



Narada specjalistów wojewódzkich i dyrektorów szpitali
(Warszawa, 4–5.12.1998 r.)

Conference of regional specialists in psychiatry and of directors of mental hospitals
(Warsaw, 4–5 December 1998)

**Ubezpieczenia zdrowotne
w opiece psychiatrycznej w Niemczech¹**

Health insurance in psychiatric care in Germany

THOMAS BECKER

Z Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Lipskiego

Możliwości opieki zdrowotnej określa wielkość środków przeznaczanych na tę opiekę, wyrażaną w procencie Produktu Krajowego Brutto (PKB). Najwięcej na opiekę zdrowotną przeznaczają Stany Zjednoczone – 14,2%, drugie w kolejności są Niemcy – 10,4%, w przypadku Polski wynosi on 4,4% PKB.

W Niemczech system ubezpieczeń zdrowotnych obejmuje 88% społeczeństwa, ok. 10% – posiada prywatne polisy ubezpieczeniowe zdrowotne, a tylko bardzo niewielki odsetek nie jest objęty żadnym ubezpieczeniem. Koszty leczenia osób nieubezpieczonych pokrywane są przez opiekę społeczną. System opieki zdrowotnej finansowany jest mniej więcej w równych proporcjach – po 7% dochodów brutto, przez pracodawców i pracowników. Powszechna dostępność opieki zdrowotnej powiązana jest z koniecznością ponoszenia pewnych opłat za realizację recept oraz pobyt w szpitalu. Opłaty te są dotkliwe dla osób dysponujących skrom-

nymi środkami, chociaż najubożsi są z nich zwolnieni.

Psychiatryczna opieka zdrowotna finansowana jest głównie z ubezpieczeń zdrowotnych oraz – za opiekę nad przewlekle chorymi – ze środków opieki społecznej, a także z innych źródeł, takich jak: fundusze emerytalne, środki resortu sprawiedliwości oraz administracji. Środki na leczenie szpitalne sprawców czynów karalnych (internowanych) nie pochodzą z systemu ubezpieczeń, ale z sektora sprawiedliwości i spraw wewnętrznych.

W ostatniej dekadzie system opieki zdrowotnej staje się coraz droższy, co znajduje swój wyraz we wzroście składek, płaconych zarówno przez pracodawców jak i zatrudnionych. Bardzo niekorzystny wpływ na system ubezpieczeń wywiera także wysoki poziom bezrobocia (2,7 mln), powodujący – z tytułu znacznie niższych od przeciętnych dochodów – mniejszy dopływ środków do systemu.

W niemieckim systemie opieki zdrowotnej najwyższy udział w kosztach (33%) to koszty opieki szpitalnej oraz – na zbliżonym poziomie (30%) – koszty leków, a także koszty opieki ambulatoryjnej. Wydatki szpitalne są refundowane przez system ubezpieczeń zdrowotnych. Każdy szpital negocjuje

¹ Opracowanie: mgr Wanda Langiewicz – na podstawie tłumaczenia referatu wygłoszonego na naradzie specjalistów wojewódzkich i dyrektorów szpitali (Warszawa, 4–5.12.1998 r.). W opracowaniu uwzględniono wybrane zagadnienia poruszone w dyskusji, która miała miejsce po referacie.

swój własny budżet. W negocjacjach bierze udział grupa ludzi odpowiedzialna za opiekę zdrowotną, tj. dyrektorzy oraz przedstawiciele różnych grup ubezpieczeń zdrowotnych, tworzących stowarzyszenie. Uczestnikami negocjacji są też grupy nacisku, tzw. grupa interesów publicznych, federalnych. Obecnie w niektórych landach umożliwia się bardziej samodzielne funkcjonowanie szpitali psychiatrycznych, zbliżone do zasad działania przedsiębiorstwa.

Nakłady na inwestycje szpitalne pochodzą ze środków centralnych bądź lokalnych. Planowanie liczby łóżek leży w zakresie działalności 17 landów. Planowanie jest dość trudne, gdyż dużą rolę odgrywają interesy lokalne. Decydujący głos w tej sprawie ma stowarzyszenie szpitali, posiadające swoją organizację na szczeblu państwowym. Duże zaangażowanie wykazują różne firmy ubezpieczeniowe, a także instytucje dobroczynne. Ogólnie proces negocjowania środków na inwestycje jest dosyć zawily.

Próby ograniczenia wysokości wydatków związanych z opieką szpitalną, m.in. poprzez zamrożenie budżetu szpitalnego, spowodowały wzrost kosztów świadczeń specjalistycznych. Takie działania dotyczyły przede wszystkim tzw. opieki somatycznej, w mniejszym – psychiatrycznej. W przypadku psychiatrii zmniejszanie kosztów polegało głównie na skracaniu lub eliminowaniu pobytu chorych w szpitalu.

Przed 1975 r. przeprowadzono w Niemczech badanie o kluczowym znaczeniu dla opieki psychiatrycznej. Opracowany na tej podstawie raport zalecał przeprowadzenie zasadniczej reformy, podnoszącej poziom i jakość opieki nad osobami psychicznie chorymi, tak by stała się ona porównywalna z opieką nad chorymi somatycznie. Postulował także stworzenie pacjentom możliwości korzystania z różnych, niekoniecznie szpitalnych, form opieki w pobliżu miejsca zamieszkania (ośrodek ambulatoryjny, dom opieki). Krytyka skoncentrowała się przede wszystkim na stale pogarszającym się i niewydolnym systemie opieki szpitalnej.

W wyniku reformy zdecydowanie zmalała liczba łóżek szpitalnych (obecnie tylko niewiele szpitali w Niemczech liczy ponad 500 łóżek), wzrosła natomiast liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Obecnie ponad połowa wszystkich przyjęć szpitalnych osób psychicznie chorych odbywa się w oddziałach szpitali ogólnych i w ośrodkach uniwersyteckich. Nastąpił wyraźny wzrost jakości opieki.

Zgodnie z założeniami reformy znacznie wzrosła liczba praktykujących psychiatrów zarówno w szpitalu, jak i w poradniach oraz gabinetach psychiatrycznych zatrudniających 1–2 lekarzy. Ogółem ok. 4,5 tys. psychiatrów udziela świadczeń w zakresie tzw. rutynowej opieki psychiatrycznej, w zasadzie nie obejmującej osób ciężko, przewlekle chorych. Opieka nad tą ostatnią grupą pacjentów realizowana jest przez wielodyscyplinarny zespół w oparciu o szpital. Istnieje również bardzo wiele ośrodków ambulatoryjnych i dziennych, udzielających pomocy i porad.

Niemiecki system opieki psychiatrycznej jest skomplikowany, ponieważ bardzo dużo jednostek udziela świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczenia zdrowotne pokrywają nieco mniej niż 50% zapotrzebowania na opiekę zdrowotną i nie finansują całego szeregu usług tzw. rezydencjalnych, czyli domów opieki dla chorych psychicznie. Niektóre świadczenia rehabilitacyjne także nie są finansowane z ubezpieczeń. W ilości i jakości tych świadczeń występuje bardzo duża nierównomierność pomiędzy poszczególnymi regionami kraju.

Tuż przed zjednoczeniem zostały opublikowane, zaakceptowane przez system ubezpieczeń, krajowe wytyczne dotyczące liczby zatrudnionych w poszczególnych działach medycyny. Wytyczne te spowodowały, że zamiast spodziewanego obniżenia kosztów liczba zatrudnionych w opiece psychiatrycznej wzrosła. Wiązało się to z tworzeniem nowych form opieki psychiatrycznej i podniesieniem jakości opieki psychiatrycznej.

Poprawa stanu opieki psychiatrycznej w Niemczech była możliwa, ponieważ decy-

zje natury politycznej miały miejsce przed zjednoczeniem – rok czy dwa później nie byłoby środków na realizację tych zamierzeń. Decyzje te wywarły wielki wpływ na jakość opieki zdrowotnej, z czego korzyści odnoszą przede wszystkim pacjenci.

Znacznie, bo o 24% wzrosło zatrudnienie w całej opiece psychiatrycznej. Mimo iż sytuacja się poprawia, nadal pozostaje wiele do zrobienia. Średni czas hospitalizacji psychiatrycznej wynosi w Niemczech 36,5 dni, co wpływa na koszt pobytu w szpitalu i koszt świadczenia opieki psychiatrycznej. Przy negocjacji budżetu szpitala strony bardzo duży nacisk kładą na zmniejszenie długości pobytu w szpitalu. W następstwie, spadającej liczbie łóżek w szpitalach, towarzyszy wzrost liczby przyjęć, co oznacza, że krótsze pobyty powodują lepsze ich wykorzystanie. Na osiągnięcie takich rezultatów miały wpływ szczegółowe, przyjęte na szczeblu federalnym wytyczne w zakresie zatrudnienia, w których ustalono zróżnicowane z punktu widzenia intensywności opieki wskaźniki zatrudnienia dla różnych grup pacjentów, i tak np. opieka rezydencjalna polega na tworzeniu placówek dla nie większych niż 10-osobowe grupy pacjentów odwiedzanych przez specjalistę od 1 do 3 razy w tygodniu. W efekcie nastąpił wzrost liczby pacjentów wymagających opieki intensywnej, co spowodowało skracanie czasu pobytu w szpitalu, a więc i zmniejszenie kosztów związanych z ich pobylem.

W Niemczech średni wskaźnik łóżek psychiatrycznych przypadający na 10 tys. mieszkańców wynosi od 4 do 8 i jest zróżnicowany w poszczególnych landach. Utrzymuje się zwłaszcza nierówność między wschodnią i zachodnią częścią kraju.

Podstawowy cel reformy, jakim było zrównanie praw pacjentów psychiatrycznych z chorymi somatycznie został osiągnięty w odniesieniu do przypadków ostrych. Nadal problemem – z punktu widzenia finansowania przez ubezpieczenia zdrowotne – jest rehabilitacja pacjentów psychicznie chorych. Ubezpieczenia zdrowotne zdecydowanie pre-

ferują rehabilitację pacjentów somatycznych, np. po wylewie, zawale itp., natomiast starają się nie finansować opieki i rehabilitacji osób przewlekle chorych psychicznie. Istnieją w tym zakresie pewne wyjątki, a mianowicie ze środków funduszy emerytalnych finansuje się leczenie uzależnień oraz zaburzeń neurotycznych.

Na przykładzie 66 pacjentów chorych na schizofrenię można prześledzić strukturę kosztów związanych z ich opieką. Mniej więcej równy jest udział kosztów przypadający na leczenie w szpitalu i pobyt w domu opieki (opieka rezydencjalna), które nie są finansowane z ubezpieczeń zdrowotnych. Na przykładzie danych pochodzących z największego landu w Niemczech, widać jak kształtuje się finansowanie opieki psychiatrycznej. Zaledwie 21% pochodzi z państwowych ubezpieczeń zdrowotnych, natomiast 43% pochodzi z różnych programów opieki społecznej.

W opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi duży udział mają lekarze ogólni, zapewniający 47,3% świadczeń. Tak więc prawidłowe funkcjonowanie opieki psychiatrycznej w bardzo dużej mierze zależy od współdziałania opieki podstawowej i specjalistycznej. Podsumowując plusy i minusy systemu ubezpieczeń zdrowotnych, można powiedzieć, że dla ciężko chorych przebywających w szpitalach ten system jest dobry, bowiem opiekuje się nimi w godziwy sposób.

Wielu pacjentów korzysta z możliwości dziennych pobytów w szpitalu – przemawia to także na korzyść systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak niewiele jest takich form opieki, gdzie przewlekle chory psychicznie może otrzymać profesjonalne wielospecjalistyczne świadczenia oraz opiekę pielęgniarską. Finansowanie tego rodzaju opieki nie jest uregulowane i należy to zaliczyć do wad systemu ubezpieczeń. Dla porównania problem ten jest bardzo dobrze rozwiązany w systemie opieki zdrowotnej Anglii i Walii, gdzie środki na ten rodzaj opieki pochodzą z narodowego systemu ubezpieczeń (NHS), finansowanego z podatków ogólnych.

Funkcjonowanie opieki ambulatoryjnej w Niemczech należy ocenić dość dobrze. Jeden ośrodek opieki ambulatoryjnej, prowadzony przez 1–2 specjalistów, przypada na 17 tys. mieszkańców i świadczy opiekę osobom cierpiącym na mniej nasilone zaburzenia, chociaż pacjenci w ostrych stanach chorobowych także mogą z jego usług korzystać. Jest to jednym z plusów systemu.

Ponieważ w Niemczech nie ma zbyt długiej tradycji dokonywania ocen, trudno jednoznacznie stwierdzić na ile ten system się sprawdza i czy jest skuteczny. Na przykład cały szereg usług dla przewlekle chorych, realizowanych poza systemem szpitalnym, nie jest finansowany z ubezpieczeń zdrowotnych. Istnieje w tym zakresie potrzeba większej integracji, poprzez stworzenie wielodyscyplinarnej opieki pozaszpitalnej, a także stworzenie możliwości rehabilitacji. Znaczna część opieki zdrowotnej obejmująca ubogą część społeczeństwa realizowana jest – zgodnie z obowiązującym prawem – ze środków opieki społecznej. Zdaniem psychiatrów przynajmniej niektóre z usług średnio czy długoterminowej opieki psychiatrycznej powinny być

finansowane w ramach ubezpieczeń zdrowotnych. Cały serwis usług dla psychicznie chorych, uległ znacznej poprawie, tym niemniej niemiecki system ubezpieczeń nie finansuje pełnej skali usług zdrowotnych dla najcięższej psychicznie chorych.

Dla przykładu, w Kolonii (1 mln mieszkańców) ok. 30–40% ciężko psychicznie chorych, objętych opieką rezydencjalną i dzienną, stanowią bezrobotni żyjący ze świadczeń wypłacanych przez pomoc społeczną. Bardzo wiele osób korzystających z pomocy społecznej to osoby zarówno chore psychicznie, jak i biedne. Środki na opiekę zdrowotną powinny służyć choremu człowiekowi, poniekąd iść za nim, a nie służyć instytucji. Środowisko niemieckich psychiatrów uważa, że każda społeczność, każde miasto winno znaleźć własne rozwiązania w zakresie opieki nad pacjentami. Kwestii tej nie powinno się regulować odgórnie. Mimo że cały system opieki jest skomplikowany i bardzo często źle funkcjonuje, to stwarza możliwości działania ludziom, którzy chcą coś zrobić w danej społeczności i osiągają często bardzo dobre wyniki.