

## SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIEMCZECH

### Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej

Opieka zdrowotna w Niemczech jest w zasadniczej części finansowana przez obywatelki i obywateli uiszczających składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także przez pracodawców opłacających składki obowiązkowe. Budżet jest uzupełniany przez środki pochodzące z podatków i środki zapewniane przez kraje związkowe. Pieniądze te przeznaczone są przykładowo na prace renowacyjne albo rozbudowę szpitali. Poszczególne kraje związkowe, w tym także kraj związkowy Berlin, pracują w oparciu o program rozwoju szpitalnictwa, w którym ustalane są potrzeby oraz wysokość środków pomocowych.

### System ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech

Obywatele Niemiec są objęci obowiązkiem odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Istnieją dwa rodzaje tego ubezpieczenia: około 90% osób korzysta z ubezpieczenia państwowego, a ok. 10% z prywatnego. Pacjent posiadający ubezpieczenie państwowe na przykład przy przyjęciu do szpitala nie musi wpłacać zaliczki na poczet kosztów leczenia. Szpital świadczy usługi medyczne, a następnie rozlicza je z kasą chorych konkretnego pacjenta. Tylko opcjonalne usługi wybierane przez pacjentów dodatkowo, wykraczające poza zakres koniecznej opieki medycznej (jak na przykład leczenie przez ordynatora, pokój pojedynczy czy wyższy standard pokoju) są opłacane przez samego pacjenta. Osoby objęte ubezpieczeniem prywatnym po zakończeniu leczenia otrzymują rachunek, który następnie opłacają, a uiszczonych kosztów dochodzą od swojego towarzystwa ubezpieczeniowego. Prywatne ubezpieczalnie niekiedy same ponoszą koszty za usługi opcjonalne, w związku z czym opłaty należne z tytułu leczenia przez ordynatora czy zakwaterowania w pojedynczym pokoju w ogóle nie obciążają pacjentów.

### Niemiecki system opieki zdrowotnej w perspektywie porównawczej

Zgodnie z badaniami OECD w porównaniu międzynarodowym niemiecki system opieki zdrowotnej wypada dobrze. Czas oczekiwania pacjentów jest krótki, a liczba lekarzy i łóżek szpitalnych w odniesieniu do całkowitej populacji znajduje się na ponadprzeciętnie wysokim poziomie. Badania porównawcze prowadzone przez OECD wykazały ponadto, że liczba personelu pielęgniarskiego także jest wyższa od przeciętnej. Jeśli chodzi o leczenie ambulatoryjne, niemieccy pacjenci ponadprzeciętnie dobrze oceniają czas, jaki lekarze poświęcają na konsultacje, ich potencjalne pytania i objaśnienie diagnozy oraz leczenia.

### **Szczególne aspekty niemieckiego systemu opieki zdrowotnej**

Niemiecki system opieki zdrowotnej ma zdecentralizowaną strukturę i opiera się na zasadzie samorządności. Wprawdzie to władza krajowa określa najistotniejsze warunki ramowe opieki medycznej, jednak sama organizacja i finansowanie spoczywają w rękach przedstawicieli lekarzy, szpitali, kas chorych oraz ubezpieczonych. Wspólnie tworzą oni tak zwaną Wspólną Komisję Federalną (Gemeinsamer Bundesausschuss), która między innymi decyduje o tym, jakie świadczenia będą opłacane przez ubezpieczalnie, a także o tym, jakie działania z zakresu zapewnienia jakości opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej należy wdrożyć do systemu opieki zdrowotnej.

### **Zapewnianie jakości w niemieckich szpitalach i gabinetach lekarskich**

Regulacje dotyczące wykonywania zawodu lekarza wymagają regularnego doształcania się, tak aby lekarz zawsze był w stanie otoczyć pacjenta opieką zgodną z aktualnymi, uznawanymi standardami. Oprócz tego gabinety lekarskie i szpitale podlegają dodatkowym wymogom z zakresu zapewnienia jakości: Szpitale są zobowiązane do sporządzania i publikowania ustrukturyzowanego raportu dotyczącego zapewnienia jakości – ma to miejsce co dwa lata. Ponadto szpitale mają obowiązek przekazać dane dotyczące leczenia medycznego do niezależnego instytutu (IQTIG – Niemieckiego Instytutu Zapewnienia Jakości i Transparentności w Systemie Opieki Zdrowotnej), który kontroluje te informacje pod kątem ewentualnych nieprawidłowości, kierując się przy tym rygorystycznymi kryteriami.

Także gabinety lekarskie są objęte obowiązkiem wdrożenia systemu zapewniania jakości. Zgodność z przepisami jest kontrolowana wrywkowo przez zrzeszenia lekarzy pracujących w państwowym systemie opieki zdrowotnej poszczególnych krajów związkowych, a wyniki tej kontroli są następnie publikowane. Dalej idące certyfikacje, na które dobrowolnie decyduje się wiele szpitali, z reguły nie są spotykane w przypadku gabinetów lekarskich.

### **System rozliczeń w niemieckim systemie opieki zdrowotnej**

Koszty terapii medycznej w Niemczech określa się w oparciu o wiążące katalogi: tak zwane Rozporządzenie o wysokości opłat za badania lekarskie (GOÄ) stosowane jest w przypadku leczenia ambulatoryjnego albo zażądanego dodatkowo leczenia prowadzonego przez ordynatora w ramach stacjonarnego pobytu. Opłaty są jednolite i mają wiążący charakter, co oznacza, że żaden lekarz z prawem wykonywania zawodu nie może obliczać należnego wynagrodzenia w oparciu o własne kryteria.

W tak zwanym katalogu DRG (Diagnosis Related Groups) określono koszty pobytów stacjonarnych w szpitalach. Oblicza się je w oparciu o postawioną diagnozę i terapię rekomendowaną w konkretnym przypadku. Wyższe koszty mogą zostać naliczone w przypadku wyboru dodatkowych usług, takich jak leczenie prowadzone przez ordynatora czy zakwaterowanie w pokoju pojedynczym albo pokoju o podwyższonym standardzie. Dodatkowe koszty zostają naliczone także wówczas, kiedy pacjent zdecyduje się na skorzystanie z dodatkowych usług



pozamedycznych, takich jak transfer z lotniska czy opieka tłumacza ustnego.

Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej [www.berlin-health-excellence.com](http://www.berlin-health-excellence.com)