

## **SYSTEM FINANSOWANIA PUBLICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE W ŚWIETLE DOŚWIADCZEŃ NIEMIECKICH**

### **Wprowadzenie**

Problemy i wyzwania związane z opieką zdrowotną wzbudzają na całym świecie ogromne emocje. Podstawowym celem ochrony zdrowia jest zapewnienie wszystkim obywatelom kraju równego dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami solidarności i sprawiedliwości społecznej. Równemu dostępowi do usług medycznych towarzyszy często solidarne finansowanie, niezależne od indywidualnego poziomu korzystania ze świadczeń medycznych oraz indywidualnego ryzyka zdrowotnego. Tymczasem w Polsce dyskusje na temat opieki zdrowotnej skupiają się głównie wokół trudności związanych z dostępem do usług zdrowotnych, wyczerpania się limitów na świadczenia medyczne, zbyt niskiej wartości kontraktów w stosunku do możliwości ich realizacji przez szpitale oraz niedostarczenia potrzebnych usług w dostatecznej ilości i w stosownym czasie. W kontekście powyższych problemów pojawiają się również informacje dotyczące poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych i opinie, że są one zbyt niskie w stosunku do potrzeb starzejącego się społeczeństwa oraz wyzwań związanych m.in. z szybkim postępem technologicznym. Z kolei każde państwo, które obiecuje równy dostęp do usług medycznych musi przejąć odpowiedzialność za zorganizowanie odpowiedniego, dostosowanego do konkretnego otoczenia społeczno-gospodarczego, systemu finansowania tych świadczeń. Dla wielu państw, również tych najbogatszych, organizacja efektywnego systemu finansowania ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych problemów społeczno-ekonomicznych, ponieważ zasada sprawiedliwości w dostępie do korzystania z usług wiąże się ze wzrostem kosztów świadczeń związanych z ochroną zdrowia, co z kolei wywołuje problemy związane z ich finansowaniem. Na tle powyższych problemów nasuwa się zatem pytanie, czy istnieje wzorcowy, racjonalny system finansowania opieki zdrowotnej, który uznać można za godny naśladowania. Oczywiście trudno jest znaleźć standardowy, skuteczny system, który z pozytywnym efektem można zastosować w każdym kraju, zwłaszcza że poszczególne modele finansowania są silnie zróżnicowane w obszarze formalnego i nieformalnego otoczenia instytucjonalnego. Niewątpliwie jednak wzorem dla wielu społeczeństw może być najstarszy w Europie system finansowania ochrony zdrowia w Niemczech. Czy dla Polski również?

W artykule podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: czego uczą nas niemieckie doświadczenia i rozwiązania w finansowaniu świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu? Znajomość poszczególnych zasad może bowiem okazać się przydatna w przeprowadzeniu niezbędnej reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce, która wydaje się być obecnie szczególnie aktualna w związku z pogarszającą się sytuacją w ochronie zdrowia.

## 1. Ogólna charakterystyka finansowania publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia niezależnie od sytuacji materialnej, ponieważ władze publiczne zobowiązane są do zapewnienia równego dostępu do świadczeń medycznych w ramach środków publicznych.

Polski system opieki zdrowotnej jest systemem ubezpieczeniowym, w którym prawo do leczenia i korzystania ze świadczeń medycznych mają osoby objęte powszechnym, obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz członkowie ich rodzin. Obecnie system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje ok.98% społeczeństwa (ok.37,3mln), w tym grupy społeczne, których ubezpieczenie finansowane jest z budżetu państwa. Dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym objętych jest zaledwie ok. 27,5tys. osób (NFZ 2014).

Narodowy Fundusz Zdrowia, z centralą w Warszawie i 16 oddziałami wojewódzkimi, jest jednostką państwową, której głównym zadaniem jest: zabezpieczenie ubezpieczonego świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia<sup>1</sup>. Narodowy Fundusz Zdrowia ustala zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i rozliczeń ze świadczeniodawcami, sprawdza dostępność oraz jakość usług medycznych oraz kontroluje realizację umów podpisanych ze świadczeniodawcami. Fundusz pełni także funkcję płatnika finansującego świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym oraz funkcję refundatora leków w ramach posiadanych środków finansowych. Leki refundowane dostępne są dla ubezpieczonych bezpłatnie tylko w przypadku leczenia nowotworów, poważnych chorób zakaźnych oraz niektórych stanów psychiatrycznych. Za pozostałe leki ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić z prywatnych środków finansowych. Listy leków refundowanych są aktualizowane i publikowane przez Ministerstwo Zdrowia co dwa miesiące.

Narodowy Fundusz Zdrowia organizuje konkursy ofert na udzielanie świadczeń medycznych, na jak najkorzystniejszych warunkach. Następnie zawiera ze świadczeniodawcami umowy/kontrakty na dostarczanie usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Kontraktowanie świadczeń uwzględnia ocenę rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, przygotowywana przez samorząd oraz administrację publiczną.

Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje Ministerstwo Zdrowia, którego zadaniem jest wytyczanie polityki zdrowotnej państwa. Ponadto, do głównych zadań Ministerstwa Zdrowia należy finansowanie i wdrażanie programów zdrowotnych, finansowanie niektórych świadczeń specjalistycznych i inwestycji, badania naukowe, kształcenie kadr medycznych oraz liczne funkcje nadzorcze. Minister Zdrowia zatwierdza Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych kraju oraz Narodowy Plan Zdrowotny, w celu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz warunków należytego ich zaspokajania. Nadzór nad gospodarką finansową NFZ sprawuje minister właściwy do spraw finansów publicznych. Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, zatwierdza co roku zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia, sporządzany przez prezesa Funduszu. W planie tym uwzględnia się łączne przychody oraz łączne koszty Funduszu wraz z podziałem na poszczególne oddziały wojewódzkie i centralę. Prezes Funduszu może wprowadzić zmiany na poszczególne oddziały wojewódzkie i centralę, jeżeli zaistnieje sytuacja, której nie można było przewidzieć w chwili jego ustalenia albo zatwierdzenia.

Najważniejszą, powszechnie dostępną, częścią polskiego systemu ochrony zdrowia jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ), zapewniająca podstawowe świadczenia medyczne

<sup>1</sup> Ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. O powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, (Dz. U. Nr 45, poz. 391, Art. 39, ust. 1)

takie jak np. badania diagnostyczne, opiekę terapeutyczną i rehabilitacyjną, szczepienia, czy profilaktykę zdrowotną. Jeżeli stan zdrowia pacjenta wymaga specjalistycznego leczenia, podstawowa opieka zdrowotna jest miejscem startu do dalszego leczenia.

Zgodnie z obowiązującym prawem publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze oraz indywidualne i grupowe praktyki (lekarские, pielęgniarские, położnicze) mogą udzielać świadczenia zdrowotne. Kryterium wyróżnienia stanowi forma prawna. Jednostki publiczne występują głównie w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), natomiast jednostki niepubliczne w formie spółek prawa handlowego. Część z niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej jest w posiadaniu jednostek samorządu terytorialnego, które pełnią funkcje nadzorcze i kontrolne w stosunku do podmiotów, dla których są organami założycielskimi oraz funkcje związane z zarządzaniem kadrami placówek i finansowaniem inwestycji. Samorządy terytorialne posiadają również uprawnienia przekształcania podmiotów publicznych w niepubliczne. Ubezpieczony korzystający z usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ma prawo wyboru placówki medycznej realizującej świadczenia w ramach kontraktu z NFZ, składając pisemną deklarację. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej pacjent ma prawo wybrać lekarza, pielęgniarkę oraz położną; w ramach opieki specjalistycznej: przychodnię ambulatoryjną wraz z lekarzem specjalistą, przychodnię stomatologiczną oraz szpital. Składanie deklaracji związane jest z limitami osób objętych opieką zdrowotną przez jednego lekarza (np. do lekarza POZ nie powinno być zapisanych więcej niż 2750 osób). Możliwość korzystania ze świadczeń specjalistycznych uzależniona jest od skierowania wystawionego przez lekarza pierwszego kontaktu. Ubezpieczony ma również prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę z NFZ, na podstawie skierowania lekarza. Świadczenia zdrowotne dla dzieci, które nie ukończyły 18. roku życia udzielane są bezpłatnie.

Od 2009 roku istnieje w Polsce system pozytywnych wykazów świadczeń gwarantowanych finansowany w całości lub współfinansowany przez publicznego płatnika, które są publikowane okresowo w formie rozporządzeń Ministra Zdrowia. Do świadczeń gwarantowanych należy m.in. świadczenie usług z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, psychiatrycznego, uzależnień, ratownictwa medycznego, opieki długoterminowej, paliatywnej oraz hospicyjnej.

Podstawowa opieka zdrowotna finansowana jest według stawki kapitałowej na pacjenta zarejestrowanego u lekarza POZ, obejmującej koszty konsultacji oraz badań diagnostycznych. W specjalistycznym leczeniu ambulatoryjnym stosowana jest opłata za przypadek diagnostyczny, uwzględniając stawki podobne do kapitałowych dla pacjentów przewlekłe choroby. Leczenie szpitalne oraz specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne są finansowane w oparciu o tzw. system Jednorodnych Grupy Pacjentów (JGP), mający zastosowanie do wszystkich pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych (z wyjątkiem pacjentów będących pod opieką psychiatryczną lub rehabilitacyjną). Nośnikiem kosztów w tym systemie jest hospitalizacja pacjenta z konkretnym schorzeniem i w konkretnej sytuacji. System Jednorodnych Grup Pacjentów powinien pokrywać pełne koszty leczenia z wyjątkiem kosztów inwestycyjnych świadczeniodawcy.

Od 1 stycznia 2013r. powstał w Polsce system umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców). Podstawą do uzyskania świadczeń medycznych jest podanie w rejestracji numeru PESEL oraz dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku dzieci do 18. roku życia aktualnej legitymacji szkolnej.

Od 1 sierpnia 2017r. podmioty udzielające świadczenia medyczne będą miały obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej (EDM), będącej częścią systemu informatyzacji ochrony zdrowia. Celem systemu jest wprowadzenie m.in.

elektronicznych Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ), Karty Specjalisty Medycznego, e-recept, e-skierowań, oraz e-zleceń na wyroby medyczne.

## **2. Organizacja publicznego systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce**

Podstawą finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia jest obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne, stanowiąca 9% dochodów osobistych. Składka ubezpieczeniowa obierana jest razem z zobowiązaniami podatkowymi i odprowadzana do NFZ za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Dla osób prowadzących własną działalność gospodarczą wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne jest taka sama, jednak podstawa jej wymiaru nie może być mniejsza niż 75% przeciętnego, miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw prywatnych w czwartym kwartale poprzedniego roku, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Osoby prowadzące prywatną działalność gospodarczą lub ubezpieczające się dobrowolnie, zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego samodzielnie, do ZUS. Dla rolników składki na ubezpieczenie społeczne zbierane są w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), następnie część składek odpowiadająca składce na ubezpieczenie zdrowotne przekazywana jest do NFZ.

Drugim, głównym źródłem publicznego zasilania w środki finansowe jest budżet państwa. Minister Zdrowia zawiera ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie usług medycznych. Z budżetu państwa finansowane jest ratownictwo medyczne, wysokospecjalistyczne procedury (np. przeszczepy, kosztowne zabiegi), profilaktyka, administracja oraz inwestycje. Natomiast budżety jednostek samorządu terytorialnego przeznaczają środki publiczne w głównej mierze na inwestycje, składki na ubezpieczenie i świadczenia dla osób nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, profilaktykę, promocję zdrowia oraz programy zdrowia publicznego. Należy jednak pamiętać, że środki finansowe pochodzące z budżetu państwa oraz samorządów terytorialnych nie są trwałym strumieniem przychodów sektora zdrowotnego, ponieważ ich poziom podlega zmiennym regulacjom zależnym od decyzji władz centralnych i samorządowych. Ponadto udział środków pochodzących z budżetu państwa nie ma aż tak wielkiego znaczenia jak koszty ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Równie istotnym źródłem finansowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce są prywatne środki finansowe przeznaczane na ochronę zdrowia. Z prywatnych funduszy ubezpieczony partycypuje w kosztach leków, niektórych badań laboratoryjnych oraz sprzętu rehabilitacyjnego. U stomatologa bezpłatne są tylko niektóre określone zabiegi z wykorzystaniem podstawowych materiałów dentystycznych. Jeżeli ubezpieczony chce otrzymać usługę lub materiały na wyższym poziomie, musi je pokryć z własnych środków. Dopłaty obowiązują także w lecznictwie uzdrowiskowym (za zakwaterowanie i wyżywienie) oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych. Ubezpieczony może również zostać obciążony kosztami wybranych usług transportu sanitarnego.

W 2012r. całkowite wydatki na ochronę zdrowia (wydatki bieżące i inwestycje) wynosiły 107,8mld zł. Około 70,8mld zł pochodziło z środków publicznych, w tym 64,3mld zł pochodziło z Narodowego Funduszu Zdrowia, co stanowiło 91% ogółu wydatków. Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia wynosiły ok.2,4mld zł i stanowiły 3,4% całkowitych publicznych wydatków na opiekę zdrowotną. Najmniejszy udział w finansowaniu opieki medycznej posiadały budżety jednostek samorządu terytorialnego, finansujące w 2012r. ok.4,1mld zł (GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok). Według OECD Health Data w 2012r. całkowite koszty finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce wynosiły ok.101mld zł. W stosunku do roku 2000 nastąpił w Polsce ponad dwu i półkrotny wzrost ogólnych wydatków na ochronę zdrowia.

Analizując wydatki na ochronę zdrowia w latach 2000–2012, ich procentowy udział w stosunku do produktu krajowego brutto w Polsce wzrósł relatywnie niewiele. W 2012r. całkowite wydatki na opiekę zdrowotną wynosiły 6,7% PKB, co odpowiadało 55608mln USD wyrażonych w parytecie siły nabywczej. W porównaniu z rokiem 2000 PKB wzrósł jedynie o 1,4 punktu procentowego. Wydatki na osobę w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej wzrosły z 562,6 USD PPP w 2000r. do 1443,0 USD PPP w roku 2012. Szczegółowo ilustruje to tabela 1.

**Tabela 1. Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce w latach 2000-2012**

Wydatki na ochronę zdrowia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Wydatki na 1 mieszkańca w USD w ppp	562,6	622,9	704,7	717,2	770,2	806,3	883,2	991,9	1158,0	1275,5	1335,0	1339,0	1443,0
Wydatki całkowite jako %PKB	5,3	5,7	6,1	6,2	6,2	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0	6,8	6,7
Wydatki publiczne jako % całkowitych wydatków	68,9	71,0	70,4	69,2	67,7	68,7	69,2	70,1	71,7	71,7	71,7	70,9	70,0
Wydatki prywatne jako % całkowitych wydatków	31,1	29,0	29,6	30,8	32,3	31,3	30,8	29,9	28,3	28,3	28,3	29,1	30,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data, 2015.

Zarówno na początku, jak i pod koniec omawianego okresu fundusze publiczne stanowiły większą część nakładów na opiekę zdrowotną. W 2012r. 70% wydatków pochodziło ze źródeł publicznych, natomiast 30% z funduszy prywatnych, składających się głównie z bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych oraz w niewielkim stopniu z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Ilustruje to tabela 2.

**Tabela 2. Główne źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2003-2012 (% wydatków na opiekę zdrowotną)**

Źródło finansowania	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fundusze publiczne	69,2	67,7	68,7	69,2	70,1	71,7	71,7	71,7	70,9	70,0
Składki ubezpieczeniowe	6,4	8,5	7,2	7,2	6,6	6,0	5,6	5,8	6,3	6,4
Podatki	62,7	59,3	61,5	62,1	63,5	65,6	66,1	65,8	64,5	63,6
Fundusze prywatne	30,8	32,3	31,7	30,8	29,9	28,3	28,3	28,3	29,1	30,0
Oplaty pacjentów	27,6	29,4	27,7	27,1	26,3	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3
Ubezpieczenia prywatne	3,2	2,9	4,0	3,7	3,6	3,9	3,9	4,6	5,1	5,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data, 2015.

Powyższe wyniki plasują Polskę wśród państw o najmniejszym udziale wydatków na ochronę zdrowia oraz potwierdzają przypuszczenie, iż polski system ochrony zdrowia jest niedofinansowany i wymaga zmian systemowych.

### 3. Ogólna charakterystyka finansowania systemu publicznej opieki zdrowotnej w Niemczech

Niemiecki system finansowania opieki zdrowotnej jest systemem zdecentralizowanym, opartym na zasadach solidarności społecznej. Specyfikę jego organizacji w dużym stopniu warunkuje podział terytorialny państwa, gdzie rola rządu centralnego ogranicza się jedynie do ustalenia ram prawnych, a główna odpowiedzialność za dostarczanie usług i ich administrowanie spoczywa na władzach landów, jako podstawowych jednostkach podziału terytorialnego państwa. System ten w głównej mierze oparty jest na ustawowym, obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym GKV (*Gesetzliche Krankenversicherung*), określającym zasady funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia, które po raz pierwszy zostało wprowadzone w 1883r. przez Otto von Bismarcka.

Obecnie obowiązujący system finansowania opieki zdrowotnej w Niemczech zapoczątkowała ustawa z 1 stycznia 2007r. o obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, która doprowadziła do reformy publicznego systemu ochrony zdrowia. Reforma ta miała na celu ukierunkowanie całego systemu na potrzeby pacjentów oraz zwiększenie ekonomicznej wydajności i efektywności świadczeń medycznych<sup>2</sup>. W wyniku powyższych zmian każdy obywatel Niemiec został objęty obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym na wypadek choroby, macierzyństwa, starości, oraz wypadku przy pracy w ustawowej kasie chorych (*gesetzliche Krankenkasse*) lub prywatnie.

Ustawowe kasy chorych są jednostkami prawa publicznego, niezależnymi finansowo i organizacyjnie od organów administracji publicznej, zorganizowanymi głównie na poziomie landów. Podpisują umowy ze świadczeniodawcami, którym wypłacają bezpośrednio należne sumy za wykonane i udzielone ubezpieczonym świadczenia medyczne. Zawierają także porozumienia cenowe z wytwórcami leków. Państwo określa jedynie ramy prawne działania kas chorych i kontroluje ich działalność głównie za pośrednictwem Ministerstw Zdrowia poszczególnych landów.

Szacuje się, że w 2013 roku ponad 87% (ok. 70 mln) mieszkańców Niemiec zostało objętych publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym, około 11% (9 mln) obywateli wybrało ubezpieczenie prywatne PKV (*Privat Krankenversicherung*)<sup>3</sup>. Pozostałe 2% ubezpieczonych stanowią głównie urzędnicy państwowi (osoby zabezpieczone w państwowym systemie ubezpieczenia) oraz nie posiadające ubezpieczenia chorobowego.

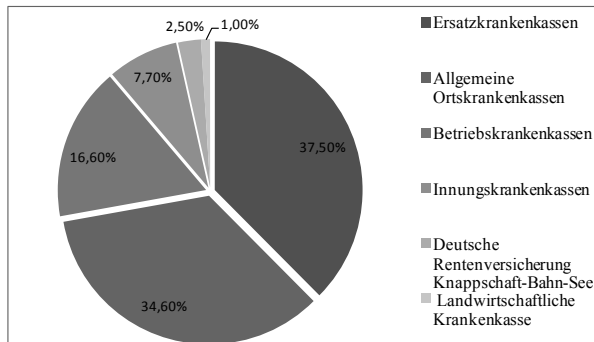
W Niemczech istnieją obecnie 124 ustawowe kasy chorych (stan na styczeń 2015r.). Największą liczbę ubezpieczonych zrzeszają kasy zastępcze Ersatzkrankenkassen (ok. 37,5%) oraz ogólne regionalne kasy chorych Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK (34,6%). Trzecie miejsce pod względem liczby ubezpieczonych zajmują zakładowe kasy chorych Betriebskrankenkassen – BKK (16,6%) oraz kasy rzemieślnicze Innungskrankenkassen – IKK (7,7%)<sup>4</sup>. Ilustruje to rysunek 1.

<sup>2</sup> R. Jahn, S. Schillo, J. Wasem, *Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. Wirkungen Und Nebenwirkungen*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2012, nr 5, s. 624–632.

<sup>3</sup> *Daten des Gesundheitswesens. Versicherungsschutz in Kranken- und Pflegeversicherung*, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2013, s. 113.

<sup>4</sup> *Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand*, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2014, s. 2.

Rysunek 1. Udziały rynkowe ustawowych kas chorych w Niemczech (07/2014)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z Ministerstwa Zdrowia w Niemczech.

Osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym mają możliwość wyboru kasy chorych oraz lekarza lub szpitala spośród wszystkich świadczeniodawców, którzy mają podpisaną umowę z ustawową kasą chorych. Na rynku istnieje bardzo silna konkurencja pomiędzy poszczególnymi kasami chorych, oferującymi klientom bogatą ofertę świadczeń zdrowotnych za możliwie jak najniższą cenę. Aby uniknąć naruszenia zasad konkurencji, wprowadzono w Niemczech tzw. system wyrównania ryzyka/wyrównania finansowego (*Risikostrukturaausgleich, RSA*) między poszczególnymi kasami chorych. System ten ma na celu stworzenie kasom chorych niezależnie od struktury ryzyka osób ubezpieczonych (np. wieku, płci) równych szans generowania zysków poprzez efektywne gospodarowanie dostępnymi zasobami<sup>5</sup>. Kasy chorych otrzymują dzięki systemowi dodatkowe środki finansowe na ubezpieczonych w starszym wieku oraz osoby chore na konkretne schorzenia np. 29,42 euro miesięcznie na pacjenta z nadciśnieniem tętniczym, 102,12 euro na pacjenta z depresją, 45,42 euro na pacjenta z cukrzycą bez komplikacji (Bundesversicherungsamt 2015).

Obligatoryjnym ubezpieczeniem zdrowotnym objęci są wszyscy pracownicy najemni, których przeciętne wynagrodzenie brutto nie przekracza ustalonego poziomu dochodów. W roku 2015 granicę tę ustalono na 54,900 euro rocznie, czyli 4,575 euro miesięcznie. Osoby osiągające wyższe dochody nie płacą składki ubezpieczenia zdrowotnego od części zarobków przekraczającej tę granicę i mają możliwość dobrowolnego, prywatnego ubezpieczenia się w prywatnej kasie chorych, ponieważ stać je na opłacanie wyższych składek, dzięki którym otrzymują świadczenie medyczne na wyższym poziomie.

Od 1 stycznia 2015 r. składka ubezpieczeniowa pracowników najemnych wynosi obecnie 14,6% dochodów brutto osoby ubezpieczonej (7,3% płaci pracodawca, 7,3% ubezpieczony). Obowiązek ubezpieczenia obejmuje również rencistów oraz emerytów otrzymujących renty z ubezpieczenia społecznego, gdzie część składki przypadająca na pracodawcę opłacana jest z funduszu emerytalnego, a pozostała potrącana jest z emerytury. Osoby bezrobotne także podlegają obowiązkowi opłacania składki zdrowotnej, która pokrywana jest przez Urząd wypłacający zasiłki dla bezrobotnych. Bezpłatnie ubezpieczeniem rodzinnym objęty jest niepracujący małżonek oraz dzieci do 18. roku życia; do 23. roku życia dzieci, które nie pracują oraz 25. roku życia dzieci, które wciąż się uczą.

Ubezpieczone osoby mają obowiązek posiadania elektronicznej karty zdrowia, potwierdzającej posiadanie ubezpieczenia na wypadek choroby, na podstawie której świadczeniodawcy rozliczają się za świadczenie usług z kasami chorych. Na karcie zdrowia zapisane

<sup>5</sup> A. Seiffert, *Doświadczenia niemieckie w gromadzeniu i wykorzystywaniu danych dla celów zarządzania w ochronie zdrowia*, Wiadomości ubezpieczeniowe. Nauka dla praktyki 2014, nr 2, s. 102.

są informacje o pacjencie: jego dane, grupa krwi, numer ubezpieczenia oraz przebieg leczenia, dzięki czemu elektroniczne bazy danych kas chorych gromadzą nie tylko informacje socjodemograficzne ubezpieczonych, ale również zawierają informacje o wszystkich świadczeniach refundowanych przez te instytucje oraz stacjonarne i ambulatoryjne diagnozy<sup>6</sup>.

Lekarze współpracujący z ustawowymi kasami chorych są zrzeszeni w Stowarzyszeniach Lekarzy Pracujących w Kasach Chorych (*Kassenärztliche Vereinigung*) - jednostkach prawa publicznego, działających na poziomie landów, których głównym zadaniem jest ustawowy obowiązek zapewnienia ambulatoryjnej opieki osobom ubezpieczonym. Na poziomie krajowym działa Federalne Stowarzyszenie Lekarzy Pracujących w Kasach Chorych, podlegające nadzorowi Ministerstwa Zdrowia.

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne zapewnia osobom ubezpieczonym bardzo szerokie spektrum świadczeń medycznych, z których zdecydowana większość jest bezpłatna. Katalog świadczeń gwarantowanych ustalany jest przez Federalną Komisję Lekarzy i Kas Chorych, a rozliczenia za świadczenie usług zdrowotnych są dokonywane na podstawie umów zbiorowych zawieranych między kasami chorych a stowarzyszeniami lekarzy. Pacjent również partycypuje w kosztach leczenia. Odpłatny jest np. pobyt w szpitalu (10 euro/dzień przez max. 28 dni w roku), protezy dentystyczne, okulary oraz dopłaty do leków. Za lek na receptę ubezpieczony płaci 10% faktycznej ceny leku, jednak nie mniej niż 5 i nie więcej niż 10 euro. Jeżeli lek jest tańszy, pacjent kupuje go za rzeczywistą cenę. Dzieci i młodzież do 18. roku życia zwolnione są z opłat za leki na receptę.

Ważną zasadą dla niemieckiego systemu finansowania opieki zdrowotnej są wielostopniowe negocjacje zarówno na szczeblu centralnym jak i na poziomie landów, których efektem są tzw. umowy zbiorowe, dotyczące standardów opieki medycznej oraz zasad rozliczeń i stawek za świadczenie usług zdrowotnych, obowiązujących w niezależnych sektorach systemu: lecznictwa ambulatoryjnego, szpitalnego, rehabilitacyjnego czy opieki długoterminowej. Wyróżnikiem niemieckiego systemu jest właśnie klarowny rozdział poszczególnych sektorów, zwłaszcza opieki ambulatoryjnej oraz stacjonarnej. Szpital nie może udzielać świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Usługi ambulatoryjne udzielane są w ramach systemu ubezpieczeń ustawowych tylko przez lekarzy należących do związków kasowych, przyjmujących we własnych (prywatnych) gabinetach lekarskich lub praktykach grupowych. Osoba prowadząca prywatną praktykę ponosi wszystkie koszty związane z prowadzeniem gabinetu (koszty najmu lokalu, wyposażenia w sprzęt medyczny, wypłaty dla personelu, podatki itp.). Na szczeblu opieki ambulatoryjnej wykonywane są nie tylko badania specjalistyczne, ale również zabiegi i operacje, które w wielu innych krajach wykonywane są tylko w lecznictwie szpitalnym. Opieka ambulatoryjna finansowana jest poprzez negocjacje między kasami chorych, a stowarzyszeniami lekarzy. Szpitale finansowane są z dwóch źródeł: koszty ogólne pokrywane są przez landy, natomiast koszty operacyjne finansowane są przez kasy chorych.

#### **4. Organizacja publicznego systemu finansowania opieki zdrowotnej w Niemczech**

W Niemczech środki na ochronę zdrowia gromadzone są w 16 budżetach landów, budżecie federalnym oraz budżetach kas chorych, zasilanych składkami na ubezpieczenie zdrowotne. Środki pochodzące z budżetu państwa przeznaczane są m.in. na działania z zakresu zdrowia publicznego, inwestycje dokonywane w szpitalach należących do związków szpitali

<sup>6</sup> W. Hoffman, C. Bobrowski, K. Friedrich, *Sekundärdatenanalyse in der Versorgungsepidemiologie – Potenzial und Limitationen*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008, nr 51/10, s. 1118.



oraz szkolnictwo medyczne wraz z badaniami naukowymi. Część środków w budżetach landów pochodzi z transferów z budżetu federalnego<sup>7</sup>.

Podstawowym źródłem finansowania publicznego systemu opieki zdrowotnej jest składka ubezpieczeniowa oraz środki pochodzące z budżetu państwa (podatki), gromadzone w centralnym Funduszu Zdrowia (*Gesundheitsfond*), który swoją działalność rozpoczął 1 stycznia 2009 r. Następnie środki finansowe, za pośrednictwem Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń, są przekazywane do kas chorych, uwzględniając różnice związane np. z wiekiem pacjentów<sup>8</sup>. W 2013 r. do Centralnego Funduszu Ochrony Zdrowia wpłynęło ok. 192,5 mld euro, z czego ok. 181 mld euro pochodziło ze składek ubezpieczeniowych. Całkowite wydatki funduszu zdrowia wyniosły ok. 192 mld euro. Rezerwa funduszu w 2013 r. wynosiła 13,6 mld euro<sup>9</sup>.

W Niemczech poziom nakładów na opiekę zdrowotną jest jednym z najwyższych w Europie. W 2012 r. dotacja budżetu państwa na opiekę zdrowotną wynosiła 14 mld euro. W 2013 r. budżet został zmniejszony do 11,5 mld euro, a w 2014 do 10,5 mld euro. W 2015 r. planowane jest przeznaczenie na ochronę zdrowia środków w wysokości 11,5 mld euro. Od 2016 r. państwo zobowiązało się do ponownego zwiększenia środków do 14 mld euro, aż do 14,5 mld euro w roku 2017. Według OECD Health Data w 2013 r. całkowite koszty finansowania systemu opieki zdrowotnej w Niemczech, obejmujące koszty świadczeń i lekarstw, wyniosły 299,1 mld euro.

Analizując wydatki na opiekę zdrowotną, w latach 2003–2013, mierzone w odniesieniu do produktu krajowego brutto, Niemcy sytuują się w światowej czołówce. Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w 2013 r. wyniosły 10,9% PKB, co odpowiadało 382879 mln USD wyrażonych w parytecie siły nabywczej. Szczegółowe informacje ilustruje tabela 3.

**Tabela 3. Wydatki na opiekę zdrowotną w Niemczech w latach 2000–2013**

Wydatki na ochronę zdrowia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Wydatki na 1 mieszkańca w USD w ppp	2576	2695	2825	2979	3045	3235	3445	3593	3883	4073	4272	4455	4651	4723
Wydatki całkowite jako %PKB	10,0	10,1	10,3	10,5	10,3	10,4	10,3	10,1	10,3	11,3	11,2	10,9	10,9	10,9
Wydatki publiczne jako % całkowitych wydatków	79,8	79,6	79,4	78,9	77,1	77,1	76,8	76,8	76,9	77,2	77,2	77,0	77,2	77,3
Wydatki prywatne jako % całkowitych wydatków	20,2	20,4	20,6	21,1	22,9	22,9	23,2	23,2	23,1	22,8	22,8	23,0	22,8	22,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data, 2015.

W porównaniu z rokiem 2000 całkowite wydatki na opiekę zdrowotną wzrosły o 171090 mln USD w stosunku do roku 2000. Wydatki zdrowotne w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2013 r. wyniosły 4723 dolarów amerykańskich i były wyższe o 2147 dolarów w porównaniu z rokiem 2000 (OECD Health Data, 2015).

Fundusze publiczne w 2013 r. stanowiły większą część nakładów na opiekę zdrowotną (77,3%), fundusze prywatne stanowiły natomiast 22,7% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Szczegółowe informacje ilustruje tabela 4.

<sup>7</sup> M. Jaworzyńska, *System opieki zdrowotnej w Niemczech*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio H, Lublin 2010, Vol. XLIV, str. 995.

<sup>8</sup> A. Depta, *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach*, [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, pod red. J. Sucheckiej, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 23–63.

<sup>9</sup> <http://www.bundesversicherungsamt.de/> stan na dzień 31.01.2015.

**Tabela 4. Główne źródła finansowania opieki zdrowotnej w Niemczech w latach 2003-2013 (% wydatków na opiekę zdrowotną)**

Źródło finansowania	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fundusze publiczne	78,9	77,1	77,1	76,8	76,8	76,9	77,2	77,2	77,0	77,2	77,3
Składki ubezpieczeniowe	71,1	69,4	69,6	69,6	69,7	69,9	70,3	70,4	70,2	70,4	70,5
Podatki	7,7	7,1	7,5	7,3	7,2	7,0	6,9	6,8	6,8	6,8	6,8
Fundusze prywatne	21,1	22,9	22,9	23,2	23,2	23,1	22,8	22,8	23,0	22,8	22,7
Opłaty pacjentów	11,4	12,8	12,7	12,9	12,8	12,6	12,3	12,3	12,3	12,2	12,1
Ubezpieczenia prywatne	9,7	10,1	10,2	10,3	10,4	10,5	10,5	10,5	10,7	10,6	10,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data, 2015.

## **5. Czego uczą nas niemieckie doświadczenia? Możliwości zastosowań niemieckich rozwiązań w Polsce**

Przedstawione systemy finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych różnią się między sobą nie tylko w zakresie szczegółowych rozwiązań technicznych, ale również w obszarze związanym z historią, tradycjami, system wartości, podejściem do instytucji państwowych, czy stopniem zaufania do rozwiązań rynkowych. Zdaniem ekspertów (Klein 1997; Robinson, Steiner 1998; Freeman 1999; 2002; Greener 2002) uczenie się na podstawie doświadczeń innych krajów jest dość ryzykowne. Niemieckie doświadczenia nie mogą bowiem służyć jako wzorzec przeznaczony do ich automatycznego powielania. Nie oznacza to jednak, że polscy reformatorzy nie mogą się niczego nauczyć obserwując niemieckie rozwiązania systemowe, które mogą stanowić cenne źródło inspiracji przy planowaniu reformy opieki zdrowotnej w Polsce oraz stać się szansą uniknięcia powielania tych samych błędów.

Uwzględniając doświadczenia niemieckie można wskazać kierunki/propozycje zmian, w jakich powinien ewaluować polski system finansowania publicznej ochrony zdrowia.

1. W polskim systemie finansowania opieki zdrowotnej powinny znaleźć się rezerwy demograficzne wystarczające na pokrycie kosztów zmieniającej się struktury popytu na świadczenia medyczne starzejącego się społeczeństwa. Zarówno polski jak i niemiecki system finansowania opieki zdrowotnej oparty jest w głównej mierze na składkach osób ubezpieczonych czynnych zawodowo. W konsekwencji następujące po sobie pokolenia mogą zostać coraz bardziej obciążane kosztami świadczeń zdrowotnych wykorzystywanych przez starsze pokolenia. Istnieje zatem realne ryzyko wypowiedzenia/braku akceptacji międzypokoleniowej umowy redystrybucji dochodów, ponieważ obciążenia finansowe kolejnych pokoleń mogą osiągać trudny do zaakceptowania poziom.
2. Zdemonopolizowanie scentralizowanego Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez wprowadzenie konkurencji między dysponentami publicznych środków przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej (np. publicznych i prywatnych firm ubezpieczeniowych), zwiększyłoby konkurencję oraz poziom świadczonych usług. W niemieckim systemie funkcjonuje kilkadziesiąt konkurujących ze sobą samodzielnych kas chorych, oferujących ubezpieczonym lepsze warunki finansowania świadczeń medycznych.
3. Zwiększenie w Polsce zasobu informacyjnego na wzór niemiecki stworzyłoby bodźce do zwiększenia efektywności systemu finansowania opieki zdrowotnej, poprzez dostarczanie rzetelnych podstaw do zarządzania dostępnymi środkami oraz możliwości wyboru najefektywniejszych świadczeń. Niemieckie kasy chorych zabiegają

- o wysoką jakość gromadzonych danych, ponieważ na ich podstawie rozliczają się ze świadczeniodawcami<sup>10</sup>.
4. Określenie jasnych standardów współpłacenia pacjentów za świadczenie usług medycznych wpłynęłoby na zwiększenie środków finansowych w systemie i uporządkowanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz pomogłoby w wyeliminowaniu korupcji. Zdaniem ekspertów obszar satysfakcji pacjentów z usług medycznych jest większy w krajach, gdzie większe jest współpłacenie np. w Niemczech. Współfinansowanie ochrony zdrowia nie uzdrowi wprawdzie systemu finansowania, ale może pełnić rolę regulującą, powodując, że pacjenci nie nadużywają korzystania z usług medycznych, tym samym prowadząc do eliminacji niepotrzebnych wizyt.
  5. Podniesienie składki zdrowotnej do średniej wartości w Unii Europejskiej, czyli co najmniej do 11% pomogłoby w zwiększeniu środków publicznych w systemie opieki zdrowotnej (w Niemczech składka ubezpieczenia zdrowotnego wynosi 14,6%).
  6. Jasne zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych, tak jak Katalogu świadczeń gwarantowanych w Niemczech, pomogłoby opanować komunikacyjny chaos związany z koszykiem. Zaledwie jedna trzecia Polaków potrafi prawidłowo wskazać jaki zakres świadczeń obejmuje koszyk świadczeń gwarantowanych. Polskie społeczeństwo nie wie czym on jest i na jakie świadczenia medyczne można liczyć. Polacy nie chcą więc płacić za dodatkowe usługi (np. dostęp do najnowszych terapii), ponieważ uważają, że w ramach koszyka mają nieograniczone prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie.

## Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że dostępność do świadczeń medycznych w Polsce byłaby dużo większa, gdyby system ochrony zdrowia podążał śladem najbardziej efektywnych systemów opieki zdrowotnej. Niemcy znajdują się w pierwszej dziesiątce krajów o najlepszej opiece medycznej na świecie. W 2013r. uplasowały się na 7. pozycji w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (*Euro Health Consumer Index EHCI*). Duży wybór placówek medycznych i szpitali zapewnia wszystkim szeroki dostęp do lecznictwa. Na wydatki niemieckiej opieki zdrowotnej przeznaczono w 2013r. 10,9% PKB. Wśród wszystkich krajów członkowskich OECD Niemcy odnotowują najmniejszy wzrost wydatków na ochronę zdrowia per capita. Ponadto mimo kryzysu i poszukiwaniu oszczędności w niemieckim systemie opieki zdrowotnej nie ma miejsca na wielomiesięczne oczekiwanie na świadczenie usług medycznych, jak ma to miejsce w Polsce. Finansowanie polskiej ochrony zdrowia w stosunku do oczekiwań pacjentów jest zbyt niskie. Niepokój budzą także dane dotyczące całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną na poziomie 7% PKB. W 2013r. na osobę przypadało około 1443 dolarów, w Niemczech 4723 dolarów. Mamy znacznie mniej środków finansowych na ochronę zdrowia, ale oczekujemy przynajmniej takiego samego poziomu świadczenia usług medycznych, jaki jest w innych europejskich krajach np. w Niemczech. Porównując niemiecki system finansowania z polskim, widać przede wszystkim różnicę w wysokości składki ubezpieczeniowej, czego konsekwencją jest jakość świadczonych usług medycznych. Uzdrawienie polskiego systemu finansowania opieki zdrowotnej stanowi zatem wyzwanie dla każdego specjalisty odpowiedzialnego za jego tworzenie. Nie należy automatycznie powielać rozwiązań systemowych innych państw, ale można się wiele od nich nauczyć aby uniknąć powielania tych samych błędów.

<sup>10</sup> F. Andersohn, E. Garbe, *Pharmakoepidemiologische Forschung mit Routinedaten des Gesundheitswesens*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008, nr 51/10, s. 1135–1144.

## Bibliografia

1. Andersohn F., Garbe E., *Pharmakoepidemiologische Forschung mit Routinedaten des Gesundheitswesens*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2008, nr 51/10.
2. *Daten des Gesundheitswesens. Versicherungsschutz in Kranken- und Pflegeversicherung*, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2013.
3. Depta A., *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach*, [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, pod red. Suheckiej J., Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
4. *Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand Monatswerte*, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2014.
5. <http://www.bundesversicherungsamt.de/> stan na dzień 31.01.2014r.
6. Hoffman W., Bobrowski C., Friedrich K., *Sekundardatenanalyse in der Versorgungsepidemiologie – Potenzial und Limitationen*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008, nr 51/10.
7. Jahn R., Schillo S., Wasem J., *Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. Wirkungen Und Nebenwirkungen*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2012, nr 5.
8. Jaworzyńska M., *System opieki zdrowotnej w Niemczech.*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio H, Lublin 2010, Vol. XLIV.
9. Seiffert A., *Doświadczenia niemieckie w gromadzeniu i wykorzystywaniu danych dla celów zarządzania w ochronie zdrowia*, Wiadomości ubezpieczeniowe. Nauka dla praktyki 2014, Nr 2.
10. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. O powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. nr 45, poz. 391.

## THE SYSTEM OF FINANCING PUBLIC HEALTH CARE IN POLAND AGAINST THE BACKGROUND OF THE GERMANY EXPERIENCES

### Summary

The smooth operation of the health care system largely depends on how it is financed. The analysis assumes that the Polish system is not enough financed and poorly adapted to the changing socio-economic trends. Results of the analysis confirm no sufficient polish health care financing. Therefore, changes are necessary in the financing of medical services and obtaining new sources and special funds. Meeting solutions used 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.

**Key words:** health care financing, health care system, health insurance, health economics