

(59)

Lecznictwo w krajach Unii Europejskiej. Czego mogą spodziewać się przyszli członkowie UE?

The health service in the European Community. What can await the future EU-members?

Rolf Grewe

Z Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu w Münster, Niemcy
Kierownik: prof. dr hab. Rolf Grewe

Summary: The problems of national health system in the European Community member states and affliating countries will be discussed. Particular attention will be paid to team doctor model, continuous medical education, social security system and disease management programme.

Słowa kluczowe: Unia Europejska, opieka zdrowotna.

Key words: the European Community, health service in EC.

Obecne systemy leczenia w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej, podobnie jak w krajach ubiegających się o przyjęcie do Unii, znacznie różnią się od siebie. Ich rozwój podlegał bowiem wpływom różnych uwarunkowań historycznych i kulturowych.

Obecnie finansowanie leczenia w Unii Europejskiej pochodzi z 3 źródeł. Są one następujące:

1. krajowe systemy zdrowia finansowane wyłącznie z podatków,
2. finansowane z podatków oraz dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne,
3. wyłącznie dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne.

We wszystkich systemach zdrowotnych UE pojawiają się porównywalne wyzwania, które stanowią:

1. wciąż wzrastająca potrzeba zapewnienia opieki medycznej wskutek rosnącej średniej wieku społeczeństwa,
2. systematycznie zmniejszająca się liczba osób zarabiających i równolegle wzrastająca liczba emerytów i rencistów,
3. wzrost kosztów leczenia wynikający z postępu nowoczesnej medycyny.

We wszystkich systemach leczniczych w krajach członkowskich muszą być zatem podjęte działania racjonalizujące wydatki. Najistotniejszym problemem jest zdolność finansowania, ponieważ kasy chorych w większości są dotowane albo w całości, albo w połowie ze skarbu państwa. Oznacza to, że państwo jako ustawodawca, a także jako źródło środków pieniężnych wywiera swój wpływ na ochronę zdrowia obywateli.

Konieczność zrealizowania wymogów euro-konwergencji oraz udział w wyścigu europejskich gospodarek zmuszają państwa Unii do wycofywania się z publicznego leczenia.

Obecnie wkład finansowy państwa do systemów leczenia UE wynosi około 10% krajowego produktu brutto. Jeżeli sprowadziłoby się tę wartość względną – procentową, do wartości bezwzględnych – kwotowych, to ujednoclenie poziomu nakładów – biorąc pod

uwagę wartość produktu krajowego brutto państw wstępujących – wymagałoby nakładów rządu 30% dla Polski, 40% dla Węgier, 40% dla Słowenii i 60% dla Estonii.

W niektórych krajach członkowskich rysują się pierwsze regionalne próby zmian. Powstają nowe formy opieki ambulatoryjnej, takie jak ząębające się sieci praktyk lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów, z możliwością skorzystania z wysoko specjalistycznej opieki medycznej w klinikach i szpitalach.

Lekarze specjaliści są także coraz częściej angażowani w ośrodkach typu polikliniki, tak jak wcześniej praktykowano to w Polsce, ale obecnie w sposób bardziej uzależniony od zapotrzebowania, a więc rynku zbytu oferowanych usług. Oznacza to, że w przyszłości o sukcesie innowacji wprowadzonych do organizacji ośrodków leczenia ambulatoryjnego i specjalistycznego zadecydują nie liczba świadczonych usług, ale jakość leczenia i związane z tym koszty.

Oprócz kwalifikacji zawodowych i zdolności efektywnego leczenia, a także motywacji coraz bardziej cenioną zdolnością będzie umiejętność myślenia lekarzy w kategoriach pracy zespołowej. Wprowadzenie modelu pracy zespołowej lekarzy różnych specjalności ma ułatwić interdyscyplinarne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne.

Istotne jest także stałe uaktualnianie wiedzy lekarskiej w ramach poszczególnych specjalności. W zakresie okulistyki obserwowane obecnie tempo postępu stwarza konieczność ciągłego pogłębiania i aktualizowania wiedzy specjalistycznej, a także jej weryfikację nie rzadziej niż co 5 lat. Stanowi to istotną zmianę np. w stosunku do stanu z 1960 r., kiedy analogiczne postępy wiedza okulistyka czyniła w ciągu 30 lat. Z tego powodu Komitet Okulistów w UE (Board of Ophthalmologists) przyjął założenia ciągłego szkolenia podyplomowego (Continuous Medical Education).

W wyniku współpracy obecnych krajów Piętnastki, a także przyszłych członków UE rozważana jest możliwość wprowadzenia zasady przyznawania tytułu lekarza specjalisty na 5 lat. Tytuł „lekarz

specjalista na określony czas” byłby poprzez aktywne doksztalcanie stale odnawiany.

Kliniki uniwersyteckie

Struktura klinik uniwersyteckich, w których lekarze nie tylko gwarantują opiekę medyczną, ale są także badaczami i nauczycielami, powinna ulec reorganizacji w celu dostosowania do obecnych potrzeb.

Finansowanie prac badawczych i nauczania winno być integralną częścią obowiązków finansowych uczelni. Usługi lekarskie w klinice czy poliklinice powinny natomiast być opłacane przez wyodrębnione struktury organizacyjne właściwych zakładów opieki zdrowotnej, które samodzielnie finansują się z dochodów za usługi medyczne.

Prawo europejskie

W prawodawstwie Unii Europejskiej ponad 70% praw narodowych zostało zastąpionych przez prawa unijne. Dynamika, z jaką jednoczy się Europa, doprowadziła do przyjęcia obowiązujących obecnie porozumień, które poprzez zagwarantowanie dostępu do wysoko specjalistycznych praktyk medycznych i do świadczenia zunifikowanych jakościowo usług mają chronić ludność przed epidemią i chorobami.

Już obecnie kraje ubiegające się o członkostwo mogą brać czynny udział w obradach okulistycznej sekcji UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) i przedstawiać tam swoje propozycje.

Czego lekarze powinni spodziewać się w przyszłości?

Postępująca unifikacja systemów lecznictwa w UE jest nieunikniona, mimo że nacisk pretendujących do członkostwa w Unii państw wschodnioeuropejskich zapewne nieco spowolni ten proces.

Odpowiednio do postanowień układu z Maastricht i Amsterdamu, a także decyzji Sądu Europejskiego, ujednoczony ma zostać pakiet standardowych usług medycznych, który powinien być zagwarantowany we wszystkich krajach partnerskich UE od Laponii po Sycylię.

Parlament Europejski uchwalił istnienie tzw. zielonej książeczki, która na stałe, bez konieczności odnawiania ratyfikacji przez państwa członkowskie, ma gwarantować wszystkim obywatelom Unii ten właśnie minimalny pakiet podstawowych usług medycznych.

Jak ma wyglądać medyczna opieka ambulatoryjna?

Wszyscy obywatele Unii muszą być członkami państwowych kas chorych, które zapewniają im świadczenie w ramach podstawowego pakietu zdrowotnego. Ubezpieczenie takie upoważnia wyłącznie do leczenia w praktykach lekarskich, poliklinikach i szpitalach zakwalifikowanych przez odpowiednią kasę.

Podstawowy pakiet zdrowotny z jednej strony zapewnia finansowanie diagnostyki i terapii włącznie z lekarstwami, z drugiej racjonuje dostęp do planowanych zabiegów operacyjnych, transplantacji, dializ oraz określa dopuszczalne okresy oczekiwania (podobnie jak to np. praktykuje National Health System w Wielkiej Brytanii).

Oprócz podstawowego, obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego każdy członek kasy chorych może wybrać dodatkowy pakiet usług medycznych, który zdecyduje się samodzielnie opłacać. Możliwość wykupu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na ambulatoryjne i stacjonarne procedury medyczne będą oferować – tak jak obecnie w Hiszpanii i Holandii – wszystkie narodowe kasy chorych.

Dojdzie więc do podziału sposobów finansowania systemu zdrowotnego na:

1. obowiązkowe, zapewnione przez państwo, podstawowe ubezpieczenie zdrowotne,
2. dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne na wybrane usługi medyczne.

Rynek usług medycznych UE w ciągu najbliższych 5 lat będzie odznaczał się największym potencjałem wzrostu i podwoi się w zakresie prywatnych wydatków. Niemniej, sądząc na podstawie naszych dotychczasowych doświadczeń, nie należy raczej spodziewać się migracji pacjentów z nowych państw członkowskich do krajów Europy Zachodniej ze względu na wysoki poziom nowoczesnej medycyny w tych krajach, a także dodatkową barierę stworzoną przez różnice kosztów.

Niemcy rozważają następujące możliwości obniżenia kosztów leczenia:

1. poprzez łączenie poszczególnych, pojedynczych usług w pakiety usług kompleksowych,
2. przez utworzenie taryf, które uwzględniać będą szczególne potrzeby naszego kraju.

Centralnie ustalonemu zryczałtowanemu powinno ulec około 70% kosztów wszystkich usług medycznych, które są określone w procedurach świadczonych ambulatoryjnie i stacjonarnie zależnie od DRG (Diagnosis Related Groups – Jednorodne Grupy Pacjentów, JGP). Powyższa zasada powinna obejmować również honoraria lekarzy.

Niemcy zdecydowały się na wprowadzenie australijskiego modelu DRG (JGP). Proces tworzenia powyżej opisanych grup opiera się na szacunkowym poziomie kosztów związanych ze wzrostem liczby zachorowań. Indeks zachorowalności, który co roku jest aktualizowany, ma za zadanie wykazać, które choroby przewlekłe – jak np. cukrzyca – są najczęściej odnotowywane w prywatnych praktykach i w klinikach.

Od 2007 r. wszystkie szpitale w Niemczech zostają ostatecznie objęte nowym systemem finansowania. Oczekiwany efekt oszczędności jest jednak niepewny, ponieważ australijski system tylko w części może być bezpośrednio przełożony na system obowiązujący w Niemczech. Niemieccy lekarze są przeciwni wprowadzeniu DRG, uważają bowiem, że nowy system spowoduje jedynie przesunięcie kosztów ze sfery lecznictwa stacjonarnego do ambulatoryjnego. Finansowanie ma opierać się na bezpośrednich umowach zawieranych pomiędzy kasami chorych a lekarzami.

Ma również powstać „Program zintegrowanej opieki medycznej nad pacjentami przewlekłymi” (Disease Management Programm – DMP), gdyż ich leczenie generuje wysokie koszty. Dzięki DMP ma zostać stworzony wielodyscyplinarny system opieki zdrowotnej.

Obecnie ten projekt zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów jest odbierany jako metodycznie niejasny, a nawet nieetyczny, gdyż pozbawia chorego prawa do wyboru lekarza. Według bowiem założeń systemu DMP to kasa przyporządkuje pacjenta do regionalnej sieci praktyk lekarskich obejmującej różne specjalności medyczne.

Ponadto wg nowego systemu lekarz rodzinny (LR) powinien pełnić funkcję „strażnika bramki”. Każdy, kto zadeklaruje, że najpierw będzie korzystał z porady LR, zapłaci niższą składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Jednakże, jak wiadomo, w wielu przypadkach konsultacja u LR przed wizytą u lekarza specjalisty jest bezsensowna. Jest tak m. in. w chorobach narządu wzroku, gdyż LR nie posiadają wystarczających kwalifikacji w tej dziedzinie medycyny.

Podsumowując założenia DMP, należy jednak powiedzieć, że zmierzają one do poprawienia jakości świadczonych długoterminowo usług medycznych, a równocześnie do wykluczenia zarówno ich nadmiaru, jak i niedostatku. W przypadku osób ciężko chorych istnieje bowiem potrzeba przeprowadzania intensywnej diagnostyki i leczenia, które nie jest uwzględnione w systemie DRG. Intensywna terapia ambulatoryjna pozwoli zapobiec w wielu przypadkach kosztownej hospitalizacji. Lekarz zaś za opiekę nad przewlekle chorym pacjentem objętym programem DMP powinien otrzymać wyższe honorarium.

Lokalne sieci praktyk lekarskich są najodpowiedniejsze do przeprowadzenia DMP, ponieważ najlepszą opiekę medyczną nad przewlekle chorymi gwarantują w nich wspólnie najważniejsze grupy lekarzy.

W przyszłości pacjent – także w celach marketingowych kas chorych – będzie doskonale poinformowany o tym, ile kosztuje jego leczenie, ile w ramach swojego ubezpieczenia zdrowotnego otrzymuje od kasy i jak wysoki jest jego wkład własny.

Indywidualne ubezpieczenie zdrowotne, które określiliśmy jako drugi rynek usług medycznych – jak np. operacje plastyczne, a także wszystkie najnowocześniejsze procedury lekarskie, które nie zostaną ujęte w socjalnym pakiecie zdrowotnym – muszą zostać sfinansowane przez prywatne ubezpieczenia. W przyszłości będą one stanowiły znaczący czynnik w globalnym finansowaniu świadczeń zdrowotnych.

Praca wpłynęła do Redakcji 30.07.2002 r. (133).

Adres do korespondencji osób przygotowujących tekst do druku w jęz. polskim (Reprint requests to):
prof. dr hab. Maria Hanna Niżankowska
ul. Chałubińskiego 2a
50-368 Wrocław