiem obszarów²:

- administracja,
- polityka zdrowotna i socjalna, zarówno na szczeblu europejskim, jak i międzynarodowym,
- planowanie, przyszłość innowacji i informacji,
- środki farmaceutyczne,
- opieka zdrowotna, ustawowe programy ubezpieczeniowe, zabezpieczenie opieki długoterminowej,
- profilaktyka, zwalczanie chorób,
- ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie emerytowi, Książka Kodów Społecznych, odszkodowania,
- sprawa osób niepełnosprawnych, ubezpieczenie społeczne.

Na poziomie federalnym są definiowane kwestie dotyczące równości, zakresu i ustalenia zasad związanych z dostarczeniem, finansowaniem oraz reformą systemu ochrony zdrowia. Całość zagadnień związanych z ubezpieczeniami społecznymi uregulowana została w Książce Kodów Społecznych. Rozdział pierwszy księgi piątej tegoż kodeksu zajmuje się problemem ubezpieczeń społecznych. Księga ta reguluje także następujące zagadnienia:

- obowiązkowe i dobrowolne członkostwo do kas chorych,
- zawartość pakietu uprawnień (katalogu świadczeń),
- zakres negocjacji między kasami chorymi a dostarczycielami usług zdrowotnych,
- struktura organizacyjna kas chorych i ich stowarzyszeń,
- mechanizm finansowania,
- zbieranie, używanie i zabezpieczenie danych,
- grzywny i kary administracyjne,
- specjalne przepisy dla wschodnich Niemiec³.

Poziom landów

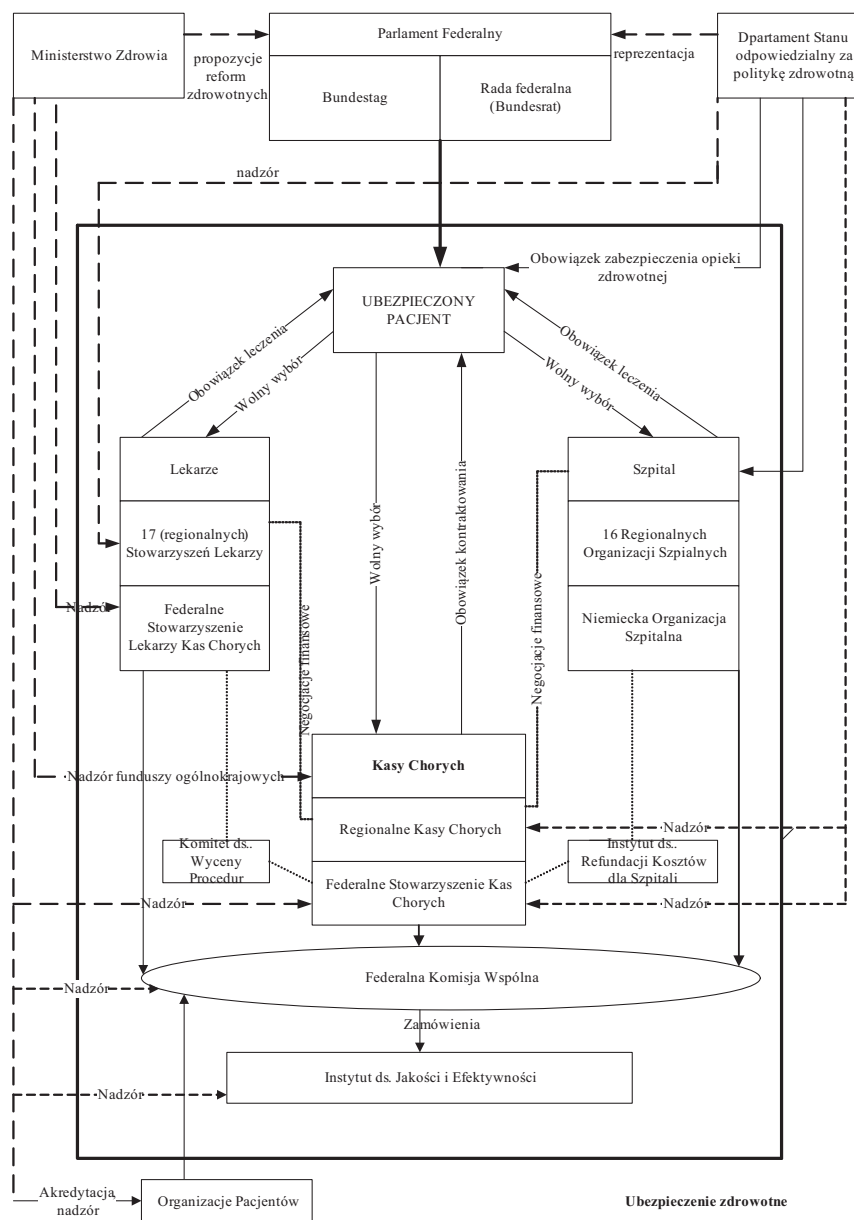
Rola rządu centralnego jest ograniczona do prac legislacyjnych, podczas gdy główna odpowiedzialność za dostawę usług i administrowanie spoczywa na landach.

Rządy landów są odpowiedzialne za utrzymywanie infrastruktury szpitalnej na odpowiednim poziomie. Aby wypełnić to zadanie landy sporządzają plany rozwoju szpitalnictwa oraz finansują inwestycje według przyjętych priorytetów niezależnie od formy prawnej i właścicielskiej tych jednostek. Kolejnym zadaniem na poziomie landów są działania w zakresie zdrowia publicznego, do których należą: nadzorowanie liczby zatrudnionych w instytucjach opieki zdrowotnej, prewencja i monitoring cho-

² R. Busse, A. Riesberg, *Health Care Systems In Transition: Germany*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2004, s. 30.

³ *Ibidem*, s. 71.

Rys. 1. Struktura organizacyjna opieki zdrowotnej w Niemczech
The organizational relationships of the key actors in the health care system



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: R. Busse, A. Riesberg, *Health Care Systems In Transition: Germany*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2004, s. 31.

rób zakaźnych, inspekcja sanitarna, nadzór nad polityką lekową, edukacja i promocja zdrowia. Oprócz tego landy są odpowiedzialne za studia medyczne, stomatologiczne i farmaceutyczne, a także sprawują nadzór nad regionalnymi izbami i stowarzyszeniami lekarskimi, a także nadzorują kasy ubezpieczeń zdrowotnych⁴.

Poziom pozarządowych korporacji

Wśród korporacji pozarządowych szczególne miejsce zajmują kasy ubezpieczeń zdrowotnych. Kasy chorych jako instytucje samorządowe oraz podmioty prawa publicznego mają osobowość prawną i realizują samodzielnie zadania nałożone na nie przez ustawodawcę. Podlegają kontroli państwowej wyłącznie w zakresie zgodności ich działań z obowiązującym prawem oraz pod względem gospodarności⁵. Nadzór nad zarządami kas pełnią w Niemczech rady nadzorcze, prowadzone honorowo przez wybranych przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców. Rada nadzorcza kasy określa przede wszystkim statut, wpływa także na jego zmiany oraz ustala plan budżetowy kasy. Decyduje szczególnie o wysokości stopy procentowej składki ubezpieczeniowej kasy, wprowadzeniu dodatkowych świadczeń i poszerzeniu ich zakresu oraz wprowadzeniu limitów cen na leki⁶.

Zasadniczo kasy chorych mogą dokonywać zmian w wysokości żądanej składki w zależności od wielkości koniecznych (planowanych) wydatków. Istnieją także mechanizmy administracyjne, poza quasi-rynkowymi, polegającymi na względnej konkurencji kas, ograniczające przyrost tych składek (a właściwie przyrost wydatków na świadczenia zdrowotne)⁷.

W sensie alokacji zasobów należy mieć na uwadze następujące uwarunkowania systemu niemieckiego⁸:

- kasy chorych posługują się planami przychodów w celu określenia planów wydatków. W coraz większym stopniu i w kolejnych możliwych punktach stosują samoograniczające mechanizmy finansowania świadczeń, w szczególności budżety oraz limity wzrostu wydatków,
- tak budżety kas chorych, jak i poszczególnych świadczeniodawców, w znacznym stopniu oparte są na historycznych wskaźnikach z poprzednich lat, powielając z roku na rok istniejące różnice w wydatkach w przeliczeniu na ubezpieczonego lub leczonego.

Łączna liczba kas chorych ulega ciągłemu zmniejszaniu. W 1909 roku istniało 23000 kas, a w 2009 r. już tylko 202.

Wszystkie prowadzące działalność na terenie Niemiec organizacje związane z gwarantowaniem ustawowych ubezpieczeń zdrowotnych należą do Federalnego Stowarzyszenia Kas Chorych.

⁴ *Ibidem*, s. 41-42.

⁵ J. J. Fedorowski, R. Niżankowski (red.), *Ekonomika medycyny. Kompendium dla lekarzy i studentów medycyny*, PZWL, Warszawa 2002, s. 58.

⁶ W. Dotkuś, *Pomiar zadłużenia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa dolnośląskiego*, Prace Naukowe nr 1098 Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 19.

⁷ A. Kozierkiewicz, *System wartościowania pracy lekarzy*, „Przewodnik Lekarza”, 2003, 6, 7/8, s. 41.

⁸ *Ibidem*, s. 41.

Od 1996 r. wszystkie osoby ubezpieczone w ustawowych Kasach Chorych mają prawo wolnego wyboru Kasy. Dzięki temu powstała konkurencja wśród Kas Chorych, co daje osobom ubezpieczonym większą możliwość wyboru. Planowane tzw. wyrównanie struktury ryzyka między poszczególnymi kasami chorych ma na celu wyrównanie historycznie uwarunkowanych różnic w zakresie struktury osób ubezpieczonych⁹.

Istnieją różnice w poziomie składek pomiędzy kasami, zależni od struktury ryzyka członków kas, to jest od różnego ryzyka chorobowego, zależnego od wieku i płci.

Zadaniem ustawowych kas chorych jest zagwarantowanie ubezpieczonym jednolitej opieki, stosownej do zapotrzebowania i odpowiadającej powszechnie przyjętemu poziomowi wiedzy medycznej. Zgodnie z wytycznymi zawartymi w kodeksie socjalnym, ubezpieczeni uprawnieni są do świadczeń pieniężnych i rzeczowych w zakresie:

- zapobiegania chorobom,
- wczesnego rozpoznania chorób,
- leczenia chorób,
- pokrycia kosztów przejazdu,
- zasiłku chorobowego w wysokości 80% pensji po 6 tygodniach do 78 tygodni choroby¹⁰.

Ubezpieczeni mają w ramach ubezpieczenia nieograniczone możliwości wyboru lekarza. Jednak pacjenci korzystający ze świadczeń kas chorych wnoszą pewne opłaty, tworzące barierę przed nadużywaniem usług. Dotyczy to m. in.:

- pełnej odpłatności za leki z tzw. negatywnej listy leków,
- ryczałtowej opłaty za lek realizowany na receptę,
- opłaty za transport medyczny¹¹.

Po stronie dostawców usług działają 17 stowarzyszenia lekarzy, do których przynależność lekarzy jest obowiązkowa oraz Federalne Stowarzyszenie Lekarzy Kas Chorych.

Podobnie zorganizowane są stowarzyszenia stomatologów¹².

Do najważniejszych zadań zrzeszenia lekarzy i stomatologów należą¹³:

- zabezpieczenie opieki medycznej we wszystkich specjalnościach,
- rozdzielenie budżetu kas chorych pomiędzy lekarzy ustawowych kas chorych,
- regionalne stowarzyszenia lekarzy i stomatologów mają obowiązek zabezpieczyć opiekę ambulatoryjną w czasie godzin pracy i poza godzinami pracy,
- regionalne stowarzyszenie lekarzy negocjuje i zawiera umowy z kasami chorych,
- dopuszczenie lekarzy do prowadzenia praktyk i leczenia pacjentów ustawowych kas chorych,
- reprezentowanie praw lekarzy stosunku do kas ubezpieczeń zdrowotnych.

⁹ B. Choduj, *System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002, s. 106.

¹⁰ J. Niżnik, *op. cit.*, s. 73.

¹¹ W. Dotkuś, *op. cit.*, s. 19.

¹² J. Niżnik, *op. cit.*, s. 74-75.

¹³ R. Busse, A. Riesberg, *op. cit.*, s. 43-45.

Szpitala niemieckie posiadają własne organizacje zrzeszające na zasadzie dobrowolności na poziomie landów oraz organizację federalną. W związku z tym, że nie są typowymi organizacjami korporacyjnymi, ich działalność oparta jest na prawie prywatnym.

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA

Health care financing

W Niemczech nie występuje pojedynczy budżet publicznych środków na ochronę zdrowia, lecz środki te są gromadzone w 17 budżetach zasilanych podatkami (16 budżetów landów oraz budżet federalny) i w blisko 450 budżetach zasilanych składkami na ubezpieczenie zdrowotne (kasy chorych)¹⁴.

Budżety zasilane ze źródeł podatkowych zależą od decyzji odpowiednich parlamentów (landów lub federalnego), natomiast budżety kas chorych zależą od decyzji ich zarządów, które ustalają wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne. Środki gromadzone w budżetach landów i federalnym przeznaczane są na działania z zakresu zdrowia publicznego (np. ochrona sanitarna) oraz inwestycje, dokonywane w szpitalach należących do sieci szpitalnej. Budżet federalny opłaca także składki za żołnierzy zawodowych, policjantów oraz finansuje szkolnictwo medyczne i badania naukowe. Część środków w budżetach landów pochodzi z transferów z budżetu federalnego¹⁵.

Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej w Niemczech stanowią fundusze zgromadzone w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Pozostałe źródła finansowania to ubezpieczenia prywatne, dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe oraz fundusze prywatne. Najwięcej osób, bo prawie 88% całej populacji objęte jest systemem powszechnym, obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Prawie 10% mieszkańców, mających wysokie dochody i niepodlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu, korzysta z dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych – są to głównie osoby wykonujące wolne zawody. Pozostałe osoby to 2% populacji, która ma opiekę zdrowotną zapewnioną przez państwo – jest to opieka medyczna dla „służb mundurowych” oraz osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej. Tylko około 0,5% ludności nie posiada żadnej formy ubezpieczenia na wypadek choroby¹⁶.

Obywatele niemieccy mogą wybierać w kasach chorych jeden z dwóch rodzajów ubezpieczeń chorobowych – ochronę ubezpieczeniową bez prawa do zasiłku chorobowego (tzw. stawka obniżona) albo z prawem do zasiłku chorobowego (tzw. stawka ogólna). Ten drugi rodzaj ubezpieczenia, z uwagi na dodatkowe świadczenie pieniężne, obwarowany jest pewnymi warunkami. Ubezpieczeni dodatkowo opłacają składkę na ubezpieczenie pielęgnacyjne¹⁷.

¹⁴ A. Kozierekiewicz, *op. cit.*, s. 41.

¹⁵ *Ibidem*, s. 41.

¹⁶ N. Lipowska, *Niemiecki system opieki zdrowotnej*, <http://www.nazdrowie.pl>, 22.04.2005.

¹⁷ A. Wiczorkowska, *Ordnung muß sein*, „Menedżer Zdrowia”, nr 1/2008, s. 51.

Podstawą wymiaru składki stanowi dochód ubezpieczonego. Składki w połowie opłacane są przez zatrudnionego, a w połowie przez pracodawcę i nie są refundowane. Stopa procentowa składki może być różna dla różnych kas. Każdy pracownik, którego dochód przekracza określony pułap, może przystąpić dobrowolnie do powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych lub skorzystać z ubezpieczeń prywatnych. W przypadku emerytów połowa składki opłacana jest przez emerytów, a połowa przez instytucję ubezpieczenia emerytalnego. Osobom pobierającym zasiłek dla bezrobotnych połowę składki opłaca ubezpieczenie na wypadek bezrobocia. Wysokość składki, jako określony przez daną kasę procent od wynagrodzeń lub innych przychodów ubezpieczonego, nie może być naliczana od sumy wyższej niż ta, która wyznacza górną granicę obowiązku ubezpieczeniowego. Część środków ze składek kasy muszą przeznaczać na rezerwy, które w zakresie zgodnym z obowiązującym je prawem lokalnym lokują na rynkach finansowych¹⁸. Każdy ubezpieczony ma w portfelu kartę taką jak do bankomatu ze specjalnym chipem, na którym znajdują się jego dane. Idąc do lekarza trzeba „wylegitymować się” tą kartą w rejestracji. Na tej podstawie lekarz rozlicza się z kasą chorych. Sam pacjent zasadniczo nie płaci za usługi medyczne - wyjątkiem jest wprowadzona w styczniu 2004 r. i wciąż bardzo kontrowersyjna kwartalna opłata 10 euro za wizytę w gabinecie lekarza oraz dopłaty do leków, plomb, protez dentystycznych i niektórych terapii. Opłatę za wizytę u lekarza płaci się raz na kwartał u każdego lekarza, do którego się idzie, chyba że ma się skierowanie od innego lekarza albo idzie się na badania profilaktyczne bądź też z dzieckiem do pediatry - te badania są bezpłatne. Pacjenci dopłacają też do pobytu w szpitalu i sanatorium - 10 euro za każdy dzień, do rehabilitacji - 15 proc. kosztów terapii, płacą 100 proc. kosztów okularów¹⁹.

Prywatne ubezpieczenia chorobowe istnieją w Niemczech od końca XIX wieku. Ubezpieczenie prywatne oferowane jest przez ok. 50 prywatnych zakładów ubezpieczeniowych zrzeszonych w Stowarzyszeniu Prywatnych Ubezpieczycieli Zdrowotnych²⁰. Osoby ubezpieczające się prywatnie można podzielić na trzy podstawowe grupy²¹:

- osoby, których dochód przekroczył poziom ubezpieczeń obowiązkowych,
- osoby pracujące na własny rachunek,
- pracownicy sektora publicznego (nauczyciele, pracownicy uczelni, ministerstw), którzy otrzymują dotacje państwowe na pokrycie kosztów leczenia, a pozostałe wydatki finansują, dodatkowo się ubezpieczając.

W ramach ubezpieczeń prywatnych ubezpieczający gwarantuje ochronę ubezpieczeniową zgodnie z warunkami umowy ubezpieczeniowej i z uzgodnieniami indywidualnymi wysokość składek przez zwrot wydatków dokonanych na koszty niezbędnego leczenia, a także przez świadczenia na czas połogu oraz na zasiłek pogrzebowy. W przeciwnym razie do ubezpieczeń ustawowych pacjent sam płaci za udzieloną mu usługę medyczną. Po przedstawieniu rachunku otrzymuje od instytucji ubezpieczającej zwrot pieniędzy,

¹⁸ W. Dotkuś, *op. cit.*, s. 19; J. J. Fedorowski, R. Niżankowski (red.), *op. cit.*, s. 59-60.

¹⁹ System opieki zdrowotnej w Niemczech, „Gazeta Wyborcza” z 29.04.2004.

²⁰ R. Busse, A. Riesberg, *op. cit.*, s. 78.

²¹ J. Niżnik, *op. cit.*, s. 77.

zgodnie z warunkami jego ubezpieczenia. Opłaty za usługi udzielane prywatnym pacjentom są wyższe od opłat, które lekarz otrzymuje za usługi udzielone ubezpieczonym w kasach chorych. Ubezpieczenie kosztów leczenia choroby obejmuje wizyty u lekarza (łącznie z kosztami leków) i w pewnym zakresie leczenie szpitalne. Koszty operacji kosmetycznych i podobnych zabiegów nie są zwracane. Oprócz tego istnieje ubezpieczenie, z tytułu którego jest wypłacana określona suma na każdy dzień pobytu w szpitalu²².

W 1972 r. ustawa o finansowaniu szpitali wprowadziła dualny system finansowania, który miał pokrywać wszystkie koszty szpitali i który doprowadził do ogromnego rozwoju tego sektora ochrony zdrowia w Niemczech. System ten polega na odrębnym finansowaniu kosztów „bieżących” wykonywania usług szpitalnych ze środków kas chorych oraz kosztów inwestycyjnych i odtworzeniowych ze środków landów (w części pochodzących z transferów z budżetu federalnego). Dodatkowo, dość istotnym źródłem przychodów są kwoty wpłacane przez pacjentów jako tzw. współpłacenie. Przychody ze źródeł kas chorych pokrywają „bieżące” koszty funkcjonowania szpitala, w tym koszty personelu lekarskiego, który jest zatrudniany na etatach w szpitalach. Ordynatorzy oddziałów szpitalnych mają dodatkowo prawo do prowadzenia prywatnych łóżek w swoich oddziałach, na które mogą przyjmować pacjentów, otrzymując od nich wynagrodzenie za to leczenie²³.

W roku 1993 nastąpiły istotne zmiany, których celem było zwiększenie efektywności działania szpitali. Zniesiono zasadę pełnego pokrywania kosztów szpitalnych; dopuszczono do powstawiania deficytów lub nadwyżek w szpitalach i określono stały budżet każdego ze szpitali na podstawie ostatniego roku sprzed zmiany²⁴.

Zmiany (wzrost) budżetu szpitala był regulowany poprzez publikowane przez Ministerstwo Zdrowia wskaźniki i ewentualnie korygowany wg wskaźników rzeczywiście osiągniętych. Określono jednocześnie listę wyjątków, na które szefowie szpitali mogli się powoływać, chcąc uzyskać dodatkowe środki, a także standardy zatrudnienia pielęgniarek, jednocześnie dopuszczając zwiększenie budżetu o odpowiednie do niego koszty. Szpitale mogą również prowadzić działalność ambulatoryjną, obejmującą opiekę nad pacjentem hospitalizowanym w tym szpitalu, na kilka dni przed i po pobycie szpitalnym, co miało prowadzić do skrócenia pobytów szpitalnych. Ze względu na słabe motywacje finansowe (stałe budżety), działalność tego typu była jednak marginalna²⁵.

W roku 1996 wprowadzono prospektywne stawki za przypadek i za procedurę, co było wstępem do powszechnego wprowadzenia systemu *case-mix*.

Od 01.01.2003 roku w Niemczech obowiązują Jednorodne Grupy Pacjentów (DRG), jako mechanizm finansowania szpitali. Niemiecki system bazować będzie na zmodyfikowanym *Australian Refined Diagnosis Related Groups*.

²² W. Dotkuś, *op. cit.*, s. 20; J. J. Fedorowski, R. Niżankowski (red.), *op. cit.*, s. 59.

²³ A. Kozierkiewicz, *op. cit.*, s. 42.

²⁴ *Ibidem*, s. 42.

²⁵ *Ibidem*, s. 42.

System ten polega na tym, że różnych pacjentom, z różnymi klinicznie dolegliwościami, przyporządkowuje się do grup o podobnej charakterystyce kosztowej i zbliżonym podejściu diagnostyczno-leczniczym²⁶.

Prekursorem systemu opartego na takim grupowaniu pacjentów był prof. Robert B. Fetter z Yale University w Stanach Zjednoczonych. Stworzył on pod koniec lat 60-tych 54 Główne Kategorie Diagnostyczne oraz 333 docelowe grupy diagnostyczne. Dokonał on tego w oparciu o następujące założenia²⁷:

- każda grupa ma posiadać swoistą charakterystykę i znaczenie kliniczne, a lekarze stykający się z daną grupą problemów medycznych powinni ją kojarzyć ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką pacjenta w sensie długości pobytu w szpitalu, rodzaju zleconych procedur diagnostycznych, leków, zabiegów itp.
- poszczególne grupy (DRG) muszą obejmować pacjentów o podobnej „kosztochłonności”, w sensie zużycia zasobów szpitala,
- poszczególne grupy diagnostyczne (DRG) muszą być definiowane na podstawie ogólnodostępnych danych, które odnoszą się do stanu pacjenta lub zastosowanej terapii, występujących w dokumentacji szpitala,
- liczba grup musi być „rozsądna”, tzn. łatwa do przeanalizowania, czyli obejmować raczej setki niż tysiące pozycji,
- grupy powinny być użyteczne dla celów alokacji zasobów, zarządzania szpitalem, planowania oraz kontroli zużycia zasobów.

Niemiecki system na początku obejmował 661 grup przypadków²⁸. Podstawą do tworzenia grup DRG są dane, charakteryzujące z jednej strony cechy, a z drugiej koszty poszczególnych grup pacjentów. Zestaw niezbędnych danych o pacjentach jest tak opracowany, żeby ich gromadzenie wymagało jak najmniejszego nakładu pracy. W zestawie tym znajdują się:

- wiek pacjenta,
- płeć,
- tryb przyjęcia,
- tryb wypisu,
- kolejne przyjęcie s danego powodu,
- choroba zasadnicza (wg Klasyfikacji Chorób),
- choroba współistniejąca (wg Klasyfikacji Chorób),
- procedury (wg Klasyfikacji Procedur).

W wyniku okresowo przeprowadzonych badań kosztów leczenia pacjentów z poszczególnych grup, ustalone są stawki standardowe leczenia pacjentów z danej grupy. Ceny te stosowane są do rozliczeń ze szpitalami²⁹.

W niemieckim systemie oprócz ryczałtowych opłat na wypadek, szpitale otrzymują dodatki za świadczenie pomocy doraźnej, działalność edukacyjną i szkoleniową oraz

²⁶ A. Kozierkiewicz, K. Łanda, *DRG-skazani na gospodarność*, <http://www.hta.pl/dok/gosp.pdf>, 23.10.2006.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Ch. Sowada, *Ochrona zdrowia w Niemczech*, „Polityka społeczna”, nr 10/2001, s. 38.

²⁹ A. Kozierkiewicz, K. Łanda, *op. cit.*

utrzymywanie koniecznych rezerw. Wprowadzono także szczególne dopłaty za pacjentów „wymagających wyjątkowego długiego pobytu w szpitalu”³⁰.

ORGANIZACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Organization of health care system

Poziom nakładów na opiekę zdrowotną w Niemczech jest jednym z najwyższych wśród wszystkich krajów Unii Europejskiej. Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w 2007 r. wynosiły 10,4% produktu krajowego brutto, co odpowiada 295123 mln USD wyrażone w parytecie siły nabywczej. W porównaniu z rokiem 2001 całkowite wydatki na opiekę zdrowotną wzrosły o 64118 mln USD, czyli o 27,8% w stosunku do roku 2001.

Wydatki zdrowotne w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2007 r. wynosiły 3588 dolarów amerykańskich i były wyższe o 834 USD w porównaniu z rokiem 2001, co oznacza wzrost o 30,3%.

Tab. 1. Wydatki na ochronę zdrowia w Niemczech poniesione w latach 2001-2007
Trends in health care expenditure, 2001-2007

Wydatki na ochronę zdrowia	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Wydatki na 1 mieszkańca w USD w ppp	2754	2886	3129	3169	3287	3464	3588
Wydatki całkowite jako %PKB	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4
Wydatki publiczne jako % całkowitych wydatków	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9	76,8	76,9
Wydatki prywatne jako % całkowitych wydatków	20,7	20,8	21,3	23,1	23,1	23,2	23,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data, 2010.

Ochrona zdrowia finansowana jest z czterech podstawowych źródeł: podatków, funduszy pochodzących z ubezpieczeń społecznych, płatności pacjentów, ubezpieczeń prywatnych (tabela 2).

Największą część nakładów stanowią wydatki publiczne, które w 2007 roku stanowiły 76,9% środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Wydatki prywatne wynosiły w 2007 r. 23,1% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną.

³⁰ A. Kozierkiewicz, K. Łanda, *op. cit.*

Tab. 2. Główne źródła finansowania ochrony zdrowia w Niemczech poniesione w latach 2001-2007 (% wydatków na opiekę zdrowotną)
The main sources of financing in German's health care system, 2002-2007

Źródło finansowania	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Fundusze publiczne	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9	76,8	76,9
Składki ubezpieczeniowe	69,1	69,1	68,7	67,0	67,4	67,6	67,8
Podatki	10,2	10,1	10,0	9,9	9,5	9,2	9,1
Fundusze prywatne	20,7	20,8	21,3	23,1	23,1	23,2	23,1
Oplaty pacjentów	11,5	11,4	11,8	13,2	13,1	13,3	13,1
Ubezpieczenia prywatne	8,4	8,5	8,7	9,0	9,2	9,2	9,3
Pozostałe źródła	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	0,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data, 2010.

Opieka ambulatoryjna w Niemczech, która jest domeną kas chorych, funkcjonuje przede wszystkim w oparciu o prywatną praktykę lekarską, organizowaną w różnych formach – gabinetu indywidualnego, praktyki grupowej, zespołu lekarskiego. Prowadzący praktykę prywatną ponosi wszystkie koszty funkcjonowania gabinetu, a więc m.in. wyposaża swój gabinet w urządzenia medyczne na własny koszt, opłaca personel, koszty najmu lokalu, podatki itp. Gabinety lekarskie w Niemczech są bardzo dobrze wyposażone, często dysponują najnowocześniejszym sprzętem diagnostycznym i leczniczym. Na szczeblu opieki ambulatoryjnej są wykonywane badania specjalistyczne, zabiegi i operacje, takie które w wielu innych krajach wykonywane są tylko w szpitalu (choć sytuacja ta ostatnio się zmienia). Doskonałe wyposażenie prywatnych gabinetów lekarskich, a także przeniesienie części świadczeń ze szczebla szpitala na szczebel ambulatorium wynika w dużym stopniu z konkurencji wśród lekarzy, a także z dążenia do obniżenia kosztów funkcjonowania sfery zdrowotnej, w której najdroższe jest leczenie szpitalne³¹. Opieka ambulatoryjna finansowana jest poprzez negocjacje między kasami chorych, a stowarzyszeniami lekarzy.

W 2007 roku, w Niemczech zarejestrowanych było 413696 lekarzy (5,03 lekarzy na 1000 mieszkańców).

Opieka stacjonarna obejmuje specjalistów opieki ambulatoryjnej i opiekę szpitalną. Sieć szpitali tworzy 2240 placówek pracujących w trybie ostrych dyżurów, 1380 szpitali prewencji i rehabilitacji, 46 uniwersyteckich centrów medycznych, w których łącznie pracuje 145 tys. lekarzy³². Połowa szpitali to szpitale publiczne, pozostałe to szpitale non-

³¹ M. Banach, P. Okoński, *System ochrony zdrowia nad Odrą*, „Przewodnik Lekarza”, 2004, 10, s. 18.

³² K. Knypl, *Szpital Europa*, „Menedżer Zdrowia”, nr 4/2007, s. 52.

profit (prowadzone głównie przez Kościół i Czerwony Krzyż), a ponad 5% to szpitale komercyjne. Lekarze są zatrudnieni w szpitalach an etatach.

Szpitale finansowane są z dwóch źródeł – przez land pokrywane są koszty ogólne, natomiast koszty operacyjne pokrywają kasy.

Niemiecka służba zdrowia dysponuje stosunkowo dużymi zasobami. Według danych OECD w 2007 roku na 1000 mieszkańców przypadały 8,2 łóżka. Średnia długość hospitalizacji pacjenta ogólnego wynosiła 10,2 dni.

Ograniczoność zasobów w zakresie opieki stacjonarnej skutkuje niestety kolejkami do specjalistów. Według danych za trzeci kwartał roku 2007/2008, 17,8% pacjentów oczekiwało więcej niż 6 tygodni na pierwszą wizytę, 8,7% pacjentów oczekiwało więcej niż 13 tygodni na przyjęcie do szpitala.

Niemieckie rozwiązania z pewnością nie stanowią przykładu „dobrej praktyki” w zakresie rozłożenia ciężaru finansowania opieki zdrowotnej, jeśli za kryterium oceny przyjmujemy zasadę solidaryzmu społecznego pomiędzy bogatymi i biedniejszymi grupami społeczeństwa³³. Podstawowy wyznacznik możliwości zapewnienia odpowiedniego poziomu świadczeń dla ubezpieczonych stanowi kondycja finansowa kas chorych. Konsekwencją istnienia różnic między kasami chorych w zakresie wielkości przychodów, jest rzeczywista nierówność ubezpieczonych w dostępie do opieki zdrowotnej³⁴.

W ostatnich latach Niemcy przeżywają duży kryzys w ochronie zdrowia. Politycy dążą tam do obniżenia składki zdrowotnej, coraz częściej wprowadzają ograniczenia w wydatkach, m. in. na badania specjalistyczne, a także leki³⁵.

Począwszy od kwietnia 2007 r. rozpoczęła się w Niemczech głęboka reforma służby zdrowia. Jej przedsięwzięcie ma stanowić pomysł objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich obywateli oraz zapowiedź utworzenia w ciągu dwóch lat centralnego funduszu zdrowia finansowanego ze środków pochodzących zarówno z budżetu państwa, jak i składek ubezpieczonych. Cele jakie przyświecają reformie służby zdrowia w Niemczech to³⁶:

- zapewnienie długookresowej stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia,
- sprawiedliwe rozłożenie kosztów opieki zdrowotnej,
- ograniczenie obciążeń (kosztów) pracy przy wzmocnieniu konkurencyjności gospodarki.

Zasadniczym zadaniem mającego powstać centralnego funduszu zdrowia będzie promowanie konkurencji między ubezpieczycielami. W tym celu zmienione zostaną zasady dotacji do kas chorych, które odtąd na zasadzie kapitałowej będą otrzymywać uśrednione kwoty przypadające na każdego ubezpieczonego, wraz z odpowiednim dodatkiem z tytułu ryzyka zdrowotnego. Tym samym ubezpieczyciele posiadający wyższe od przeciętnych koszty świadczeń zdrowotnych, zostaną zmuszeni do wypracowania

³³ M. Paszkowska, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse”, 1/2006, s. 9.

³⁴ P. Białynicki-Birula, *Reforma służby zdrowia w Niemczech – modyfikacja czy zmierzch systemu kas chorych?*, <http://www.e-gap.pl>, 14.04.2007, s. 1.

³⁵ M. Banach, P. Okoński, *System...* op. cit., s. 16.

³⁶ P. Białynicki-Birula, op. cit., s. 3.

we własnym zakresie brakujących kwot. W przypadku deficytu będą co prawda mieli możliwość obciążania ubezpieczonych dodatkowymi dopłatami, jednak w początkowym okresie nie będą mogły one przekroczyć w sumie 1% globalnych dochodów ubezpieczyciela. Wdrożenie opisanych rozwiązań, wraz z zapewnieniem większej swobody wyboru ubezpieczycieli ma zapewnić większą efektywność systemu i stanowić zachętę do podejmowania działań na rzecz wdrażania innowacji³⁷.

SUMMARY

The aim of this article is the presentation of Germany's health care system, his organization and the way of financing. Meeting solutions in functioning and the organization of the system of the health care in Germany can be used in the process of transformations of the system of the health care in Poland.

mgr Magdalena Jaworzyńska, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

³⁷ *Ibidem*, s. 3.