

Organizacja i finansowanie systemów ochrony zdrowia w Polsce i Niemczech w kontekście polityki lekowej – analiza porównawcza

Organization and financing of health care systems in the terms of pharmaceutical policy in Poland and Germany - comparative analysis

Urszula Religioni¹, Magdalena Mińko², Bożena Walewska-Zielecka³, Steffen Amann⁴

¹ Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

² Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny; Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

³ Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Städtisches Klinikum München GmbH, Monachium, Niemcy

Streszczenie

System zdrowotny w Niemczech oceniany jest jako jeden z najlepszych w Europie. Różnice w poziomach funkcjonowania systemów zdrowotnych w Polsce i w Niemczech przedstawiają wskaźniki stanu zdrowia populacji, takie jak średnia oczekiwana długość życia, współczynniki chorobowości czy przeżywalności chorych cierpiących na nowotwory, a także procent Produktu Krajowego Brutto, który przeznaczony jest na ochronę zdrowia. Celem artykułu jest porównanie organizacji systemów ochrony zdrowia w Polsce i Niemczech, z uwzględnieniem dostępu pacjentów do refundowanych produktów leczniczych. W artykule scharakteryzowano historię rozwoju obu systemów, zasady finansowania i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a także strukturę wydatków na poszczególne obszary ochrony zdrowia. (*Farm Współ 2016; 9: 1-7*)

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia w Polsce, system ochrony zdrowia w Niemczech, refundacja leków

Summary

Healthcare in Germany is perceived to be one of the best systems in Europe. Differences between the functioning of healthcare systems in Poland and Germany are reflected by epidemiological indicators, such as average life expectancy, prevalence rate or the survival rate of patients suffering from cancer, as well as the percent of Gross Domestic Product, which is spent on health care. The aim of the paper is to compare the organization of health systems in Poland and Germany, including patient access to reimbursed medicines. The article describes the history of development of the two systems, the principles of financing and access to health care services, as well as the structure of public expenditure on different areas of health. (*Farm Współ 2016; 9: 1-7*)

Keywords: health care system in Poland, health care system in Germany, drug reimbursement

Wprowadzenie

System zdrowotny w Niemczech oceniany jest jako jeden z najlepszych w Europie. Obecnie obserwuje się stały wzrost średniej długości życia w Niemczech i od wielu lat jest on jednym z najwyższych w krajach Unii, a także

na świecie [1]. Nawet w obliczu problemów związanych ze starzejącym się społeczeństwem niemiecka opieka zdrowotna zajmuje czołowe miejsca pod względem nasycenia zaawansowanymi technologiami medycznymi czy dostępnością do produktów leczniczych.

Z drugiej strony, coraz listy oczekujących na zabiegi lecznicze, coraz większy odsetek nierefundowanych świadczeń medycznych, brak poprawy, a nawet pogorszenie dostępu do nowych rodzajów leków to tylko niektóre z obszarów powodujących, że polski system zdrowotny oceniany jest jako jeden z najsłabiej funkcjonujących w Europie. Świadczyć o tym może m.in. wynik naszego kraju w rankingu Euro Health Consumer Index 2015, gdzie Polska plasuje się na przedostatnim miejscu od końca (34. na 35) [2].

Różnicę w poziomach funkcjonowania systemów zdrowotnych w Polsce i w Niemczech przedstawiają poniższe wskaźniki. Mogą one służyć zobrazowaniu sytuacji zdrowotnej kraju (np. porównanie średniej oczekiwanej długości życia czy współczynnika chorobowości) oraz wyjaśnić przyczyny różnic występujących w obu systemach (np. wydatki na zdrowie jako % produktu krajowego brutto (PKB)).

Średnia oczekiwana długość życia w Polsce szacowana jest przez Organizację Europejskiej Współpracy Gospodarczej (OECD) na 77 lat (81 lat dla kobiet, 73 lata dla mężczyzn) i jest niższa niż średnia krajów OECD (80 lat). Niemcy przewyższają średnią krajów OECD o 1 rok (średnia długość życia w Niemczech wynosi 81 lat), a analizując grupy kobiet i mężczyzn wartości te wynoszą 83 i 78 lat. W 2010 roku przeciętna długość życia w zdrowiu Polaków wynosiła 62,2 lata dla kobiet i 58,5 lat dla mężczyzn. W Niemczech wskaźniki te wyniosły odpowiednio 58,6 oraz 57,9 [1].

Polska charakteryzuje się relatywnie niskim ogólnym współczynnikiem chorobowości dla nowotworów złośliwych w porównaniu z innymi państwami europejskimi (1018,4 dla mężczyzn i 986,1 dla kobiet). Dla Niemiec wskaźniki te osiągają poziom dwukrotnie wyższy: 2100,5 dla mężczyzn i 1726,6 dla kobiet [3].

Znacznie wyższy jest jednak w Polsce poziom umieralności na nowotwory (250,8/100 tys. populacji w porównaniu z 207,5/100 tys. dla Niemiec) [1]. Ważnym wskaźnikiem służącym do porównywania systemów ochrony zdrowia jest również 5-letnia przeżywalność pacjentów onkologicznych. Analizując dostępne dane, dla Polski wskaźniki te wyniosły 48,3% dla kobiet i 38,8% dla mężczyzn. Niemcy charakteryzują się znacznie wyższymi wskaźnikami 5-letniej przeżywalności: 58,8% dla kobiet i 50% dla mężczyzn [4].

W Polsce zaobserwować można również wyższą umieralność z powodu chorób układu krążenia. W 2012 roku wyniosła ona 483,7/100 tys. populacji

w porównaniu ze wskaźnikiem 308,6 charakteryzującym Niemcy [1]. Podobnie – umieralność niemowląt jest w Polsce niemal dwukrotnie wyższa niż w Niemczech (odpowiednio 6,4/1000 żywych urodzeń i 3,9/1000 żywych urodzeń) [5].

W ramach niniejszej analizy porównano także parametry techniczne systemów zdrowotnych w obu krajach. Przykładowo, udział PKB w wydatkach na ochronę zdrowia w Niemczech jest o 4,4% wyższy od udziałów polskiego PKB (6,9%). Liczba szpitali w Niemczech na 100 tys. pacjentów jest dwukrotnie wyższa, ale co ciekawe, już liczba łóżek w polskich szpitalach jest zaledwie o ¼ mniejsza, od liczby łóżek w niemieckich szpitalach [1].

Analiza systemu ochrony zdrowia w Polsce

■ Rys historyczny

System ochrony zdrowia w Polsce swe początki notuje w okresie międzywojennym (1918-1939). Ustawa, która jako jedna z pierwszych dotyczyła ubezpieczenia zdrowotnego, weszła w życie w 1920 roku, a wzorowana była na systemie kas chorych (tzw. model Bismarcka) obowiązujących w Niemczech. Powstałe w Polsce, w roku 1945 Ministerstwo Zdrowia początkowo funkcjonowało na zasadach panujących w okresie przedwojennym. W latach 50. XX wieku polski system zdrowotny zmieniony został na kształt modelu komisarza Siemaszki. Oznacza to, że administracja systemu zdrowotnego, a także całej gospodarki krajowej, została silnie scentralizowana. Kolejne istotne zmiany następowały w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, kiedy to dokonano zespolenia organizacyjnego lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego, tworząc tzw. Zespoły Opieki Zdrowotnej (ZOZ-y) [6].

Po roku 1989, wraz z przejściem z gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej, w życie weszła kolejna ustawa warunkująca funkcjonowanie systemu zdrowotnego w Polsce. W roku 1999 dotychczasowy system opieki zdrowotnej zastąpiono systemem ubezpieceniowym. Powołano 17 kas chorych jako publicznych instytucji ubezpieceniowych oraz jedną kasę branżową dla służb mundurowych. W okresie dalszych przemian kasy chorych zastąpiono monopolistyczną, scentralizowaną instytucją płatnika publicznego pod nazwą Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) [7]. Kolejnym, ważnym etapem przemian było wprowadzenie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Celem kolejnego istotnego dla systemu aktu prawnego – Ustawy o działalności leczniczej, było przekształcenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Ustawa ta stanowi kontynuację wcześniejszych prób skomercjalizowania publicznych szpitali, które miały na celu poprawę zarządzania ich gospodarką finansową oraz redukcję zadłużenia [6].

▪ **Struktura organizacyjna**

Funkcje zarządcze, finansowania oraz nadzoru i kontroli w polskim systemie ochrony zdrowia rozdzielone są pomiędzy Ministerstwo Zdrowia, NFZ oraz samorządy terytorialne [8]. Płatnik publiczny finansuje świadczenia opieki zdrowotnej i kontraktuje je z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Nadzór nad działalnością NFZ sprawuje Ministerstwo Zdrowia (tj. minister właściwy do spraw zdrowia), natomiast nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszu sprawuje Ministerstwo Finansów (tj. minister właściwy do spraw finansów publicznych). Do zadań Ministerstwa Zdrowia należy ponadto wytyczanie kierunków rozwoju polityki zdrowotnej, finansowanie i wdrażanie programów zdrowotnych w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, finansowanie wybranych świadczeń wysokospecjalistycznych i większych inwestycji, dofinansowywanie badań naukowych, a także kształcenie kadr medycznych. Do obowiązków administracji samorządowej w zakresie ochrony zdrowia należy m.in. identyfikowanie potrzeb zdrowotnych swoich mieszkańców, z czym bezpośrednio powiązane jest planowanie podaży świadczeń zdrowotnych, a także działania w zakresie promocji zdrowia [8].

▪ **Finansowanie systemu**

Obecnie społeczne ubezpieczenie zdrowotne obejmuje w przybliżeniu 98% ludności Polski [9]. Pomimo iż zapewnia ono szeroki zakres świadczeń, to udział prywatnych wydatków w całkowitych kosztach ponoszonych na ochronę zdrowia w Polsce z roku na rok wzrasta. Początki trendu wzrostowego widoczne były już we wczesnych latach 90., kiedy to udział publicznych środków zaczął się wyraźnie zmniejszać, a bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia (out-of-pocket payments, OOP) w krótkim okresie (w 2000 r.) osiągnęły poziom 30% ogółu wydatków zdrowotnych [8].

System społecznego ubezpieczenia zdrowotnego pokrywa ponad 70% publicznych bieżących wydatków na ochronę zdrowia [8]. Reszta wydatków na zdrowie finansowana jest kolejno ze źródeł publicznych, tj. budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego, a także z kieszeni obywateli (OOP).

Składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowią główne źródło finansowania świadczeń medycznych w Polsce, których dystrybutorem jest NFZ. W 2009 r. w porównaniu z rokiem 2008 wartość składek wzrosła o 6,5%, w 2010 r. w stosunku do roku 2009 o 2,6%, a w 2011 r. w stosunku do 2010 o 5,6% [10].

▪ **Struktura wydatków na zdrowie**

Ogólne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2011 r., stanowiące sumę wydatków bieżących (ok. 93%) i inwestycyjnych (7% ogółu wydatków) wyniosły 105 mld zł (6,9% PKB). Bieżące wydatki publiczne wyniosły 69,2 mld zł i stanowiły 4,5% PKB (wzrost nominalnie o 5,5% w porównaniu do roku 2010) [11].

Ponad 70% wydatków bieżących stanowiły wydatki NFZ, instytucji rządowych i samorządowych, 29,1% - stanowiły wydatki prywatne (wzrost w stosunku do roku 2010 o 1,3%). W ramach wydatków publicznych 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy udział miały gospodarstwa domowe (82,2%).

Analizując poszczególne funkcje systemu ochrony zdrowia, największe ogólne wydatki w 2011 roku poniesione zostały na leczenie i rehabilitację (55%). W Polsce większość wydatków na hospitalizacje (97%) pokrywana jest ze środków publicznych, a tylko 3% ze środków prywatnych [9]. Wydatki na leki i produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych stanowiły 25% ogółu wydatków na ochronę zdrowia w 2011 roku. Ważną rolę odgrywały również wydatki na inwestycje (7%), długoterminową opiekę pielęgnacyjną (6%), usługi pomocnicze (4%) oraz profilaktykę i zdrowie publiczne (2%). Wydatki związane z administracją stanowiły 1% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia [12].

Biorąc pod uwagę wydatki NFZ na hospitalizacje według Jednorodnych Grup Pacjentów, największą kosztocłonnością w 2009 roku charakteryzowały się: porody (539,5 mln zł), ostre zespoły wieńcowe (leczenie inwazyjne powyżej 3 dni - 499,3 mln zł; leczenie inwazyjne złożone - 398,3 mln zł), angioplastyka wieńcowa z implantacją DES (DES - Drug Eluting Stent – stenty uwalniające lek) (373 mln zł) i kompleksowe leczenie udarów mózgu (356 mln zł) [9].

System współpłacenia za świadczenia zdrowotne w Polsce występuje jedynie w przypadkach: dopłaty do leków, produktów medycznych i środków pomocniczych, jak również świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz niektórych zabiegów i materiałów stomatologicznych [6]. Największą część prywatnych wydatków na zdrowie w Polsce stanowią usługi stomatologiczne (51,3% w 2010 roku), usługi specjalistyczne (29,1%), usługi pomocnicze i ambulatoryjne (7,7%) oraz usługi podstawowej opieki zdrowotnej (7,7%) [9].

▪ Dostęp do produktów leczniczych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego

W Polsce, każdy pacjent posiadający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma także prawo do refundowanych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydawanych na podstawie recepty. Receptę na leki refundowane może wystawić każdy lekarz, lekarz dentyista, felczer będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, lekarz dentyista posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu, z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawienia recepty refundowanych [12].

Ogólne zasady refundacji leków w Polsce określa ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, która weszła w życie w styczniu 2012 roku. Głównym celem wprowadzenia nowych zasad refundacji w polskim systemie ochrony zdrowia było wdrożenie przepisów dyrektywy Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotyczącej przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone dla pacjenta [13].

Zgodnie z zapisami ustawy refundacyjnej [14], refundacji podlegają leki, środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, określone w obwieszczeniach publikowanych przez Ministra Zdrowia. Leki refundowane ujęte w listach refundacyjnych mogą być wydawane bezpłatnie lub posiadać jeden z trzech stopni odpłatności: odpłatność ryczałtową (3,20 zł), odpłatność 30% limitu finansowania bądź odpłatność 50% limitu finansowania, przy czym limitem finansowania jest maksymalna kwota dopłacona przez NFZ za dany lek.

Dodatkowo, pacjentom przebywającym i leczonym w szpitalu leki, których zażywanie wynika ze stanu zdrowia pacjenta powinny być zapewnione przez podmiot leczniczy, w którym przebywa pacjent. Przy

wypisie ze szpitala lekarz powinien wystawić pacjentowi receptę na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej [13].

Wyniki badania wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych pokazują, że leki i artykuły medyczne mają bardzo wysoki udział w strukturze ogólnych wydatków na zdrowie. W 2010 r. stanowiły one ponad 64% średnich miesięcznych wydatków na ochronę zdrowia na osobę i wyniosły 33,7 zł. Co więcej, poziom tych wydatków był istotnie wyższy w miastach niż na wsi i wyższy w większych miastach. Ponad 90% gospodarstw domowych zakupiło leki przepisane przez lekarza, prawie 44% leki zalecane, lecz nieprzepisane przez lekarza, jednocześnie 88,7% gospodarstw nabyło leki z własnej inicjatywy. W tym okresie na zakup medycznych dóbr trwałego użytku (np. okulary korekcyjne, protezy, soczewki kontaktowe, wózki inwalidzkie) gospodarstwa domowe przeciętnie miesięcznie wydawały 3,1 zł/osobę [9].

Analiza systemu ochrony zdrowia w Niemczech

▪ Rys historyczny

Konstytucja Niemiec z 1949 r. w ogóle nie porusza prawa do ochrony zdrowia, jednakże realizację powyższego prawa zapewniają ustawy kreujące niemiecki system zdrowotny. Datuje się, iż system zdrowotny w Niemczech zaczął funkcjonować w marcu 1883 r., kiedy to rząd kanclerza Otto Bismarcka uchwalił ustawę w sprawie ubezpieczenia chorobowego robotników. Ustawa regulowała podstawowe kwestie związane z obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym, które gwarantowało otrzymanie pomocy medycznej w wypadku m.in. macierzyństwa, czy niezdolności do pracy z powodu wypadku przy pracy oraz starości [15].

Do dziś najważniejszą zasadą przeświecającą systemowi zdrowotnemu w Niemczech jest zasada solidaryzmu społecznego. Oznacza ona ponoszenie przez całe społeczeństwo odpowiedzialności za ryzyko związane z wystąpieniem choroby u poszczególnych obywateli kraju.

Instytucjami ubezpieczeniowymi pośredniczącymi między państwem a świadczeniodawcami i ubezpieczonymi w Niemczech, były i są do dnia dzisiejszego, kasy chorych [15]. W ramach składek płaconych do kas chorych przez poszczególnych obywateli organizowana jest opieka zdrowotna i świadczone są usługi medyczne.

▪ **Struktura organizacyjna**

Model systemu zdrowotnego w Niemczech opiera się na czterech ogniskach łańcucha systemu. Podstawowym elementem ustawowej opieki zdrowotnej jest centralny Fundusz Zdrowia (niem. Gesundheitsfonds). W systemie funkcjonują także ustawowe kasy chorych finansujące świadczenia medyczne oferowane przez świadczeniodawców funkcjonujących w ramach poszczególnych podmiotów leczniczych. Świadczenia medyczne trafiają do świadczeniobiorców, czyli 70 milionowego społeczeństwa Niemiec. Według danych, 90% mieszkańców Niemiec posiada ubezpieczenie publiczne, pozostałe 10% obywateli ubezpiecza się prywatnie [15].

W Niemczech obowiązuje model zdecentralizowanego systemu zdrowotnego, który oparty jest na autonomicznych strukturach. Do nich zaliczamy m.in. kasy chorych, związki kas chorych, izby lekarskie, związki lekarzy kasowych, związki szpitali, a także związki innych interesariuszy działających na rynku zdrowotnym. Wymienione instytucje w świetle niemieckiego prawa są podmiotami publicznymi, funkcjonującymi na zasadach non profit [16].

Obywatele Niemiec mają do wyboru dwa rodzaje ubezpieczenia zdrowotnego – publiczne oraz prywatne. Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) oferuje publiczne kasy chorych w oparciu o zasady funkcjonowania i finansowania systemu opieki zdrowotnej ustalone przez dokumenty rządowe [15]. Opcjonalnie możliwe jest wykupienie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (Private Krankenversicherung, PKV), oferowanego przede wszystkim osobom o wyższym statusie materialnym, zarabiającym rocznie powyżej 53.550 Euro brutto [17].

Ochrona zdrowia w Niemczech finansowana jest głównie ze składek ubezpieczonych obywateli, które zbierane są przez organ centralny i w dalszej kolejności przekazywane kasom chorych. Drugim komponentem finansującym są środki z budżetu państwa.

Wysokość składki zdrowotnej od 1 stycznia 2015 roku wynosi 14,6% dochodu brutto osoby ubezpieczonej, która płacona jest przez pracownika i pracodawcę [18]. W ustawowej kasie chorych płaci się składkę zależną wyłącznie od dochodu ubezpieczonego – nie są to więc „prawdziwe ubezpieczenia”, w ramach których składka zależy np. od wieku, płci i stanu zdrowia klienta (tak jest w przypadku ubezpieczeń prywatnych).

▪ **Finansowanie systemu**

Ramy prawne obowiązującego obecnie sposobu finansowania niemieckiego systemu zdrowotnego warunkuje ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym z 2007 roku. Od tej pory każdy obywatel Niemiec podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek choroby. Możliwe jest ubezpieczenie w ustawowej kasie chorych lub prywatnie [15].

W Niemczech ochrona zdrowia finansowana jest ze zdywersyfikowanych źródeł. Są to obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, budżet państwa, ubezpieczenia dobrowolne, a także bezpośrednia odpłatność pacjentów. 70% budżetu na ochronę zdrowia pochodzi ze składek ubezpieczenia publicznego, ok. 13% są to wpływy z ubezpieczeń prywatnych, 9% stanowią wydatki prywatne z własnej kieszeni obywateli. Pozostałą część finansuje budżet państwa [15].

Dobrym rozwiązaniem systemowym jest w Niemczech dualny system finansowania szpitali, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Finansowanie szpitali uwzględniane jest w planach budżetowych poszczególnych landów, które pokrywają koszty ogólne funkcjonowania tego rodzaju podmiotów leczniczych. Natomiast koszty operacyjne działalności finansowane są przez kasy chorych oraz same szpitale. W sektorze szpitalnictwa funkcjonują trzy typy szpitali: publiczne, non profit oraz prywatne for profit [19].

▪ **Struktura wydatków na zdrowie**

Poziom nakładów na opiekę zdrowotną w Niemczech jest jednym z najwyższych wśród wszystkich krajów Unii Europejskiej. Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w 2012 r. wynosiły 11,3% produktu krajowego brutto, co odpowiada 320662 mln USD wyrażone w parytecie siły nabywczej. W porównaniu z rokiem 2000 r. całkowite wydatki na opiekę zdrowotną wzrosły o 0,9% PKB w stosunku do roku 2000. Wydatki zdrowotne w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2012 r. wynosiły 4811 dolarów amerykańskich i były wyższe o 2130 USD w porównaniu z rokiem 2000. Wydatki na leki w przeliczeniu na jednego mieszkańca w roku 2012 wyniosły 668 USD i stanowiły 14,4% całkowitych wydatków na zdrowie w Niemczech. Procent wydatków publicznych w niemieckim systemie opieki zdrowotnej wyniósł 76,7%, natomiast wydatków z kieszeni pacjenta, tzw. out-of-pocket – 13% [20].

Podsumowując, udział PKB w wydatkach na ochronę zdrowia w Niemczech wynosi 11,3%. Dzięki wysokim nakładom finansowym, dobrym inwestycjom

w sektor ochrony zdrowia oraz bardzo dobrej dostępności świadczeń zdrowotnych średnia długość życia w Niemczech wynosi prawie 81 lat.

▪ **Dostęp do produktów leczniczych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego**

W Niemczech istnieją mechanizmy kontroli efektywności terapii oraz ograniczania wydatków na refundację leków przez publiczne fundusze ubezpieczenia zdrowotnego. Ciałem o szerokich kompetencjach w tym zakresie jest Wspólna Komisja Federalna (Gemeinsamer Bundesausschuss, GBA) nadzorowana przez ministra zdrowia, w skład której wchodzi przedstawiciele organizacji reprezentujących publiczne fundusze ubezpieczenia zdrowotnego, lekarze ubezpieczenia zdrowotnego i szpitale. Funkcje pomocnicze wobec GBA pełni utworzony przez nią Instytut Jakości i Ekonomiki w Ochronie Zdrowia (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), który weryfikuje efektywność kosztową leku na podstawie kryteriów takich jak: poprawa stanu zdrowia pacjenta, eliminacja niechcianych działań niepożądanych, skrócenie czasu trwania choroby, wydłużenie średniej długości życia czy poprawa jakości życia [21].

Niemiecki system zdrowotny dopuszcza odpłatność za leki na receptę w wysokości 10% ceny, jednak nie mniej niż 5 EUR i nie więcej niż 10 EUR. Powyższe opłaty nie obowiązują dzieci i młodzieży do 18 roku życia oraz kobiet w ciąży. Pacjent jest natomiast zobowiązany do przedstawienia wymaganych dokumentów. Jeśli nie dopełni tego obowiązku zostanie obciążony pełnymi kosztami leczenia, a wystawione mu recepty będą realizowane przez apteki za pełną odpłatnością. Wówczas nie obowiązuje także system dopłat [22].

Pacjent przebywający w szpitalu otrzymuje niezbędne produkty lecznicze w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Leki rozliczane są z płatnikiem za pomocą systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (DRG – Diagnose Related Groups) [23].

Podsumowanie

Niemiecka opieka zdrowotna uważana jest za jedną z najlepszych, choć równocześnie jedną z najdroższych na świecie. Rozległa sieć szpitali i obsługi medycznej dociera nawet do najdalszych zakątków kraju. Placówki medyczne dysponują najnowszym sprzętem, a podstawowe ubezpieczenie zapewnia niemal pełen zwrot

kosztów za leczenie i lekarstwa. Prawie każdy obywatel Niemiec ma dostęp do opieki zdrowotnej, niezależnie od dochodów i statusu społecznego. Z drugiej jednak strony, należy podkreślić, że koszty leczenia są bardzo wysokie. Opłaty za opiekę zdrowotną – wizyty u lekarzy, pobyt w szpitalu i nawet leki – należą do najwyższych na świecie. Każdy rodzaj opieki, nawet pierwsza pomoc, opłacany jest przez chorego lub z jego ubezpieczenia. Opieka zdrowotna w Niemczech charakteryzuje się bardzo dużą dostępnością. Wynika to zarówno z bardzo dużej liczby, jak i z rozbudowanej bazy szpitalnej. Istniejące czynniki motywacyjne, takie jak opłata za usługę w opiece otwartej i opłata za osobodzień, stymulują dużą podaż usług ambulatoryjnych oraz długie pobyty szpitalne. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w stosunku do produktu krajowego brutto w ostatnich latach wynoszą ok. 11%, co sytuuje Niemcy na czwartym miejscu na świecie po Stanach Zjednoczonych, Holandii i Szwajcarii [24].

Dwukrotnie większa liczba mieszkańców w Niemczech niż w Polsce, wyjaśnia dużo wyższą wartość niemieckiego PKB (3.414 mld USD) oraz całkowitych wydatków na ochronę zdrowie (253 biliony EUR) [20]. Ponad 12-krotnie wyższe dofinansowanie sektora ochrony zdrowia w Niemczech niż w Polsce, powoduje większą dostępność usług o wyższym standardzie, a także bardziej nowoczesną aparaturę medyczną i świadczenia hotelowe oferowane w szpitalu. Ponadto, 3-krotnie większe wydatki na ochronę zdrowia na osobę w Niemczech niż w Polsce sprawiają, iż pacjenci otrzymują opiekę zdrowotną na znacznie wyższym poziomie, co z kolei przyczynia się do zwiększenia konkurencji między placówkami medycznymi, która przyczynia się do jeszcze wyższego podniesienia standardów leczenia, a tym samym do poprawy opieki nad pacjentem.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Magdalena Mińko

Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

☎ (+48 22) 629 02 43

✉ mminko@onet.eu

Piśmiennictwo

1. Dane OECD, <http://www.oecd.org/health/>, [dostęp: 12.08.2015].
2. Euro Health Consumer Index 2015, http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf, [dostęp 17.02.2016].
3. Dane European Cancer Observatory, <http://eco.iarc.fr/>, [dostęp 12.08.2015].
4. Ferlay J., Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2010; 46(4): 765-781.
5. Dane CDC, <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db23.pdf> [dostęp: 12.08.2015].
6. Zarys systemu ochrony zdrowia – POLSKA 2012. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia, European Observatory on Health Systems and Policies; 2012. http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/08/HiT_Polska_2012_z_okladka_automatyczny_spis_tresci.pdf, [dostęp: 24.02.2016].
7. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391, <http://isap.sejm.gov.pl/> [dostęp: 24.02.2016].
8. Sobczak A. Ocena polskiego systemu ochrony zdrowia, akademia.nfz.gov.pl [dostęp 21.08.2014].
9. Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce. <http://www.e-finance.com/artykuly/56.pdf>, [dostęp 17.02.2016].
10. Wojtyniak G, Goryński P, Moskalewicz B (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2012. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sytuacja_zdrowotna_w_polsce_fakty_14032013.pdf, [dostęp: 24.02.2016].
11. Główny Urząd Statystyczny. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2011.pdf, [dostęp: 24.02.2016].
12. Tyszkowski R (red.). Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Warszawa: NFZ; 2012. http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/10/1/vademecum_2012_09_25.pdf, [dostęp: 24.02.2016].
13. Dyrektywa Rady z dnia 21 grudnia 1988 r. dotycząca przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (89/105/EWG). <http://ec.europa.eu/enlargement/ccvista/pl/3198910105-pl.doc>, [dostęp: 24.02.2016].
14. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696 ze zm. <http://isap.sejm.gov.pl/> [dostęp: 24.02.2016].
15. Finansowanie Niemieckiego Systemu Opieki Zdrowotnej. Warszawa: Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, Dział Analiz i Opracowań Tematycznych; 2010. <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/106/plik/ot-594.pdf> [dostęp: 24.02.2016].
16. Raport podsumowujący ocenę merytoryczną projektów z sektora ochrony zdrowia w celu wyboru projektu pilotażowego do realizacji w formule partnerstwa publiczno-prywatnego. Warszawa: Platforma Partnerstwa Publiczno-Prywatnego; 2013. https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/2013_11_18_Raport_nabor_zdrowie.pdf, [dostęp: 24.02.2016].
17. PKV: Versicherungspflichtgrenze fuer 2014 auf 53.550 Euro erhoeht, PKV 2014, <http://www.arbeitsgemeinschaft-private-krankenversicherung.org/pkv-versicherungspflichtgrenze-fuer-2014-auf-53-550-euro-erhoeht/>, [dostęp: 05.09.2014].
18. Składki, AOK 2015. <https://www.aok.pl/skladki-318.php> [dostęp: 17.02.2016].
19. Hibner E. Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia. Łódź: WSH-E; 2003.
20. OECD Health Statistics 2014 How does Germany compare? OECD 2014. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GERMANY-2014.pdf>, [dostęp: 05.09.2014].
21. Rynek Zdrowia, Niemcy i Włochy dwa różne modele refundacji leków. <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Niemcy-i-Wlochy-dwa-rozne-modele-refundacji-lekow,51647.html>, [dostęp: 05.09.2014].
22. Narodowy Fundusz Zdrowia, Leki w państwach UEFTA. http://www.nfz-szczecin.pl/leki_w_panstwach_uefta.htm, [dostęp: 05.09.2014].
23. Wierzbicka A. Nowy system rozliczeń z płatnikami w Niemczech. *Menedżer Zdrowia*. 2009;1:48-52.
24. OECD, Health Expenditure. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>, [17.02.2016].