

PROBLEMY I REFORMY NIEMIECKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Grzegorz Byszewski

Warszawa

WPROWADZENIE

System opieki zdrowotnej w Niemczech składa się z dwóch części. Pierwsza, zwana *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), to system państwowy oparty na rozwiązaniach ustawy systemowej, zawartej w *Sozialgesetzbuch* – ustawie regulującej wszystkie systemy socjalne. W części V tej ustawy opisano zasady i sposoby funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Druga część zwana jest *Privatkrankenversicherung* (PKV). To system prywatny funkcjonujący na podstawie ustawy regulującej systemy ubezpieczeń

oferowanych przez prywatne przedsiębiorstwa na terenie Niemiec. W obu systemach płatnikami (czyli podmiotami zarządzającymi składką ubezpieczonych) są kasy chorych.

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA SYSTEMU

System niemiecki jest jednym z najlepiej funkcjonujących i najstabilniejszych systemów zdrowotnych. Na podstawie najnowszych danych OECD¹ wynika, iż należy on do czterech najdroższych systemów na świecie (po Stanach Zjednoczonych, Szwajcarii oraz Francji). Według tych danych udział wydatków

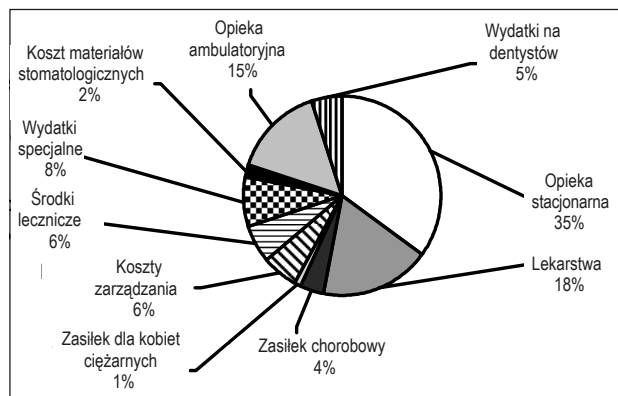
na służbę zdrowia w PKB w 2006 r. wynosił 10,6% (w analogicznym okresie w Polsce wysokość ta kształtowała się na poziomie 6,2% i była stabilna. Wśród 30 państw OECD ujętych w tej statystyce tylko Turcja miała niższy udział tych wydatków niż Polska).

Ciekawe wnioski można wysnuć z analizy wydatków na leczenie, w tym na służbę zdrowia w zależności od źródła pochodzenia środków (budżetowe czy prywatne). OECD wylicza, iż wynoszą one w Niemczech odpowiednio 8,1% i 2,4% (w Polsce 4,3% i 1,9%). Wynika z tego, że system polski jest dla ubezpieczonego znacznie droższy. Obywatel niemiecki pokrywa z własnego budżetu tylko około 30% kosztów leczenia (wizyta u lekarza, dodatkowe badania, koszt leków), zaś polski – około 40%. Obywatel polski musi zatem w najwyższym stopniu partycypować w kosztach systemu.

Wracając do charakterystyki systemu niemieckiego, warto przywołać konieczność wnoszenia dopłat bezpośrednio przez ubezpieczonych (które od wprowadzenia pierwszych ustaw tłumiących rosnące wydatki (*Kostendämpfungsgesetz*) w latach 1962–1975 sukcesywnie zwiększającą swoją wartość). System niemiecki charakteryzuje zróżnicowana wysokość składek odprowadzanych przez pracowników oraz pracodawców na rzecz ubezpieczycieli. Jest ona różna i zależy od przynależności do kasy chorych, które mogą same ustalać ich wysokość. Obecnie składka kształtuje się na poziomie średnio 13,8% (różnica między najdroższą a najtańszą kasą wynosi 4,7%)².

Strukturę wydatków systemu niemieckiego według danych Ministerstwa Zdrowia prezentuje wykres 1.

Wykres 1. Udział wydatków niemieckiego systemu opieki zdrowotnej na poszczególne rodzaje świadczeń w % (2005 r.)



Źródło: Niemieckie Ministerstwo Zdrowia.

Uwagę zwraca wysoki procent wydatków ponoszonych na administrację. Tłumaczy się to koniecznością utrzymania obsługi ponad 200 kas chorych, funkcjonujących na terenie całych Niemiec. Pozostałe pozycje wydatków wydają się być charakterystyczne i analogiczne do innych systemów.

W systemie niemieckim podkreśla się stabilność oraz ciągłość funkcjonowania rozwiązań. Ministerstwo, argumentując konieczność wprowadzenia reformy systemu przypomina, że będzie ona pierwszą od wielu lat (poza podwyższaniem wysokości dopłat lub wyłączeniem świadczeń). Podkreśla też, że jej wprowadzenie jest podyktowane zmianami społeczno-ekonomicznymi, demograficznymi oraz postępującym rozwarstwieniem społecznym.

PROBLEMY NIEMIECKIEGO SYSTEMU³

Niemiecki system opieki zdrowotnej nie jest pozbawiony wad i problemów, które wymagają szybkiego rozwiązania.

Spółeczeństwo niemieckie jest podzielone na dwie kategorie: na osoby ubezpieczone w PKV oraz w GKV⁴. Z pewnością zauważana jest istotna różnica w jakości i szybkości zapewniania świadczeń pacjentom ubezpieczonym w systemach prywatnym i państwowym. Wynika to z tego, iż bogatsi prywatni płatnicy są w stanie za analogiczne świadczenie zapłacić więcej, jeśli będzie miało ono „wyższą jakość”, co podniesie zadowolenie beneficjentów. W związku z tym podmioty udzielające świadczeń wykorzystują tę sytuację i doposażają gabinety lekarskie, aby móc w trakcie zwykłej wizyty wykonać dodatkowe badania (np. mikroskopowe, proste laboratoryjne). W ten sposób pozyskują pacjentów systemu prywatnego, a także podwyższają koszt usługi.

Ponadto zauważa się proceder otrzymywania miejsc poza kolejką przez pacjentów „prywatnych” oraz tworzenia dla nich odrębnych, nowoczesnych oddziałów szpitali, w których skupiają się najlepsi eksperci. Wywołuje to dyskusję społeczną oraz stawia pod znakiem zapytania moralność istniejących rozwiązań. K. Lauterbach, specjalista ds. zdrowia w Bundestagu, podkreśla niesprawiedliwość ograniczenia solidarności w systemie zdrowia, na czym tracą najbardziej osoby klasy średniej i niższej.

W tabeli 1 zamieszczono wysokość zarobków lekarzy w zależności od specjalizacji oraz współpracy z kasą prywatną. Analiza danych w niej zawartych pokazuje, że zarobki lekarzy w prywatnych kasach są znacznie wyższe.

Tabela 1. Zestawienie dochodów lekarzy pracujących w GKV oraz w PKV

Specjalność	Lekarze obsługujący tylko pacjentów GKV	Lekarze obsługujący pacjentów GKV i PKV
	średnie zarobki roczne w euro	
Lekarz pierwszego kontaktu	78 000	93 000
Chirurg	65 000	97 000
Dermatolog	58 000	80 000

Źródło: www.medizinauskunft.de [dostęp 10.08.2008].

Prywatne kasy chorych oferują znacznie wyższe wynagrodzenie za analogiczne usługi lub świadczenia. Nie należy zatem przypuszczać, iż w najbliższym czasie stan zróżnicowania społecznego ulegnie znacznemu zmniejszeniu. W trakcie rozmowy z lekarzem pracującym w szpitalu klinicznym uniwersytetu w Kolonii (Uni Klinikum) usłyszałem, iż pacjentów „prywatnych” nazywa się *weiche eier* – co w bezpośrednim tłumaczeniu oznacza *miękkie jajka* i doskonale obrazuje sposób podejścia do nich.

Kolejny problem odnosi się do historycznego podziału państwa na część wschodnią i zachodnią. Mimo że Niemcy od ponad 18 lat są zjednoczone, do dziś jest widoczny niższy rozwój gospodarczy części wschodniej. Rezultatem tego jest znaczne zróżnicowanie wysokości pensji wśród środowiska medycznego, co przekłada się na migrację lekarzy do części zachodniej. Powoduje to permanentne niedobory kadrowe w części wschodniej, powodujące problemy z zapewnieniem podstawowej opieki zdro-

wotnej i zabezpieczenia wykonywalności świadczeń. Jak donosiły media (np. NDR Fernsehen), w niektórych miejscowościach jest np. tylko jeden okulista i czas oczekiwania na wizytę wynosi ponad pół roku. Odpowiedzią na problem migracji i zróżnicowania przestrzennego zarobków w Niemczech jest wielka reforma systemu przewidziana na lata 2007–2011. Zostanie ona opisana szczegółowo w kolejnej części artykułu.

Warto dodać, iż jednym ze sposobów na doraźne zapełnienie braków kadrowych w szpitalach we wschodnich landach jest aktywna kampania prowadzona na uczelniach medycznych w Polsce.

Problemem systemu niemieckiego jest wysoki koszt jego funkcjonowania, przy jednocześniej nie wyższej niż średnia europejska jakości świadczonych usług. W dyskusji publicznej podnosi się pilność rozwiązania tego problemu, akcentując konieczność podniesienia jakości świadczeń. Także to zagadnienie zostało objęte reformą wchodzącą w życie 2009 r.

Zaznacza się także, że duża liczba funkcjonujących kas chorych jest elementem podwyższającym koszty funkcjonowania systemu. Z jednej strony zwiększa to konkurencję, ale podwyższa również niezbędne koszty administracyjne oraz ilość środków przeznaczanych na reklamę. Zaznacza się, że koszty „aktywnej konkurencji” (środków wydawanych na reklamę kas chorych) rosną z roku na rok. Oznacza to, iż coraz mniej pieniędzy przeznaczanych jest na leczenie. Jako rozwiązanie postuluje się umożliwienie czy wręcz wspieranie konsolidacji kas.

Demografowie alarmują o zagrożeniach dla systemu zdrowia, wynikających ze starzenia się społeczeństwa. Zwiększająca się liczba osób starszych stawia nowe wyzwania przed systemem. Jest to przede wszystkim konieczność opieki nad coraz większą liczbą osób w starszym wieku oraz w związku z tym rosnącymi kosztami.

W Niemczech nie ma bezpośredniego obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Szacuje się, że około 200–300 tys. obywateli nie ma żadnego tytułu do świadczeń. Osoby takie mają obowiązek samodzielnie płacić za wykonane świadczenia. Jeśli są to osoby biedne, ale nie korzystające z żadnych świadczeń socjalnych, mają one obowiązek przed każdą konieczną wizytą medyczną otrzymać zgodę gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania, która w ten sposób zobowiązuje się do pokrycia kosztów leczenia. Rozwiązanie to powoduje dodatkowe obciążenie finansowe biedniejszych gmin.

PAKIET REFORM SYSTEMU ZDROWOTNEGO DIE GESUNDHEITSREFORM 2007

Rząd pod przewodnictwem Angeli Merkel podjął trud rozwiązania problemów nękających niemiecki system opieki zdrowotnej, przedstawiając pakiet reform systemu nazwany *Die Gesundheitsreform 2007*. Obejmuje on szereg zmian wprowadzanych w latach 2007–2011 w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Mają one podnieść jakość opieki zdrowotnej, uczynić system bardziej transparentnym oraz zwiększyć konkurencję wewnątrz podmiotów funkcjonujących w systemie.

Ponadto reforma ma zmniejszyć biurokrację oraz uczynić ubezpieczonego aktywnym członkiem systemu, poprzez zwiększenie możliwości jego osobistych wyborów oraz decyzji dotyczących ubezpieczenia.

Najważniejsza i najbardziej dyskusyjna część tej reformy weszła w życie 1 stycznia 2009 r.

Die Gesundheitsreform 2007 jest pakietem reform podzielonym na etapy, które będą wprowadzane w latach 2007–2011. Na stronie internetowej niemieckiego Ministerstwa Zdrowia można znaleźć całościowy harmonogram wprowadzania reformy wraz z opisem końcowego celu i uargumentowanymi przyczynami konieczności wejścia jej w życie oraz zaznaczeniem, co zmieni się dla przeciętnego ubezpieczonego.

Reforma do dziś budzi wiele emocji oraz dyskusji politycznych w wielu środowiskach. Politycy i eksperci spierają się o przypuszczalne rezultaty końcowe. Istotne jest jednak, że jest ona wprowadzana z wyprzedzeniem czasowym, pozwalając zarówno ubezpieczonym, jak i podmiotom funkcjonującym w systemie dostosować się do nowej rzeczywistości prawnej.

Reforma z 2007 r. opiera się na czterech głównych filarach. Obejmują one:

- 1) wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia,
- 2) reformę struktury organizacyjnej systemu,
- 3) zmianę sposobu finansowania systemu,
- 4) reformę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Pierwszą i najważniejszą zmianą jest wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia dla wszystkich obywateli Niemiec. Zapis ten wszedł w życie 1 stycznia 2009 r. i objął całe społeczeństwo.

Pierwszy etap reformy został wprowadzony 1 kwietnia 2007 r. i dotyczył obowiązkowego ubezpieczenia w systemie ustawowym. Objął on osoby, które w momencie wprowadzania reformy nie posiadały tytułu, a wcześniej były jego członkami. Obowiązek ubezpieczenia tej osoby musiała przejąć ta kasa, do której odprowadzał on ostatnio składkę lub był jej członkiem na zasadzie bycia osobą ubezpieczoną na podstawie innego tytułu. Zmiana ta gwarantuje, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia, ubezpieczony automatycznie odzyskuje poprzedni tytuł do ubezpieczenia, czyli *de facto* odpowiedzialność przejmuje kasa chorych, w której wcześniej był ubezpieczony.

Ponadto zagwarantowano osobom, które spełniają przewidziane ustawą warunki do uczestnictwa w systemie prywatnym, a zostały przyporządkowane do uczestnictwa w systemie państwowym, możliwość zmiany ubezpieczyciela od 1 lipca 2007 r. W odwrotnym przypadku, kiedy osoba na podstawie ostatniego tytułu znajdzie się w systemie prywatnym, zostanie mu zaoferowana taryfa podstawowa.

Zauważa się, że zapisy te są rzeczywistym odzwierciedleniem idei zagwarantowania wszystkim obywatelom dostępu do świadczeń medycznych.

W działaniach reformatorskich zaplanowano poszerzenie katalogu świadczeń w tych obszarach, gdzie jest to niezbędne. Zmiany te wprowadzono już od 1 kwietnia 2007 r. Na ich mocy zostały rozszerzone zadania oddziałów opieki ambulatoryjnej w szpitalach, których zadaniem jest zapewnienie jak najlepszej opieki osobom przewlekle chorym, wymagającym specjalistycznej pomocy (chorzy na AIDS lub raka). Ponadto wsparto oddziały opieki paliatywnej poprzez utworzenie *Palliativ Care Team*, składających się z lekarza oraz opiekuna. Zwiększono także budżetowe finansowanie w tych ośrodkach.

Rozszerzony został również zakres finansowania rehabilitacji osób starszych. Jest to bezpośrednia od-

powieź na przemiany demograficzne i starzejące się społeczeństwo. Prawo do bezpłatnej rehabilitacji ma pomóc osobom starszym w szybszym powrocie po wypadkach i chorobach do aktywnego uczestnictwa w społeczeństwie.

Wprowadzono również prawo do bezpłatnej opieki domowej. To działanie skierowano głównie do osób starszych, które mieszkają w różnych formach wspólnot mieszkaniowych, np. domach starców. Oznacza to, że mieszkaniec takiej wspólnoty będzie miał takie samo prawo do opieki medycznej finansowanej przez budżet, jak osoba mieszkająca w prywatnym mieszkaniu.

Reforma wprowadziła także rozszerzony katalog szczepień oraz obowiązek leczenia matki z dzieckiem, które będzie w pełni finansowane przez kasę chorych.

Rozwiązania wprowadzone przez reformę zakładały wzmocnienie konkurencyjności między kasami chorych. Otwarto dla wszystkich ubezpieczonych kasę *Knappschaft* oraz umożliwiono kasom dokonywanie fuzji. Dopuszczono także oferowanie ubezpieczonym różnych taryf lub modeli ubezpieczenia. Zmiany te budzą wiele kontrowersji, gdyż powodują osłabienie zasady solidarności także w systemie ustawowym. Kasy chorych mają możliwość oferowania taryfy opierającej się głównie na leczeniu w domu lub na zwrocie kosztów udzielonych świadczeń. Wprowadzono także możliwość wynagradzania pacjentów, którzy będą się zachowywać zgodnie z oczekiwaniami kas chorych. Zmiana ta ma premiować osoby dbające o swoje zdrowie, stosujące środki zapobiegania chorobom lub w przypadku choroby korzystające optymalnie ze służby zdrowia.

Kasy chorych rozpoczęły już oferowanie zwrotu części kosztów poniesionych na ubezpieczenie zdrowotne, bonów premiowych wymiennych na aktywności wspierające zdrowie lub nawet programów partnerskich, w ramach których będzie można za zachowania prozdrowotne uzyskać bezpłatną naprawę np. samochodu.

Obecnie jako czynniki premiowane wymienia się:

- regularne wykonywanie kontroli stanu zdrowia po osiągnięciu 35 lat,
- regularne badania mające na celu wczesne wykrycie raka (kobiety od 20. roku życia, a mężczyźni od 45. roku życia),
- regularna kontrola stanu uzębienia oraz stanu szczepień,
- niepalenie,
- zachowanie odpowiedniego wskaźnika *Body-Mass-Index* (premiowany odchył wskaźnika wynosi 18–27),
- regularne uprawianie sportu w fitness studiach lub związkach sportowych,
- uczęszczanie na kursy prozdrowotne (np. nauka samodzielnego trenowania, kurs zachowania zdrowia pleców).

Ponadto zauważa się, że część z tych aktywności, jeśli ubezpieczony zachowa odpowiednią frekwencję, zostanie w znacznej większości opłaconą przez kasę chorych. Jest to traktowane jako zabieg marketingowy, mający zachęcić obywateli do zmiany ubezpieczyciela. Jest także aktywnym wspieraniem zdrowego stylu życia, co ma w długiej perspektywie zmniejszyć wydatki kas.

W ramach reformowania systemu zdecydowano się na uproszczenie procesu rozliczania się kas chorych, zmniejszono ilość koniecznej dokumentacji,

starając się w ten sposób odbiurokratyzować system licząc, iż zmniejszy to koszty zarządzania. Od 1 stycznia 2008 r. wprowadzono jeden związek kas chorych zamiast dotychczasowych siedmiu. Reprezentuje on ubezpieczenie ustawowe na poziomie landów (województw) oraz zajmuje się regulacjami mającymi na celu podwyższenie konkurencji między kasami chorych oraz dbanie o jakość udzielanych świadczeń.

Kolejnym etapem reformy było otwarcie 1 sierpnia 2008 r. dla wszystkich ubezpieczonych kolejnej kasy chorych (*Seebrankenkasse*). Trzy miesiące później prawnie ustalono jednolitą składkę dla wszystkich ubezpieczonych w systemie ustawowym w wysokości 14,5% podstawy wymiaru (oznacza to dość istotne podniesienie jej wysokości).

Większość zapisów reformy weszło w życie 1 stycznia 2009 r. Przede wszystkim wprowadzono fundusz zdrowia – instytucję zajmującą się zbieraniem jednolitej składki od wszystkich obywateli (do 31 grudnia 2010 r. będą się tym zajmowały kasy chorych, które będą miały obowiązek przelać zebraną składkę na konto funduszu). Na podstawie ustawowych założeń (przy uwzględnieniu takich ryzyk, jak wiek i płeć) i określonych czynników różnicujących kasy chorych będzie wyliczany ryczałt przypadający na każdego ubezpieczonego i na tej podstawie obliczona zostanie wysokość kwoty, która będzie trafiała na konto kasy chorych. Oznacza to, że pieniądze będą szły za pacjentem.

Fundusz będzie dbał o wyrównanie wyjściowej sytuacji finansowej wszystkich kas chorych, umożliwiając w ten sposób równą konkurencję i odzwierciedlając w pełni zasadę solidarności. Wprowadzi się ponadto nowy system wyrównywania struktury ryzyka między kasami (będzie obejmować około 50–70 chorób, które powodują przewyższenie o ponad 50% średnich wydatków przypadających na ubezpieczonego).

Ze względu na strukturę państwa oraz zróżnicowanie między częścią wschodnią i zachodnią Niemiec ograniczono możliwość przepływu pieniędzy między landami. Aby uniknąć oskarżeń stawianych przez rząd zachodnich landów, że ich składka odpywa do części wschodniej i w ten sposób obniża jakość świadczeń, ustalono, iż wyrównanie między landami nie może przekroczyć 100 mln euro rocznie.

Rząd liczy, iż reforma systemu zdrowotnego pomoże uczynić go bardziej transparentnym. Kasa chorych otrzyma pieniądze za każdego ubezpieczonego (przy uwzględnieniu ryzyk oraz struktury ubezpieczonych) i będzie miała rynkowo taką samą możliwość realizowania świadczeń. Ponieważ składka będzie wynosić 14,5% podstawy wymiaru, część kas chorych przypuszczalnie będzie w stanie zapewnić wymagany ustawowo minimalny poziom świadczeń po niższej cenie. Założono więc, iż będzie miała ona możliwość zagwarantowania zwrotu części odprowadzonej składki. W związku z tym przypuszcza się, iż od 1 stycznia 2009 r. będzie konkurencja między kasami o wysokość zwracanej składki.

W nowej ustawie zastosowano wiele rozwiązań umożliwiających pacjentom szybki transfer między kasami, co ma wzmocnić konkurencję. Jeśli kasa chorych nie zdoła w ramach przekazywanych środków zapewnić minimalnego katalogu świadczeń, będzie miała prawo podwyższyć wysokość pobieranej składki. Dodatkowa opłata nie ma jednak prawa przekraczać 1% zarobków, od których obliczana jest składka. Ponadto podniesienie opłaty o 8 euro

miesięcznie nie będzie wymagało sprawdzania wysokości dochodów członków. Jednocześnie po każdym podwyższeniu składki ubezpieczony będzie miał prawo, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów oraz niezależnie od podpisanej umowy, do zmiany kasy chorych w ciągu 2–3 miesięcy. Założono także, iż ewentualne podwyższenie składki będzie dotyczyć tylko osoby ubezpieczonej i nie będzie mogło być rozciągnięte na osoby współubezpieczone (np. członków rodziny osoby ubezpieczonej).

Ustawodawca zabezpieczył również dochody osób biednych, których nie stać na opłacenie podwyższonej kwoty składki. Osobom tym zostanie podwyższona pomoc socjalna. Także ewentualne dodatkowe podniesienie pobieranej składki (ponad 14,5%) zostanie pokryte przez pomoc społeczną.

Ustawa rozszerzyła także możliwości kas chorych w negocjowaniu oraz zawieraniu umów z lekarzami, szpitalami, producentami środków medycznych oraz firmami farmaceutycznymi. Ponadto wprowadzono nowy system wynagradzania lekarzy, który oferuje określone stałe ceny w zależności od liczby świadczeń dla wszystkich lekarzy. Podkreśla się, iż pozwoli to środowisku medycznemu mieć pewność, iż za określone świadczenie otrzymają określoną zapłatę. Umożliwi to ujednoczenie zarobków wewnątrz Niemiec, co może pomóc części wschodniej w odzyskaniu specjalistów.

Trzonem zmian, a jednocześnie najważniejszym punktem spornym nowo wprowadzanej reformy jest utworzenie Funduszu Zdrowia. Krytycy argumentują, iż stawia on pod znakiem zapytania konieczność funkcjonowania kas chorych. Powstanie problem różnicowania ofert, jeśli kasy będą otrzymywały te same środki i miały konieczność wypłacania ujednoliconego honorarium dla lekarzy. Zwolennicy tego rozwiązania podkreślają zastosowanie zasady solidarności jako najważniejszej zalety reform. Politycy bali się, że Fundusz Zdrowia będzie zbyt biurokratyzowanym urzędem. Ostatecznie – jak podają informacje rządowe – będzie on całościowo obsługiwany tylko przez 21 doświadczonych ekspertów. Przewidziano, iż w związku ze zmieniającą się strukturą społeczną fundusz będzie wymagał subwencji budżetowych. W 2009 r. ma to być 4 mld. Kwota ta ma rosnąć o 1,5 mld rocznie, aż do osiągnięcia 14 mld euro.

Ostatnim filarem reformy są zmiany w obszarze prywatnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Dotyczą one wprowadzenia taryfy podstawowej w systemie, czyli takiej, w której katalog świadczeń nie będzie mniejszy, zaś wysokość składki wyższa niż w systemie podstawowym. Ponadto każdy z dobrowolnie ubezpieczonych w systemie prywatnym będzie miał prawo w ciągu pół roku bez konsekwencji zmienić zarówno firmę ubezpieczeniową, jak i taryfę.

ZAKOŃCZENIE

Niemiecki system ubezpieczeń zdrowotnych stoi obecnie z powodów finansowych i demograficznych przed trudnymi do pokonania zadaniami. Przy stale

rosnącym popycie na usługi musi zachować jakość i dostępność świadczeń, możliwie jak najmniej zwiększając obciążenie obywateli. Z analogicznymi zadaniami będzie się musiał zmierzyć polski system, przy niestety dużo gorszej sytuacji wyjściowej – mniejszy stopień finansowania, mniej zaawansowane rozwiązania prawne, niższy stopień rozwoju.

W Polsce trudności te nałożą się na rosnące żądania płacowe pracowników oraz problemy wewnętrzne systemu. Z tego powodu uważam, iż warto obserwować kroki podejmowane przez rząd niemiecki oraz stale analizować ich konsekwencje. W ten sposób Polska będzie mogła uniknąć pewnych błędów i przygotować lepsze projekty reformy systemu opieki zdrowotnej.

¹ *Gesundheitsdaten (Health Data) 2008*, wersja programu z dnia 26.06.2008 r., pozyskana ze strony internetowej: www.oecd.org.

² Ministerstwo Zdrowia [online], www.bmg.bund.de.

³ Wybierając spektrum problemów posługiwałem się lekturą książki Karla Lauterbacha pt. *Der Zweiklassenstaat*, a także wnioskami z osobistych rozmów z wybitnym specjalistą Klausem Hofemannem (emerytowanym profesorem Fachhochschule Köln i współredaktorem strony internetowej www.sozialpolitik-aktuell.de) oraz z rocznej obserwacji niemieckich doniesień we wszystkich kanałach mediowych.

⁴ Hasło o takim podziale głosi K. Lauterbach specjalista ds. zdrowia w Bundestagu, który jest jednocześnie aktywnym politykiem. Moi rozmówcy podzielali to przypuszczenie, zaznaczając, iż jest to zapewne problem, lecz nie aż tak jaskrawy, jak prezentuje to K. Lauterbach.

LITERATURA I ŹRÓDŁA INTERNETOWE

Bäcker G., Naegele G, Bispinck R., Hofemann K., Neubauer J. (2005), *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2. Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Der Private Krankenversicherungsschutz in Sozialrecht. Verband der privaten Krankenversicherung (2005), [dostęp 10.08.2008], dostępny w Internecie: <www.pkv-infos.net>.

Das Gesundheitsdaten 2008. Raport OECD (2008), wersja z 26 czerwca, [dostęp 10.08.2008], dostępny w Internecie: <www.oecd.org>.

www.bmg.bund.de – strona internetowa niemieckiego Ministerstwa Zdrowia (Bundesministerium für Gesundheit) [dostęp 15.10.2008].

www.destatis.de – strona internetowa niemieckiego Urzędu Statystycznego (Statistisches Bundesamt Deutschland) [dostęp 10.08.2008].

www.juris.de – strona internetowa z katalogiem aktów prawnych niemieckiego Ministerstwa Sprawiedliwości (Bundesministerium der Justiz) [dostęp 10.08.2008].

www.medizinauskunft.de – strona internetowa poświęcona informacjom medycznym [dostęp 10.08.2008].

www.pkv-infos.net – strona internetowa o prywatnych kasach chorych [dostęp 10.08.2008].

www.sozialpolitik-aktuell.de – strona internetowa poświęcona aktualnym informacjom o polityce społecznej w Niemczech (Sozialpolitik aktuell in Deutschland) [dostęp 10.08.2008].

SUMMARY

This paper treats about situation of the German NHS, its' various problems and ways of solving them. The main part contains the report of recently implemented changes into German NHS enclosed in document called Gesundheitsreform 2007. The detailed analysis of the reform could be an inspiration and serve as an example for the reform in Polish NHS, which is inevitable due to demographic changes. Through this work I would like to emphasize the quality and complexity of the reform that needs to be carried out in Polish NHS.