

Skuteczność a system – finansowanie ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej – porównanie

Przemysław Świder

W poniższym artykule przedstawiono podstawowe informacje na temat organizacji ochrony zdrowia (w szczególności regulacji kwestii ubezpieczeń zdrowotnych) w poszczególnych krajach tzw. starej Unii Europejskiej, obejmującej 15 państw członkowskich.

Wstęp

Obecnie funkcjonujące systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów Unii Europejskiej są efektem rozłożonych w czasie politycznych, kulturalnych, socjologicznych i ekonomicznych uwarunkowań. Uwarunkowania te doprowadziły do sytuacji, w której mamy do czynienia z dużą różnorodnością form organizacji (w tym finansowania) opieki zdrowotnej w tych krajach. Co prawda Traktat z Maastricht z roku 1991 oraz Traktat z Amsterdamu z roku 1997 otworzyły przed organami Unii nowe obszary działania, ale dotyczyły one przede wszystkim takich aspektów ochrony zdrowia jak: finansowe wsparcie dla medycznych programów badawczych, zorganizowanie przepływu informacji w tym obszarze pomiędzy państwami członkowskimi czy wspólnej polityki wobec kwestii AIDS, używek takich jak alkohol czy papierosy oraz zagrażających zdrowiu zmian w środowisku naturalnym. Jednak pomimo że narastające w ramach tzw. wspólnego rynku ruchy migracyjne zmuszają do uregulowania i zintensyfikowania wymiany w zakresie technologii medycznych, informacji na temat organizacji służby zdrowia w każdym z krajów, a także uregulowania kwestii przepływu personelu medycznego i pacjentów¹, sam obszar organizacji i finansowania służby zdrowia oraz realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych pozostaje nadal w gestii niezależnych regulacji każdego z krajów członkowskich.

Niezależnie od sposobu organizacji, podstawowym zadaniem systemu opieki zdrowotnej jest skuteczne zapewnienie różnych jej form w sposób efektywny, tj. taki, który pozwoli na swobodny i równy dostęp usług medycznych, a także uregułuje zakres korzystania z nich i koszty tak, by można było sfinansować świadczenia ze zgromadzonych w taki czy inny sposób środków.

Systemy opieki zdrowotnej funkcjonujące w poszczególnych krajach Unii możemy podzielić na takie, w których dominuje finansowanie systemu z podatków – z reguły są to systemy powszechnej ochrony zdrowia, tzn. obejmujące wszystkie osoby zamieszkujące (legalnie!) na terenie danego państwa, oraz na takie, gdzie kwestie ochrony zdrowia są włączone do obszaru zabezpieczenia socjalnego, a bezpośrednio regulowane przez zależne (lub nie) od państwa organy, tzw. kasy lub fundusze ubezpieczeniowe.

Różnice te wydają się powoli zanikać, gdyż w jednych państwach (np. w Wielkiej Brytanii) dopuszczono możliwość konkurowania instytucji finansujących i świadczeniodawców, w innych zaś zauważalna jest całkiem odwrotna tendencja, czyli wzmacnianie kontroli państwa nad obszarem ochrony zdrowia poprzez np. wprowadzanie instytucji nadzorujących, rozliczających itp. Zarówno jeden jak i drugi kierunek zmian uzasadniany jest tak samo: chęcią poprawy jakości i dostępności usług oraz nie tyle ograniczaniem, co raczej racjonalizacją ponoszonych w tym zakresie kosztów. Dodatkowe argumenty na rzecz zmian to: starzenie się społeczeństw oraz stosowanie nowych, skuteczniejszych, a zarazem i kosztowniejszych technologii, co oczywiście wpływa na poziom ogólnych kosztów funkcjonowania systemu.

Celem niniejszego opracowania jest przegląd i usystematyzowanie informacji na temat systemów opieki zdrowotnej funkcjonujących w różnych krajach tzw. starej Unii Europejskiej, przy czym, ze względu na ograniczoną objętość materiału, skupimy się jedynie na kwestiach finansowania i organizacji świadczeń zdrowotnych, natomiast całkowicie pominiemy kwestie popytu (świadczeniobiorców) i podaży (świadczeniodawców).

Część pierwsza dostarcza informacji na temat charakterystycznych cech systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach.

W części drugiej przybliżymy czytelnikowi szczegółowe rozwiązania z przykładowych czterech krajów:

- 1) z dominującym systemem powszechnej ochrony zdrowia,
- 2) z formą organizacji finansowania w postaci ubezpieczeń obowiązkowych,
- 3) z wysokim udziałem dopłat bezpośrednich świadczeniobiorców,
- 4) z rozwiniętym rynkiem dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń.

Na zakończenie zaś krótko ocenimy skuteczność różnych rodzajów systemu ochrony zdrowia poprzez podjęcie próby poszukania związku pomiędzy podstawowymi wskaźnikami makroekonomicznymi a skutecznością systemu, czyli jego dostępnością, poziomem ponoszonych kosztów oraz jakością realizowanych usług. Ponadto krótko omówimy podjętą niedawno próbę poprawy skuteczności finansowania systemu ochrony zdrowia w Niemczech, polegającą na odejściu od jednego typu systemu i wzbogaceniu sposobów finansowania świadczeń.

Ponieważ sposób definiowania systemu opieki zdrowotnej (zakresu świadczeń, kręgu świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców) jest różny w poszczególnych krajach będących przedmiotem rozważań, za najpraktyczniejsze rozwiązanie uznano posługiwanie się pojęciami, które stosują instytucje Unii Europejskiej zajmujące się obszarem ochrony zdrowia lub zbierające dane statystyczne na ten temat².

Część 1: sposoby finansowania ochrony zdrowia

Każdy z krajów członkowskich Unii Europejskiej rozwinął własny i specyficzny dla siebie system finansowania ochrony zdrowia, ale systemy te mają pewne cechy wspólne, a mianowicie: każdy z nich jest mieszanką różnych źródeł finansowania, które to źródła podlegają surowszej – bezpośredniej lub mniej rygorystycznej – pośredniej kontroli ze strony państwa.

Systemy ochrony zdrowia w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej finansowane są albo przez bezpośrednie wpływy z podatków, albo przez składki płacone do systemu obowiązkowych (a w niektórych krajach również dobrowolnych) ubezpieczeń zdrowotnych.

Możemy wyróżnić tu:

- model Beveridge'a³, czyli finansowanie ochrony zdrowia obywateli z wpływów podatkowych (na poziomie krajowym lub lokalnym);
- model Bismarcka⁴, czyli finansowanie ochrony zdrowia obywateli poprzez system powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń;
- ubezpieczenia zdrowotne dobrowolne, finansowane przez samych obywateli, stanowiące z reguły jedynie uzupełniającą formę zabezpieczenia pokrycia kosztów ochrony zdrowia.

Do ubezpieczeń zdrowotnych, za które pacjenci płacą dodatkowo, należą: ubezpieczenia dodatkowe, ubezpieczenia zastępcze i ubezpieczenia uzupełniające.

Ubezpieczenia dodatkowe (*supplementary health insurance*) stosowane są po to, aby pacjent mógł łatwiej korzystać z usług medycznych, które mogą być również dostępne w systemie powszechnym. Pacjent posiadający ubezpieczenie dodatkowe ma możliwość korzystania z wizyt u lekarzy specjalistów w prywatnych gabinetach lub w przychodniach publicznych, ale z ominięciem kolejki oczekujących.

Ubezpieczenia zastępcze (*substitutive health insurance*) są dostępne w niektórych krajach i zastępują ubezpieczenia powszechne w systemie publicznym (np. w Holandii, Niemczech i Belgii – od 7% do 24% mieszkańców posiada ubezpieczenie zastępcze). Ubezpieczeniem zastępczym objęte są na ogół osoby, które zostały zwolnione z obowiązku przystąpienia do systemu ubezpieczenia powszechnego z powodu bardzo wysokich dochodów. W niektórych krajach mogą to być również osoby prowadzące prywatną działalność gospodarczą, a także adwokaci, lekarze, weterynarze i duchowni.

Ostatni typ ubezpieczenia zdrowotnego to ubezpieczenie uzupełniające (*complementary health insurance*). Posiadanie tego typu ubezpieczenia daje pacjentowi prawo do bezpłatnego korzystania z usług, których nie obejmuje powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Posiadanie ubezpieczenia uzupełniającego oznacza często pokrycie przez towarzystwo ubezpieczeniowe pełnych kosztów, na przykład, opieki stomatologicznej. Ubezpieczenie to pokrywa również koszty ponoszone przez pacjenta w ramach współfinansowania kosztów hospitalizacji lub wizyty u lekarza specjalisty. Z sytuacją tego typu mamy do czynienia w systemie francuskim, gdzie pacjent ubezpieczony w kasie chorych musi pokryć część kosztów opieki.

Ubezpieczenie uzupełniające pokrywa również w niektórych przypadkach koszty leków zakupionych przez pacjenta, a także alternatywne sposoby leczenia, takie jak akupunktura, ziołolecznictwo itp.

Dodać należy, że w niektórych krajach – obok istniejących systemów finansowania ochrony zdrowia – obowiązują korzystających ze świadczeń bezpośrednie opłaty (w formie procentowej lub kwotowej partycypacji w kosztach, najczęściej z ustalonym maksymalnym limitem dla opłat ponoszonych przez świadczeniobiorcę). Z reguły bezpośrednie dopłaty świadczeniobiorców wymagane są w przypadku zakupu leków lub leczenia stomatologicznego, ale w niektórych krajach członkowskich UE (Austrii, Belgii, Danii, Finlandii, Francji, Irlandii, Portugalii i Włoszech) wymaga się tego typu dopłat w przypadku wizyty u lekarza specjalisty. Dopłaty z tytułu skorzystania z porady lekarza ogólnego są raczej rzadkością (Austria, Belgia, Francja), a przy leczeniu szpitalnym bezpośrednie dopłaty świadczeniobiorcy obowiązują w Austrii, Belgii, Francji, Luksemburgu, Niemczech, Portugalii i Szwecji⁵. Poruszając zagadnienie konieczności dopłat bezpośrednich, nie można również pominąć faktu, że w części krajów określono grupy społeczne zwolnione z obowiązku bezpośredniej partycypacji w kosztach świadczeń – są to z reguły grupy o niskich dochodach (Austria, Irlandia), osoby uczące się (do 18 roku życia w Danii) – lub uzależniono konieczność wnoszenia takiej dopłaty od innych czynników, takich jak rodzaj zachorowania (Portugalia) czy rodzaj leczenia (Szwecja – pacjenci leczeni w szpitalu).

Finansowanie ochrony zdrowia w oparciu o wpływy z podatków odbywa się za pośrednictwem instytucji centralnej, np. w Finlandii jest to Narodowy Fundusz Ubezpieczeniowy, w Hiszpanii – Narodowy Instytut Zdrowia, w Wielkiej Brytanii – Narodowy System Zdrowia, lub na poziomie lokalnym, np. w Szwecji finansowanie ochrony zdrowia z wpływów podatkowych odbywa się na poziomie hrabstw, a rząd centralny jedynie określa ogólne zasady funkcjonowania systemu.

Obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne są zarządzane przez specjalne fundusze lub kasy chorych, które – z reguły będąc niezależnymi podmiotami – otrzymują składkę (liczoną jako procent przychodu świadczeniobiorcy) i w zamian za nią albo bezpośrednio finansują świadczenia, albo refinansują świadczeniobiorcy poniesione przez niego wydatki na ochronę zdrowia.

Poniższa tabela, sporządzona na podstawie danych statystycznych⁶ o źródłach finansowania systemu ochrony zdrowia w poszczególnych krajach, przyporządkowuje kraje do konkretnego systemu.

Państwo	Główne źródło finansowania	% udział w finansowaniu systemu ochrony zdrowia (1999)			
		podatki	Składki na ubezpieczenie obowiązkowe	Za pośrednictwem ubezpieczeń dobrowolnych	Przez opłaty bezpośrednie przez świadczeniobiorców
Austria	Ubezpieczenia obowiązkowe	29,1	54,6	6,0	10,3
Belgia	Ubezpieczenia obowiązkowe	31,0	50,8	4,7	12,5
Dania	Wpływy podatkowe (państwowa służba zdrowia)	83,4	0,0	2,0	14,6

Finlandia	Wpływy podatkowe (państwowa służba zdrowia)	64,2	12,2	0,5	23,2
Francja	Ubezpieczenia obowiązkowe	6,0	72,9	10,4	9,8
Grecja	Wpływy podatkowe + ubezpieczenia obowiązkowe	37,5	46,7	4,2	11,6
Hiszpania	Wpływy podatkowe (państwowa służba zdrowia)	63,8	6,4	3,8	26,0
Holandia	Ubezpieczenia obowiązkowe	5,1	74,5	14,9	6,8
Irlandia	Wpływy podatkowe (państwowa służba zdrowia)	76,6	4,2	7,8	11,1
Luksemburg	Ubezpieczenia obowiązkowe	24,8	56,0	2,0	17,3
Niemcy	Ubezpieczenia obowiązkowe	11,0	69,5	8,5	11,0
Portugalia	Wpływy podatkowe (państwowa służba zdrowia)	54,1	11,9	2,5	31,1
Szwecja	Wpływy podatkowe (państwowa służba zdrowia)	68,3	11,0	4,3	16,4
Wielka Brytania	Wpływy podatkowe (państwowa służba zdrowia)	74,2	7,1	6,0	12,7
Włochy	Wpływy podatkowe (państwowa służba zdrowia)	66,0	1,6	4,1	27,2

Tabela 1. Metody finansowania ochrony zdrowia w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej.

Analiza danych z tabeli 1. pozwala stwierdzić, że z reguły systemy narodowej ochrony zdrowia (finansowane z wpływów podatkowych) charakteryzują się jednocześnie stosunkowo wysokim poziomem bezpośredniej partycypacji świadczeniobiorców w kosztach świadczeń zdrowotnych.

W przypadku systemów opierających się na ubezpieczeniach obowiązkowych stopień obciążenia świadczeniobiorców dodatkowymi dopłatami jest znacznie mniejszy.

Można na tej podstawie wysnuć wniosek, iż system narodowej opieki zdrowia jest mniej wydajny i w związku z tym pojawiają się większe dopłaty bezpośrednie po stronie świadczeniobiorców. Choć niewątpliwie wprowadzanie finansowania świadczeń typu ubezpieczeniowego (obowiązkowego lub dobrowolnego) ma podnieść efektywność funkcjonowania całości systemu (kontrola kosztów, celowość wydatków), to – według nas – twierdzenie wyrażone w zdaniu poprzednim nie jest do końca prawdziwe, ponieważ przy stosunkowo wysokich dopłatach bez-

pośrednich jednocześnie niski poziom finansowania poprzez system ubezpieczeń dobrowolnych może świadczyć np. o niskim poziomie zamożności obywateli, których nie stać na opłacanie dodatkowych składek na ubezpieczenia dobrowolne lub o braku liberalizacji rynku (ewentualnie braku uregulowań umożliwiających funkcjonowanie ubezpieczeń dobrowolnych). Do tych kwestii powrócimy w dalszej części opracowania, kiedy przedstawiać będziemy rozwiązania sposobu finansowania opieki zdrowotnej obowiązujące w wybranych krajach.

Część 2: systemy ochrony zdrowia w wybranych krajach unii europejskiej

Poniżej przedstawiamy szczegółowe zasady funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w czterech wybranych krajach Unii Europejskiej: Danii, Francji, Holandii oraz Portugalii. Wybór tych właśnie państw uzasadniamy faktem, że w przypadku Danii i Francji ściśle określone są źródła finansowania usług zdrowotnych – w Danii są to wpływy z podatków (83,4%)⁷; w systemie francuskim – ubezpieczenia obowiązkowe (72,9%). Szczegółową prezentację systemu holenderskiego uważamy za stosowną z powodu najwyższego ze wszystkich krajów Unii udziału ubezpieczeń dobrowolnych (14,9%), zaś portugalskiego – ze względu na fakt najwyższych dopłat bezpośrednich świadczeniobiorców (31,1%).

Dania

Duński system ochrony zdrowia charakteryzuje się daleko idącą decentralizacją. Za jego funkcjonowanie odpowiedzialne są okręgi, które zapewniają leczenie szpitale, podstawową opiekę medyczną, działania prewencyjne, i gminy – odpowiedzialne za opiekę w domu i opiekę socjalną. Dodatkowo gminy i okręgi otrzymują wsparcie finansowe na leczenie szpitalne ze szczebla centralnego. Kwestie związane z ochroną zdrowia koordynuje – jako najwyższy organ – Ministerstwo Zdrowia, odpowiedzialne m.in. za kwalifikowanie personelu medycznego i dopuszczanie do obrotu nowych leków (ministerstwo wydaje stosowne zalecenia, a te przekształcają się w konkretne przepisy na poziomie lokalnym). Do kwestii rozstrzyganych na poziomie centralnym (ministerstwa) należą również sprawy planowania zabezpieczenia systemu ochrony zdrowia (również na poziomie okręgów i gmin). Istniejący obok ministerstwa Narodowy Instytut Zdrowia odgrywa jedynie rolę doradczą i opiniodawczą. Wszystkie osoby z prawem pobytu na terenie Danii objęte są państwowym (obowiązkowym dla wszystkich i jednocześnie jedynym na terenie tego państwa) systemem ochrony zdrowia (Sygnesikring), zapewniającym opiekę medyczną na poziomie podstawowym. Jedynie w ramach tego systemu można dokonywać wyboru jednego z dwóch poziomów opieki:

- kategoria pierwsza – przynależność zmuszająca świadczenioborcę do skorzystania najpierw z porady lekarza rodzinnego (można go wybrać raz na 6 miesięcy spośród lekarzy dopuszczonych do pracy w danym okręgu), która to porada poprzedza wizytę u specjalisty; niewątpliwą zaletą tej kategorii są z góry ustalone stawki dopłat bezpośrednich dokonywanych przez świadczenioborcę;

- kategoria druga – w której pacjenci przysługują wolny wybór specjalisty, ale w zamian za to musi on ponosić dodatkowe dopłaty.

Funkcjonujące w Danii ubezpieczenia dobrowolne służą jedynie pokrywaniu należności z tytułu bezpośrednich dopłat pacjentów i nie ogrywają znaczącej roli w finansowaniu systemu ochrony zdrowia⁴.

Świadczeniobiorcy zmuszeni są do wnoszenia bezpośrednich dopłat w przypadku korzystania z zabiegów stomatologicznych, przy zakupie leków (z dopłat zwolnione są jedynie leki z tzw. listy pozytywnej) oraz w przypadku przynależności pacjenta do wspomnianej tzw. kategorii drugiej poziomu opieki zdrowotnej. Stawki opłat za leczenie ambulatoryjne (liczone zwykle „od wykonanego świadczenia”, a czasami „od pacjenta”) są negocjowane pomiędzy przedstawicielami lekarzy a państwowym ubezpieczycielem i podlegają ostatecznemu zatwierdzeniu przez rząd. Opieka szpitalna finansowana jest na poziomie okręgów (koszty obliczane są przy pomocy stawki dziennej lub za leczenie poszczególnych przypadków). Pacjent ma do wyboru publiczne szpitale w danym okręgu; może również, na zasadach pełnej odpłatności, skorzystać z usług prywatnych klinik (choć jeśli zostanie skierowany do takiej kliniki ze szpitala publicznego, koszty opieki zdrowotnej przejmuje państwowy ubezpieczyciel). Osobom poniżej 18 roku życia przysługuje w Danii bezpłatna opieka medyczna.

Francja

Francuski system ochrony zdrowia podlega ścisłej kontroli państwa – Ministerstwu Spraw Socjalnych i Ministerstwu Zdrowia. Ministerstwa te tworzą określone przepisy, nadzorują ich realizację, regulują stosunki pomiędzy świadczeniodawcami i świadczeniobiorcami oraz nadzorują system kształcenia personelu medycznego. Wysoka Komisja ds. Zdrowia Publicznego, której przewodniczy minister zdrowia, ustala podstawowe kierunki i cele systemu ochrony zdrowia, zaś na poziomie regionalnym (Francja podzielona jest na 22 regiony) ustalane są roczne budżety na ochronę zdrowia i opiekę socjalną, planowane jest zabezpieczenie opieki szpitalnej oraz prowadzona jest kontrola szpitali, przychodni i instytucji oferujących dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne.

Koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia pokrywane są z obowiązkowego dla wszystkich ubezpieczenia zdrowotnego, będącego częścią składową systemu ubezpieczeń społecznych. Takie umiejscowienie ubezpieczeń zdrowotnych sprawia, że faktycznie podlegają one Ministerstwu Spraw Socjalnych. W roli instytucji ubezpieczeniowych występują branżowe kasy chorych, do których należą nie tylko pracownicy określonych branż, ale i członkowie ich rodzin (najlicniejsza kasa – zatrudnionych w handlu i przemyśle – skupia około 80% całej ludności kraju). Pozostałe grupy, takie jak: rolnicy, osoby prowadzące działalność gospodarczą, lekarze czy studenci, objęte są ubezpieczeniem własnych kas.

Ubezpieczenia obowiązkowe nie pokrywają pełnych kosztów ponoszonych przez świadczeniobiorców, stąd też stosunkowo duży odsetek osób posiada dodatkowe ubezpieczenia dobrowolne. Osoby, których status materialny nie pozwala na ponoszenie kosztów dodatkowych ubezpieczeń, często – chcąc uniknąć dopłat – korzystają z opieki medycznej udzielanej przez organizacje dobroczynne czy użytku publicznego.

Zakres świadczeń, których koszty są pokrywane przez kasy chorych, jest zbliżony w każdej z kas. Koszty świadczeń w zakresie usług diagnostycznych i terapeutycznych są pokrywane przez państwowe kasy chorych, o ile świadczenia te zostały oficjalnie przepisane pacjentowi i wykonywane są przez lekarza lub zostały przez niego zlecone.

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne finansowane jest przez pracownika (6,8% dochodu brutto) i pracodawcę (12,8% dochodu brutto). Z tabeli 1. wynika, że w ten sposób pokrywa się około 73% ogółu wydatków na ochronę zdrowia.

Opłaty za usługi świadczone przez prywatne kliniki i szpitale pokrywa zasadniczo również jedna z państwowych kas chorych (w określonej części), zaś dla przychodni i szpitali państwowych wyznacza się określone poziomy kosztów (w obydwu przypadkach dla szpitali są to koszty liczone według stawek dziennych). Dodatkowo w szpitalach i przychodniach prywatnych część kosztów ustalana jest na podstawie faktycznie wykonanych świadczeń.

W przypadku leczenia ambulatoryjnego w ramach obowiązkowego ubezpieczenia lekarze tzw. sektora pierwszego posługują się cennikiem z ustalonymi stawkami. Cennik ten zawiera: listy świadczeń (zabiegów) oraz faktycznych cen za każdy z tych zabiegów, przy czym ceny są wynikiem negocjacji, jakie rokrocznie prowadzone są pomiędzy przedstawicielami środowiska lekarzy, kas chorych i państwa. Lekarze tzw. sektora drugiego, którzy nie są związani kontraktami z kasami chorych, mogą prawie dowolnie ustalać swoje własne cenniki, przy czym pacjent korzystając z usług takiego lekarza, musi różnicę pomiędzy kosztem według cennika państwowego a lekarza prywatnego pokryć sam (lub z ubezpieczenia dobrowolnego).

Ceny leków kupowanych bez recepty są ustalane dowolnie, a koszty ich zakupu nie są w ogóle refundowane. Do pozostałych leków pacjent musi dopłacać średnio około 20%, choć w rzeczywistości leki podstawowe (konieczne do leczenia) są zwolnione z dopłat; zaś w przypadku innych leków konieczna może być dopłata wynosząca nawet do 65% kosztów nabycia. Nie ma we Francji, spotykanego w innych krajach, limitu wydatków na leki, którego przekroczenie zwalniałoby pacjenta od dalszych dopłat.

Holandia

Mieszkańcy Holandii objęci są obowiązkowym narodowym ubezpieczeniem (obejmującym koszty leczenia zachorowań chronicznych oraz opieki długoterminowej) i choć lista objętych ochroną ubezpieczeniową ryzyk była wielokrotnie rozszerzana, to nie obejmuje ona znacznej części wydatków ponoszonych na tzw. leczenie stacjonarne.

Pacjent w zakresie obowiązkowym może ubezpieczyć się w jednej z kilkunastu kas chorych. Wyjątek stanowią: osoby prowadzących działalność gospodarczą, które zobligowane są do ubezpieczenia się u jednego z niepublicznych ubezpieczycieli oraz urzędnicy państwowi, którzy mają obowiązek zawarcia umowy ze swoją własną kasą chorych, przy czym zakres ochrony jest zdecydowanie szerszy niż u pozostałych osób podlegających obowiązkowi ubezpieczeniowemu.

Wszyscy ubezpieczeni mają prawo do zawierania dodatkowych umów ubezpieczenia i w ten sposób pokrywania ryzyk, które nie są objęte ubezpieczeniem obowiązkowym (najczęściej zawierane są one na pokrycie kosztów leczenia stomatologicznego i stanowiąc to może przesłankę tłumaczącą relatywnie wysoki

udział środków pochodzących z ubezpieczeń dobrowolnych – ok. 15% – w całości środków służących finansowaniu ochrony zdrowia.)

Za zapewnienie opieki zdrowotnej (planowanie zakresu i wymiaru świadczeń w ramach opieki ambulatoryjnej i szpitalnej, finansowanie – w tym m.in. negocjowanie stawek pomiędzy kasami chorych a lekarzami, funkcjonowanie systemu, w tym np. zakup droższego wyposażenia medycznego) na poziomie obowiązkowym odpowiada na szczeblu centralnym właściwe ministerstwo, które m.in. podejmuje, po konsultacjach z kasami chorych decyzję o tym, jaki procent wynagrodzenia będzie pobierany jako składka ubezpieczeniowa. Cały budżet przeznaczony na finansowanie ochrony zdrowia (propozycja ministerstwa konsultowana z organizacjami środowiska) jest ostatecznie zatwierdzany przez parlament.

Wysokość składki ubezpieczeniowej płaconej do kasy chorych uzależniona jest od dochodu brutto, przy czym 5,15% płacone jest przez pracodawcę, zaś 1,15% przez pracownika. Oprócz składki pobierana jest dodatkowo przez kasy chorych zryczałtowana opłata od każdego ubezpieczonego. Kasy chorych konkurują pomiędzy sobą jakością usług i zakresem ochrony, a ubezpieczeni mogą dokonywać zmian kasy. Kasy oferujące dodatkowe ubezpieczenia dobrowolne same określają wysokość składek (zwykle zależne są one od takich czynników jak wiek, stan zdrowia i wykonywany zawód). Opłaty, jakie prywatne kasy chorych płacą za leczenie „swoich” pacjentów, są negocjowane ze świadczeniodawcami, ale nie mogą przekroczyć maksymalnego pułapu ustalanego przez rząd.

Koszty leczenia szpitalnego planowane są na poziomie lokalnym, a następnie konsolidowane w budżet centralny (wynagrodzenie dla osoby pracującej w szpitalnej służbie zdrowia naliczane jest zgodnie z zatwierdzonym przez właściwy organ państwa cennikiem).

Lekarze prowadzący praktyki otrzymują od państwowych kas chorych zryczałtowaną stawkę za każdego przypisanego pacjenta, zaś w przypadku usług finansowanych w ramach ubezpieczenia dobrowolnego – za wykonane świadczenie.

Przy zakupie leków pacjenci są zobowiązani do pokrycia różnicy pomiędzy ceną leku ustaloną odgórnie a rzeczywistym kosztem jego nabycia. Dopłata wynosi średnio ok. 8% ceny leku.

Bezpośrednie dopłaty występują również w przypadku usług stomatologicznych oraz pobyków w domach opieki.

Portugalia

System ochrony zdrowia w Portugalii finansowany jest w przeważającej części z wpływów podatkowych (54,1%) oraz częściowo ze składek na ubezpieczenia obowiązkowe (11,9% – ubezpieczenie rentowe, na wypadek inwalidztwa oraz ubezpieczenie bezrobotnych). Dobrowolne ubezpieczenia zapewniają jedynie finansowanie nieco ponad 2% wydatków. Większy udział niż ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne mają bezpośrednie dopłaty pacjentów korzystających ze świadczeń (31,1%).

Podstawowa opieka i leczenie szpitalne są w Portugalii bezpłatne (budżety dla szpitali liczone są przy pomocy metody DRG (*diagnosis related groups*), w której pacjenci podzieleni są na grupy wg kryterium takiej samej lub podobnej diagnozy (wobec tego takich samych lub podobnych rodzajowo i kosztowo świadczeń)⁹.

W klinikach i szpitalach prywatnych rozliczane są rzeczywiste koszty wykona-

nego świadczenia; stąd też, kiedy pacjent trafia do takiej kliniki, a jego pobyt i leczenie finansowane są według stawek publicznej służby zdrowia, musi on dopłacić różnicę z własnej kieszeni. Pacjent ma prawo do zwrotu pełnych kosztów świadczeń tylko w przypadku, kiedy publiczny szpital nie jest w stanie zapewnić świadczenia niezbędnego dla pacjenta. Pacjenci dopłacają również w przypadku korzystania ze świadczeń stomatologicznych.

Podstawową opiekę zdrowotną zapewniają centra medyczne Narodowej Służby Zdrowia, której budżety planowane są na poziomie jednostek podziału terytorialnego kraju zwanych dystryktami. Lekarze i personel medyczny publicznej służby zdrowia są zatrudnieni przez państwo i otrzymują pensję, inni – zatrudnieni prywatnie – rozliczani są w oparciu o rzeczywiście wykonane świadczenia.

W portugalskim systemie ochrony zdrowia leki podzielono na cztery grupy:

- A. leki bezpłatne, stosowane w leczeniu chorób przewlekłych i zakaźnych;
- B. leki z refundacją ok. 70%, np. leki astmatyczne i nasercowe;
- C. leki z refundacją ok. 60% (najliczniejsza grupa leków);
- D. leki z refundacją 20% – przede wszystkim leki nowe, o nie w pełni udowodnionej skuteczności farmaceutycznej).

Wspomnieć należy, że leki z pierwszej grupy (czyli bezpłatne) stanowią tylko około 5% wszystkich leków dostępnych dla pacjentów.

Część 3: skuteczność systemów ochrony zdrowia

W tabeli 2. zestawiono wybrane wskaźniki makroekonomiczne, pozwalające ocenić efektywność systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach; efektywność rozumianą jako **poziom kosztów funkcjonowania systemu** – na co wskazuje poziom wydatków w stosunku do PKB, jego **skuteczność** – o czym informuje nas wskaźnik śmiertelności noworodków i osób dorosłych (kobiet i mężczyzn); **dostępność** dla pacjentów – określoną na podstawie liczby lekarzy (praktykujących lub dopuszczonych do wykonywania zawodu) oraz na podstawie liczby łóżek szpitalnych przypadających na określoną liczbę mieszkańców oraz wskaźnik subiektywnego zadowolenia mieszkańców danego państwa z funkcjonujących rozwiązań.

Z zestawienia zawartego w tabeli 2. wynika, iż najbardziej niezadowoleni z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są mieszkańcy Grecji, Portugalii, Włoch i Hiszpanii. Cechą charakterystyczną obowiązujących w tych krajach systemów (poza przypadkiem Grecji) jest finansowanie systemu ochrony zdrowia z bezpośrednich wpływów podatkowych, a tym samym także dominująca pozycja tzw. państwowej służby zdrowia. Niezadowolenie mieszkańców tych krajów może być tłumaczone niską dostępnością usług (Portugalia), niską jakością usług (Grecja) albo wysokim poziomem ponoszonych przez świadczeniobiorców dopłat bezpośrednich (Hiszpania, Portugalia, Włochy).

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek Niemiec. W kraju tym, posiadającym najwyższy udział wydatków na ochronę zdrowia (mierzonym % PKB), dysponującym łatwo dostępnymi służbami medycznymi na wysokim poziomie, charakteryzującym się niskim poziomem obciążeń wynikających z konieczności wnoszenia bezpośrednich dopłat do świadczeń oraz rozwiniętym systemem dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych, nieco mniej niż połowa korzystających z systemu opieki zdrowotnej deklaruje zadowolenie. Jakże mogą być przyczyny tego, że

kraj	Udział wydatków na ochronę zdrowia, % PKB (2002) OECD, Health Data 2004, 1st edition	śmiertelność noworodków na 1000 urodzin (2002) EURO-STAT	śmiertelność dorosłych (na 100 osób) - kobiety (2002) WHO, World Health Report	śmiertelność dorosłych (na 1000 osób) - mężczyźni (2002) WHO, World Health Report	praktykujący lekarze lub do-puszczeni do za-wodu na 100 000 mieszkańców (2002) EURO-STAT	łóżka szpitalne na 100 000 mieszkańców (2002) EURO-STAT	% populacji za-dowlonych z systemu ochro-ny zdrowia (1999) OECD, Health Care Sys-tem
Austria	7,7	4,1	59	117	323,7	853,6***	83,4
Belgia	9,1	5,0	67	126	385,3***	711,6**	77,0
Dania	8,8	4,4	76	123	365,1	422,6***	75,8
Finlandia	7,3	3,0	60	135	313,2**	737	74,3
Francja	9,7	4,5***	60	133	302,8*	820,6***	78,2
Grecja	9,5	5,9	48	118	454,26***	488,6*	18,6
Hiszpania	7,6	3,5***	47	120	331,11	364,8***	47,6
Holandia	9,1	5,1	65	94	192,4*	463,1	73,2
Irlandia	7,3	5,1	66	113	(brak danych)	993,6	47,7
Luksemburg	6,2	5,1	64	119	245,37***	644,3	71,6
Niemcy	10,9	4,3	60	118	333,79	901,9***	49,9
Portugalia	9,3	5,0	65	154	265,1**	375,5***	24,1
Szwecja	9,2	3,3	53	83	297,9**	358,5**	58,7
Wielka Brytania	7,7	5,2	67	107	(brak danych)	407,6**	55,7
Włochy	8,5	4,7***	49	96	437,38	455,1***	26,3
Polska¹⁰	6,1	7,5	82	204	230,44	492	(brak danych)

* dane z roku 1999

** dane z roku 2000

*** dane z roku 2001

**** dane z roku 2003

Tabela 2: Wybrane wskaźniki dla systemów ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej¹¹

system – wydawałoby się – spełniający warunki prawie idealne okazuje się być w subiektywnym odczuciu ludzi niezadowolający?

Zagadnieniu temu poświęcimy kolejną część opracowania, w której pokazana zostanie reforma systemu finansowania ochrony zdrowia w Niemczech.

W naszej ocenie – której dokonujemy, odwołując się do początkowego fragmentu tej części opracowania i sformułowanej tam definicji efektywności systemu – kluczem do wyjaśnienia przyczyn rozczarowania jest analiza relacji ponoszonych kosztów do osiągniętych dzięki tym nakładom standardów.

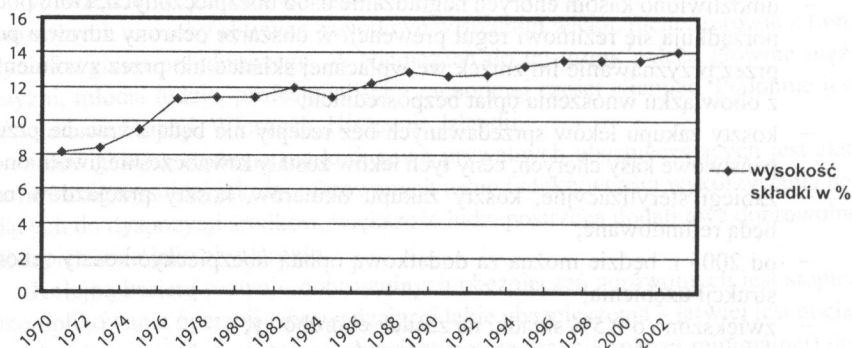
O wysokim udziale ogólnych kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Niemczech w stosunku do PKB już wspomnieliśmy. Przyjrzyjmy się teraz przykładowej (dla roku 2000) strukturze rodzajowej ponoszonych wydatków, które przedstawia tabela 3¹².

Lp.	Rodzaj wydatku	Kwota (w mln. EUR)	udział w całości wydatków (w %)
1.	Działania prewencyjne	9786	4
2.	Świadczenia wykonane przez lekarzy	57995	27
3.	Świadczenia opiekuńcze i terapeutyczne	48507	22
4.	Świadczenia w celu likwidacji następstw chorób	6332	3
5.	Pobyty i opieka w szpitalu	14212	7
6.	Towary w tym: leki i inne środki lecznicze (pomocnicze)	56781	26
		43879	20
7.	Transport	3453	2
8.	Nauka i rozwój	9793	4
9.	Administracja	11577	5
RAZEM		218436	100

Tabela 3. Wydatki na ochronę zdrowia według rodzajów w Niemczech w roku 2000.

Z zestawienia wynika, że pozycjami najbardziej obciążającymi budżet systemu ochrony zdrowia są: świadczenia wykonywane przez lekarzy, świadczenia opiekuńcze, terapeutyczne oraz leki, co wskazywać może z jednej strony na wysoką cenę jednostkową świadczenia lub/i jednocześnie na dużą częstotliwość korzystania przez pacjentów z określonej grupy świadczeń. Analizując strukturę wydatków należy zwrócić uwagę na relatywnie wysokie koszty zarządzania systemem ochrony zdrowia – 5% całości wydatków w porównaniu do 4% przeznaczonych na naukę i rozwój (podobnie jak i na działania prewencyjne).

Aby dopełnić obrazu przyczyn niezadowolenia niemieckiego społeczeństwa przedstawiamy na wykresie 1. wzrost obciążenia finansowego korzystających z systemu ochrony zdrowia w Niemczech w okresie 1970-2002.



Wykres 1. Średnioroczna wysokość składki na obowiązkowe ubezpieczenie w Niemczech w latach 1970-2002 (wyrażona w % dochodu brutto)¹³.

Odwołując się ponownie do zawartości tabel 1. i 2., skonstatujemy, że największe zadowolenie ze sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w swoim kraju deklarują mieszkańcy Austrii, Francji, Holandii i Luksemburga, przy czym nie jest to jedyna wspólna dla tej grupy państw cecha. Poziom finansowania świadczeń zdrowotnych poprzez dodatkowe ubezpieczenia dobrowolne oraz dopłaty bezpośrednie zawiera się w tych krajach w przedziale od 16,3% PKB w przypadku Austrii, 19,3% – dla Luksemburga, 20,2% – dla Francji, do 21,6% PKB w przypadku Holandii.

A zatem – dodatkowe finansowe obciążenie świadczeniobiorców kosztami funkcjonowania systemu w akceptowalnej (w odniesieniu do przychodów gospodarstwa domowego) wysokości nie tylko nie wywołuje niezadowolenia u współpłatników, ale przyczynia się do zainteresowania świadczeniobiorców sposobami i miejscami generowania kosztów, racjonalnością korzystania ze świadczeń, przez co świadczeniobiorcy (bezpośrednio lub za pośrednictwem instytucji ubezpieczeniowej, w której zawarli dodatkowe ubezpieczenie dobrowolne) stanowią dodatkową instancję kontrolną efektywności ekonomicznej systemu.

Powyższa teza znajduje swoje potwierdzenie w regulacjach systemu ochrony zdrowia w Niemczech, wprowadzonych z dniem 1 stycznia 2004 r. Ze względu na fakt, iż przeważający odsetek ludności Niemiec ubezpieczony jest w jednej z państwowych kas chorych¹⁴ (zaś ustawodawstwo niemieckie regulujące ten obszar przewiduje, że dopiero po osiągnięciu określonego poziomu przychodów rocznych osoba uzyskuje prawo do wyboru pomiędzy prywatną a państwową kasą chorych), podjęto decyzję o wprowadzeniu współfinansowania systemu ochrony zdrowia poprzez dopłaty bezpośrednie świadczeniobiorców. Szczegółowe regulacje przewidują m.in.¹⁵:

- obowiązek uiszczania dopłaty bezpośredniej w wysokości 10% ceny świadczenia (ale nie mniej niż 5 EUR i nie więcej niż 10 EUR, przy czym jeśli cena świadczenia jest niższa niż 5 EUR, świadczeniobiorca płaci faktyczną cenę) właściwie przy każdym wykorzystywanym świadczeniu;
- jednoczesne ograniczenie dopłat bezpośrednich do poziomu 2% rocznego przychodu brutto świadczeniobiorcy (dla osób przewlekle chorych obniżono ten poziom do 1%);
- dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia są zwolnione z obowiązku wnoszenia dopłat bezpośrednich (za wyjątkiem kosztów przejazdów);

- umożliwiono kasom chorych nagradzanie osób ubezpieczonych, które podporządkują się reżimowi reguł prewencji w obszarze ochrony zdrowia poprzez przyznawanie im zniżek we wpłacanej składce lub przez zwolnienie z obowiązku wnoszenia opłat bezpośrednich;
- koszty zakupu leków sprzedawanych bez recepty nie będą zwracane przez państwowe kasy chorych, ceny tych leków zostały równocześnie uwolnione;
- zabiegi sterylizacyjne, koszty zakupu okularów, koszty przejazdów nie będą refundowane;
- od 2005 r. będzie można za dodatkową opłatą ubezpieczyć koszty rekonstrukcji uzębienia;
- zwiększono o 0,5% składki na zasiłek chorobowy;
- dopuszczono handel lekami za pośrednictwem Internetu.

Ze względu na fakt, iż wyżej wymienione działania, przedsięwzięte w celu bezpośredniego (przerzucenie części kosztów na świadczeniobiorcę) lub pośredniego (poprzez współpłacenie niejako zmuszenie świadczeniobiorcy do bardziej świadomego i selektywnego korzystania ze świadczeń) ograniczenia kosztów, funkcjonują dopiero od kilku miesięcy, trudno w chwili obecnej jednoznacznie ocenić ich skuteczność. Jednak jest to rozwiązanie, którego elementy należy wziąć pod uwagę, rozważając możliwości reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia, ponieważ celem działań naprawczych w Polsce powinno być racjonalniejsze wykorzystanie środków finansowych, przeznaczonych na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Niemożliwe jest jednak doszukiwanie się pełnej analogii pomiędzy sytuacją w Polsce i w Niemczech, chociażby ze względu na brak w Polsce wielu podstawowych uregulowań kwestii decydujących o skuteczności systemu finansowania ochrony zdrowia, jak np. brak tzw. koszyka świadczeń podstawowych, a zatem niemożność wyceny tych świadczeń.

Podsumowanie

Mimo że w ostatnich 20. latach poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia znacznie zmalał – szczególnie w krajach, gdzie wydatki publiczne mają wciąż duży udział w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia – nie doprowadziło to do znacznego zwiększenia popularności prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, ponieważ rządy niejako „przyzwyczajają” obywateli do finansowania ochrony zdrowia z publicznych środków.

Choć niewątpliwie wzbogacenie zbioru źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia o prywatne ubezpieczenie zdrowotne przyczynia się do podniesienia efektywności funkcjonowania systemu, jednak nie odgrywają one w chwili obecnej, i pewnie jeszcze jakiś czas nie będą odgrywać, znaczącej roli w krajach Unii Europejskiej. W większości z nich udział prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego wynosi mniej niż 5% całkowitych wydatków na zdrowie, obejmując tym samym niewielką część populacji (pewnymi wyjątkami są tu Francja, Holandia i Niemcy).

Oprócz wspomnianego powyżej „przyzwyczajania”, niewątpliwą barierą w rozwoju rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest ich wysoka cena, która powoduje, że z ubezpieczeń tych korzystają osoby o statusie ekonomicznym wyższym niż średni.

W Wielkiej Brytanii większość subskrybentów prywatnych ubezpieczeń dobrowolnych to osoby aktywne zawodowo w średnim wieku, menedżerowie z Londynu i regionu południowego. W Niemczech do tej grupy należą głównie mężczyźni, młodszy ludź, profesjonalści z zachodniej części Niemiec. Podobnie jest również we Francji, Włoszech, Hiszpanii, Irlandii.

Choć główną strategią marketingową prywatnych ubezpieczających jest eksponowanie wysokiej jakości oferowanych usług i efektywności wykorzystania będących do dyspozycji środków, większość ludzi postrzega dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia jako zbyt drogie.

Kolejną barierą rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest stopień skomplikowania operacji wprowadzającej takie ubezpieczenia – łatwiej jest obciążyć każdego świadczeniobiorcę obowiązkiem wnoszenia (nawet minimalnej) dopłaty bezpośredniej i w ten sposób zapewnić dodatkowy strumień środków finansowych, niż budować od podstaw (lub reformować, w przypadku kiedy system jest nieskuteczny) dodatkową część systemu finansowania ochrony zdrowia. Wydaje się, że zwolennicy tego punktu widzenia zyskują przewagę przy realizowanej w Polsce reformie.

Informacje o autorze

Mgr Przemysław Świder, TUiR „Warta” SA, doktorant SGH. E-mail: p.swider@wp.pl.

Przypisy

- ¹ Kwestia ta jest szczególnie aktualna po 1 maja 2004 r. czyli po rozszerzeniu Unii Europejskiej o kolejne 10 państw Europy Środkowej i Wschodniej.
- ² dane zbierane przez Europejski Urząd statystyczny (EUROSTAT).
- ³ Nazwa pochodzi od nazwiska W. H. Beveridge’a, który w roku 1942 na polecenie rządu brytyjskiego opracował memoriał w sprawie ubezpieczeń społecznego i polityki pełnego zatrudnienia (*Social Insurance and Allied Services*). Memoriał ten łączył realizowaną przez państwo politykę pełnego zatrudnienia z zabezpieczeniem społecznym wszystkich obywateli oraz powszechną, publiczną i bezpłatną służbą zdrowia. Memoriał stał się podstawą polityki socjalnej Wielkiej Brytanii po II wojnie światowej.
- ⁴ Nazwa pochodzi od twórcy tego systemu, który w latach osiemdziesiątych XIX wieku przyczynił się do stworzenia w Niemczech systemu obowiązkowych ubezpieczeń społecznych na wypadek podstawowych ryzyk losowych czyli: choroby, macierzyństwa oraz niezdolność do pracy z powodu wypadku przy pracy lub z powodu starości. Najważniejszą zasadą obowiązującą w tym systemie jest zasada solidaryzmu społecznego czyli ponoszenie przez społeczeństwo odpowiedzialności za ryzyko związane z chorobą poszczególnych obywateli.
- ⁵ Statistiken zur Gesundheit, Eckzahlen fuer den Bereich Gesundheit 2002, Amt fuer amtliche Veroeffentlichungen der Europaischen Gemeinschaften, s. 430 i kolejne.
- ⁶ źródło: EUROSTAT, na podstawie danych o wydatkach na ochronę zdrowia za rok 1999.
- ⁷ źródło: EUROSTAT, na podstawie danych za rok 1999.
- ⁸ patrz: Tabela nr 1.
- ⁹ Jest to alternatywna w stosunku do szacowania wg stawek dziennych czy wynagrodzenia wg wykonanych świadczeń metoda szacowania kosztów świadczeń w obszarze ochrony zdrowia.
- ¹⁰ Dla porównania poziomu efektywności systemu ochrony zdrowia oraz ułatwienia czytelnikowi stworzenia punktu odniesienia podajmy również dane dotyczące Polski (z roku 2002). Ze względu na szczupłość miejsca oraz stopień skomplikowania opisu sposobu finansowania polskiego syste-

mu ochrony zdrowia w naszym przekonaniu bardziej celowe będzie poświęcenie tej tematyce kolejnej publikacji, którą obecnie przygotowujemy.

- ¹¹ zestawiono najbardziej aktualne dane, dostępne w momencie pisania artykułu.
- ¹² dane uzyskane za pośrednictwem serwisu internetowego Ministerstwa Zdrowia i Zabezpieczenia Socjalnego – www.bmgs.bund.de.
- ¹³ dla tzw. starych krajów związkowych czyli obszaru byłego RFN; dane uzyskane za pośrednictwem serwisu internetowego Związku Kas Chorych Pracowników Państwowych – www.vdak.de.
- ¹⁴ Według danych Ministerstwa Zdrowia i Zabezpieczenia Socjalnego za rok 1999 do państwowych kas chorych należało ok. 88,5% świadczeniobiorców, 8,9% – do prywatnych kas chorych, pozostali podlegali innym formom ubezpieczenia.
- ¹⁵ Celem reformy jest osiągnięcie oszczędności rzędu 10 mld. EUR w roku 2004 i stopniowe ich zwiększanie do poziomu 23 mld EUR w roku 2007 oraz obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do 13% dochodu brutto; szczegóły na stronie www.bundesregierung.de.

Bibliografia

Publikacje:

Das Gesundheitswesen in der EU, eine vergleichende Untersuchung, Europäisches Parlament, Generaldirektion Wissenschaft, Arbeitsdokument, Luxemburg 1998.

Die Gesundheitssituation in der Europaeischen Union, Amt fuer amtliche Veroeffentlichungen der Europaeischen Gemeinschaften, Luxemburg 2003.

Statistiken zur Gesundheit, Eckzahlen fuer den Bereich Gesundheit 2002, Amt fuer amtliche Veroeffentlichungen der Europaeischen Gemeinschaften, Luxemburg 2002.

Thomson, S., Mossialos, E. 2004. Private health insurance and access to health care in the European Union. *Euro Observer*, nr 1

Serwisy internetowe

www.bmgs.bund.de – serwis internetowy Ministerstwa Zdrowia i Zabezpieczenia Socjalnego.

www.bundesregierung.de – serwis internetowy Rządu Republiki Federalnej Niemiec.

www.vdak.de – serwisu internetowego Związku Kas Chorych Pracowników Państwowych.