

DODATKOWE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE – EFEKTYWNY SYSTEM NA TŁE DOŚWIADCZEŃ EUROPEJSKICH

REDAKTOR:
DOROTA M. FAŁ



Czasopismo wydawane od 1947 r.

ISSN 0137-7264

Wiadomości Ubezpieczeniowe

Wydanie specjalne

■ **Redaktor naczelny:** prof. dr hab. Jerzy Handschke

■ **Sekretarz naukowy:** dr Marcin Kawiński

■ **Rada Programowa:**

prof. nadzw. dr hab. Kazimierz Ortyński – przewodniczący

prof. zw. dr hab. Tadeusz Szumlach – wiceprzewodniczący

prof. UG dr hab. Ewa Bagińska

prof. dr hab. Sławomir I. Bukowski

dr Witold Jaworski

prof. zw. dr hab. Irena Jędrzejczyk

prof. zw. dr hab. Eugeniusz Kowalewski

dr Władysław Wojciech Mogiński

dr Wojciech Nagel

Piotr Narloch

prof. zw. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec

prof. zw. dr hab. Eugeniusz Stroiński

■ **Kontakt z redakcją:**

Anna Snitko-Pleszko

e-mail: wiad_ubezp@piu.org.pl

tel.: (22) 420 51 34

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich

Redaktor:

Dorota M. Fal

Spis treści

Wstęp	7
Plany reform w systemie opieki zdrowotnej w Polsce – Sławomir Neumann	9
Dostępność świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care – Krzysztof Łanda	13
Analiza możliwości zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych. Prognozy rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce – Marek Rozkrut	33
Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce – Dorota M. Fal	47
Prywatne ubezpieczenia zdrowotne i ich wpływ na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej oraz poziom satysfakcji obywateli w krajach europejskich – Johan Hjertqvist	61
Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Czynniki wspierające rozwój i bariery. Prywatne ubezpieczenia jako element systemu opieki zdrowotnej w Irlandii – Tim McKeown	81
Czynniki hamujące rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynku brytyjskim – Tom Sackville	95

Szanowni Państwo,

gorąco zachęcam do lektury materiałów z konferencji pt. „**Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich**”, zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne to duże wyzwanie dla polskiego rynku opieki zdrowotnej. Wszyscy widzimy potrzebę wypracowania nowych rozwiązań i przemyślanych reform, które zapewnią dodatkowy strumień środków finansowych na ochronę zdrowia wszystkich pacjentów. Naturalnym i efektywnym rozwiązaniem, sprawdzonym na całym świecie, są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Bez nich polski system zdrowotny będzie nadal trwał w poważnym kryzysie. Jego najbardziej dotkliwymi objawami są: deficyt budżetu NFZ, długie kolejki do lekarzy specjalistów i niektórych zabiegów operacyjnych. Stąd pojawia się potrzeba wypracowania nowych rozwiązań. W chwili obecnej dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie odgrywają większej roli na polskim rynku. Pozostajemy w tyle za większością krajów europejskich. Aby to zmienić, potrzebujemy mądrych regulacji i wypracowania rozwiązań efektywnych dla pacjentów. Warto podczas ich tworzenia przyjrzeć się doświadczeniom innych krajów europejskich i z nich skorzystać.

Jan Grzegorz Prądyński

Prezes Zarządu

Polska Izba Ubezpieczeń

Wstęp

W ostatnim czasie Ministerstwo Zdrowia podjęło szereg działań mających na celu reorganizację krajowego systemu opieki zdrowotnej. Resort zdrowia zamierza niebawem rozpocząć prace nad wdrożeniem ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. W związku z tym 17 maja br. Polska Izba Ubezpieczeń zorganizowała konferencję pt. **„Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich”**, pod honorowym patronatem Ministerstwa Zdrowia. W przedsięwzięciu udział wzięli prelegenci zarówno z Polski, jak i z zagranicy. Celem konferencji było przedstawienie korzyści płynących z ubezpieczeń zdrowotnych dla społeczeństwa i systemu opieki zdrowotnej, w oparciu o doświadczenia innych krajów. W trakcie konferencji zaprezentowano raport opracowany przez Polską Izbę Ubezpieczeń we współpracy z Ernst & Young pt. „Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski”.

Konferencję otworzył Jan Grzegorz Prądyński, prezes zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, który podkreślił, że rozpoczynające się prace nad ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych są kwestią priorytetową.

Następnie głos zabrał Sławomir Neumann, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, który powiedział, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mają być wsparciem a nie konkurencją dla systemu publicznego. Zaznaczył, że powinny one objąć kilkanaście milionów Polaków, dlatego za główny cel ustawy należy obrać umożliwienie pacjentom alternatywnych form finansowania potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie wyraził nadzieję, iż w najbliższym czasie resort będzie mógł przedstawić swój pomysł na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

W dalszej części spotkania głos zabrali zaproszeni prelegenci. Krzysztof Łanda, prezes fundacji Watch Health Care, na podstawie Barometru WHC omówił temat kolejek do świadczeń gwarantowanych. Kolejkę tę porównał do „choroby o udowodnionej szkodliwości”. Wskazał również, że Barometr WHC umożliwi ubezpieczycielom sprawdzenie, które świadczenia z koszyka gwarantowanego mogłyby być potencjalnie atrakcyjne dla osób ubezpieczających się dodatkowo. Następnie Marek Rozkrut, główny ekonomista Ernst & Young, omówił czynniki mające wpływ na wzrost wydatków na ochronę zdrowia. Pokazał też prognozy rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Dorota M. Fal, doradca zarządu PIU, poruszyła temat korzyści, jakie potencjalnie niesie dla Polski rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Wskazała na narzędzia mogące wpłynąć na zapewnienie powszechności systemu oraz dodała, że należy doprowadzić do sytuacji *win-win-win*, czyli takiej, w której korzyści odnoszą pacjenci i system opieki zdrowotnej, przy akceptacji branży ubezpieczeniowej.

Konferencja obejmowała wystąpienia prelegentów zagranicznych, którzy podzielili się swoimi doświadczeniami w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Johan Hjertqvist, prezes Health Consumer Powerhouse, przedstawił cechy systemów ochrony zdrowia działających w krajach europejskich. Wskazał na rozwiązania holenderskie, które jego zdaniem godne są naśladowania i rozpowszechniania. Model działający w Irlandii przybliżył Tim McKeown, dyrektor ds. rozwoju produktu i biznesu w Vhi Healthcare. Podkreślił, że w Irlandii 45 proc. społeczeństwa posiada prywatne ubezpieczenia zdrowotne, głównie szpitalne, a roczna składka wynosi 1,1 tys. euro. Z kolei Tom Sackville, przewodniczący Centrum Leczenia NHS, były parlamentarzysta i minister zdrowia Wielkiej Brytanii, odniósł się do jednego z ciekawszych modeli ochrony zdrowia, który funkcjonuje w Australii.

Zwieńczeniem konferencji był panel dyskusyjny, podczas którego poruszono tematy mitów dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Udział w nim wzięli prelegenci z zagranicy oraz Artur Smolarek, przewodniczący Komisji Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wypadkowych w PIU, i Tomasz Pawłęga, zastępca dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia. Moderatorem panelu był Mariusz Gujski, redaktor naczelny czasopisma „Służba Zdrowia”. Zgodnie ustalono, że aby dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne zaczęły funkcjonować, niezbędne jest wprowadzenie mądrych regulacji prawnych. Dodatkowo, zaoferowanie korzystnych cen i kompleksowych produktów spowoduje, że staną się one częścią rynku masowego. Jak ustalono podczas debaty, istotnym warunkiem rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest zbudowanie świadomości społecznej na temat ich korzyści i roli w systemie ochrony zdrowia.

SŁAWOMIR NEUMANN

Plany reform w systemie opieki zdrowotnej w Polsce

Transkrypcja wystąpienia

Szanowni państwo, panie prezesie – dziękuję za zaproszenie.

Rzeczywiście: temat i ciekawy, i na czasie, i bardzo poważny. Cieszę się, że takie dyskusje, takie konferencje się odbywają, gdyż jesteśmy w przededniu zmian, które zaczynamy wszyscy akceptować.

Kwestia ubezpieczeń dodatkowych budziła dotychczas wiele emocji i wiele kontrowersji. Co prawda w części środowisk politycznych budzi je nadal, ale wydaje się, że coraz więcej osób w Polsce rozumie konieczność i potrzebę funkcjonowania alternatywnego systemu ubezpieczeń do ubezpieczyciela publicznego, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, i to z kilku powodów. Jednym z nich jest fakt, że płatnik publiczny nigdy nie będzie w stanie zapewnić takiej opieki, dostępności i ilości świadczeń, jakiej oczekują pacjenci. Żaden publiczny płatnik w żadnym z krajów europejskich nie jest w stanie spełnić tych oczekiwań w stu procentach. Dlatego w większości krajów – o czym wspominał pan prezes – funkcjonuje dodatkowy system ubezpieczeń, skonstruowany w racjonalny i efektywny ekonomicznie sposób.

Wszyscy znamy ograniczenia Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z możliwości finansowych publicznego płatnika. Ta sytuacja nie zmieni się w najbliższych latach. Jednocześnie widzimy rosnące potrzeby zdrowotne obywateli i potencjał świadczeniodawców – i właśnie dlatego rozpoczynamy prace nad dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Chcemy, żeby w przyszłości pacjenci mieli możliwość korzystania z alternatywnej formy finansowania potrzebnych im świadczeń zdrowotnych.

Wiemy, że to jest trudny projekt, że potrzeba jeszcze wielu takich spotkań, podczas których będziemy dyskutowali, wymieniając poglądy na temat ubezpieczeń. Faktem jest, że te poglądy często nas różnią. Ale jest też coś, co łączy nas wszystkich, tak licznie zgromadzonych na tej sali – wszyscy rozumiemy potrzebę dodatkowych ubezpieczeń.

Ten temat budzi w społeczeństwie duże emocje, gdyż rozmawiając o możliwości wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń, rozmawiamy jednocześnie o koszyku gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Pojawiają się pytania o to, co zagwarantuje nam narodowy płatnik, jakie świadczenia będzie finansował NFZ z naszych składek i czy ten koszyk będzie pełny, czy wyraźnie okrojony? To jest, jak doskonale państwo wiecie, bardzo trudna decyzja, budząca duże i zrozumiałe obawy

Polaków. Mogą się one okazać poważną barierą dla wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń. Dlatego potrzeba nam dzisiaj rzetelnej debaty – także społecznej, medialnej – żeby przekonać, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne są niezbędne do domknięcia systemu ochrony zdrowia i zapewnienia w przyszłości obywatelom pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego. Musimy opracować takie zmiany, które zapewnią wszystkim Polakom bezpieczeństwo zdrowotne na określonym, wystandaryzowanym poziomie. Dlatego koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych jest jednym z kluczowych elementów tej debaty. Trzeba precyzyjnie opisać i standardy gwarantowane przez państwo, i te wszystkie dodatkowe procedury, techniki czy warunki, które mogłyby być finansowane z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Wiemy z różnych analiz, że w Polsce obywatele przeznaczają około 30 miliardów złotych z własnej kieszeni na ochronę zdrowia. Odbywa się to w różnych formach – w formule ubezpieczeń (które dopiero raczkują w Polsce i nie są produktem powszechnie kupowanym przez obywateli), w postaci abonamentów, a także jako zwyczajna płatność za „prywatne” usługi medyczne. Ubezpieczenia dodatkowe są szansą, żeby ucywilizować tę sytuację. To, że te opłaty trafiają wprost z kieszeni Polaków do podmiotów działających w sektorze zdrowotnym – to naszym zdaniem najmniej efektywny i tak naprawdę najdroższy z możliwych sposobów płacenia za ochronę zdrowia. Kiedy pacjent jest chory i zdeterminowany, by jak najszybciej uzyskać świadczenie zdrowotne wysokiej jakości, jego pozycja negocjacyjna jest automatycznie dosyć niska. Żeby te miliardy złotych, które wydają z własnej kieszeni pacjenci, mogły pozytywnie wpływać na efektywność systemu i jakość opieki zdrowotnej, powinniśmy zaproponować możliwość ponoszenia ich w formie dodatkowych ubezpieczeń.

Innym ważnym i trudnym elementem tej dyskusji, także na forum publicznym, jest kwestia zachęt ekonomicznych, które są potrzebne, jeżeli chcemy przekonać Polaków, żeby wykupili dodatkową polisę. Każdy z nas zdaje sobie przecież sprawę, że olbrzymia część społeczeństwa jest zdania, że w ramach powszechnego ubezpieczenia należy się nam wszystko.

To są naprawdę niełatwe tematy – przede wszystkim społecznie i politycznie, ale także medialnie. Reakcje, z którymi spotykamy się, mówiąc o dobrowolnych ubezpieczeniach, dobitnie pokazują, ile pracy nas czeka, jak skomplikowane problemy musimy rozwiązać, i jak trudny jest to projekt. Trudny, a jednocześnie – niezbędny. Jesteśmy głęboko przekonani, że wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest w perspektywie czasu niezbędnym rozwiązaniem. Jest tym elementem, którego brakuje nam dzisiaj w systemie ochrony zdrowia. Te produkty będą się najprawdopodobniej rozwijały powoli, ale trzeba zrobić ten pierwszy krok, żeby ten rynek w ogóle miał szanse się rozwinąć.

Przygotowując wprowadzenie tych ubezpieczeń nie myślimy o rynku, który obejmuje dwa czy trzy miliony ludzi, tak jak występuje to dzisiaj. To nie jest i nie powinna być kwestia ekskluzywnych produktów. Musimy szukać produktów masowych, które będą skierowane do kilkunastu milionów Polaków – tylko wtedy będzie to racjonalne z ekonomicznego punktu widzenia.

Cieszę się z tego, że Polska Izba Ubezpieczeń rozpoczyna jeszcze raz dyskusję na ten temat. Wiem, że państwo już wcześniej mieliście okazję wymieniać poglądy, bo różnego rodzaju pomysły na dodatkowe ubezpieczenia pojawiały się w ciągu ostatnich lat kilkakrotnie. Dziękuję państwu za merytoryczną dyskusję i za to spotkanie – mam nadzieję, że przedstawione przez państwa różnego rodzaju dane i analizy będą cennym wkładem do prac na dalszych etapach.

Ponieważ funkcjonujecie na tym rynku, macie nie tylko teoretyczną, ale i praktyczną wiedzę o tym, jak jest on skonstruowany, i dzięki temu możecie być dla nas poważnym wsparciem mery-

torycznym. Prawo stanowi się przecież dla ludzi, którzy potem je realizują, a nie dla urzędników, którzy konstruują jego przepisy. Dlatego deklarujemy chęć współpracy z państwem i otwartej, merytorycznej dyskusji na tematy dotyczące dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Nasze główne założenia są takie, żeby te ubezpieczenia nie były ekskluzywne, a powszechne, żeby objęły przynajmniej kilkanaście milionów obywateli. I oczywiście, żeby wysokość składki nie odstraszała przeciętnie zarabiających Polaków od zakupu polisy. Trudne zadanie przed nami – nie ukrywam, że także politycznie – ale wierzę, że wspólnie możemy zrobić naprawdę dobry projekt, że możemy wspólnie przygotować rozwiązania, które zaczną za kilka lat funkcjonować i będą dla systemu ochrony zdrowia realnym wsparciem a nie niezdrową konkurencją.

Mamy oczywiście świadomość tego, że część rynku i część polityków (a nie ekspertów), będzie spłycała kwestię dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych do tego, że ten kogo nie będzie na nie stać, to nie będzie leczony. Czeką nas naprawdę poważna debata, której celem będzie przekonanie społeczeństwa do tego rozwiązania. Polacy muszą być pewni, że dodatkowe ubezpieczenia będą istotnym wsparciem publicznego systemu, ale go nie zastąpią. Musimy dać społeczeństwu w ramach systemu publicznego gwarancję bezpieczeństwa zdrowotnego. A jednocześnie – wiedząc, że ze względu na sytuację gospodarczą w Polsce i w całej Europie w najbliższej przyszłości nie jest możliwe znaczące zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia – powinniśmy szukać nowych rozwiązań. Takich jak dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Liczę na to, że wnioski z tej konferencji będą istotnym wkładem w prace nad koncepcją dodatkowych ubezpieczeń. Dzięki obecności gości z zagranicy, którzy mogą przedstawić różnorodne koncepcje i modele działające w innych krajach, mamy cenną okazję do poszerzenia naszej wiedzy i wymiany doświadczeń. Uczmy się od nich, pamiętając jednocześnie, że każdy kraj ma własną specyfikę i musi wypracować dostosowane do niej rozwiązania.

Dziękując za dzisiejsze spotkanie, życzę państwu owocnych obrad. Pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że pan prezes w niedługim czasie przedstawi wyniki tej konferencji w postaci usystematyzowanych propozycji, które będziemy mogli z satysfakcją i optymizmem przyjąć oraz uwzględnić w pracach nad ustawą.

SŁAWOMIR NEUMANN – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

KRZYSZTOF ŁANDA

Dostępność świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care

Inspiracją powstania Fundacji Watch Health Care był deficyt w ochronie zdrowia, rozumiany jako dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń i wielkością środków finansowych ze składki na ubezpieczenie podstawowe, przeznaczanych na świadczenia zdrowotne w Polsce. Deficyt jest podstawową chorobą systemu ochrony zdrowia. Społeczeństwo nie odczuwa jednak samej choroby, tylko jej objawy, które prowadzą do licznych i poważnych konsekwencji (kolejki, korupcja, korzystanie z przywilejów). Im większy deficyt, tym bardziej niesprawiedliwy jest system oraz tym bardziej nasilają się patologie. System ochrony zdrowia nie może być ani efektywny, ani sprawiedliwy, jeśli koszyk świadczeń zawiera więcej technologii medycznych niż możliwe to jest do sfinansowania ze środków zebranych ze składki. Funkcjonujący dziś w Polsce publiczny system ochrony zdrowia jest niewypłacalny, a kolejek jest coraz więcej i są coraz dłuższe. Reglamentacja świadczeń zdrowotnych, nawet tych podstawowych – skutecznych i tanich (o bardzo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego), jest powszechna.

Zmieniane są pewne elementy systemu, ale nie zmienia się kluczowej rzeczy – deficytu w ochronie zdrowia. Innymi słowy, nie można powiedzieć, że w Polsce mamy za mało pieniędzy w ochronie zdrowia. Nie mamy także za mało świadczeń w koszyku. Problem polega na tym, że trzeba określić, co jest najbardziej potrzebne z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa i dla tych świadczeń wprowadzić takie warunki, aby nie było trudności z dostępem. Najpierw należy jednak ustalić, które świadczenia się najbardziej potrzebne. Temu ma służyć fundacja Watch Health Care.

Koszyk świadczeń gwarantowanych

Potrzeba wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych była postulowana w Polsce do roku 2009, przy okazji wszystkich kolejnych wyborów parlamentarnych i prezydenckich. Stworzenie koszyka *de novo* miało stanowić panaceum, które uzdrowi system ochrony zdrowia z wszelkich bolączek. Niezrozumienie polegało na tym, że w Polsce koszyk funkcjonował od dawna, tj. od czasu wprowadzenia systemu powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego – pytanie tylko, jaki ten koszyk był. Każdy kraj, który wprowadza system ubezpieczeń zdrowotnych lub system zabezpieczenia

zdrowotnego, niejako automatycznie musi określić, co się ubezpieczonym należy lub ewentualnie co im się nie należy w ramach gromadzonych na ten cel środków.

Dzięki tzw. ustawie koszykowej¹, przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia i podpisanej przez Prezydenta Rzeczypospolitej, dywagacje na temat potrzeby stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych w Polsce raz na zawsze zostały ucięte. Dzięki temu dialog społeczny wreszcie może posunąć się naprzód. Nie będzie więcej bezprzedmiotowych dyskusji o konieczności stworzenia koszyka. Zacznie się natomiast konstruktywna debata o kształcie koszyka świadczeń gwarantowanych, poprawie funkcjonalności i zasad tworzenia poszczególnych jego części oraz m.in. jego roli dla rozwoju ubezpieczeń dodatkowych w Polsce.

Zgodnie z ustawą koszykową w Polsce, zawartość poszczególnych części koszyka świadczeń gwarantowanych określała jest przez ministra zdrowia za pomocą stosownych rozporządzeń. Rozporządzenia te dotyczą m.in.: programów terapeutycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, opieki szpitalnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, szczepień obowiązkowych itp.

Ustawa koszykowa z roku 2009 jest aktem prawnym o wyjątkowo doniosłym znaczeniu, jeśli chodzi o możliwości naprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dzięki niej droga do rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest otwarta – na razie przynajmniej w zakresie ubezpieczeń komplementarnych, konkurujących świadczeniami spoza koszyka gwarantowanego. Ustawa koszykowa zmieniła sposób postrzegania uprawnień do korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia.² Obowiązujący do 2009 r. stan prawny można było interpretować zgodnie z populistycznymi hasłami, że „wszystkim należy się wszystko”, oczywiście poza świadczeniami z koszyka negatywnego o minimalnej wielkości. Dzięki ustawie koszykowej wprowadzono tzw. rozporządzenia koszykowe, które określają, co należy się osobie uprawnionej do korzystania ze świadczeń z koszyka gwarantowanego. Oznacza to, że wszystkie świadczenia zdrowotne, które nie są w nich wymienione lub nie są objęte rozporządzeniem, znajdują się poza koszykiem, a więc nie można ich finansować ze środków publicznych (choć mogą być finansowane na innych zasadach).

Deficyt w ochronie zdrowia

Od lat podstawową chorobą polskiego systemu ochrony zdrowia jest deficyt, rozumiany jako dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń i wielkością środków finansowych ze składki na ubezpieczenie podstawowe, przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Społeczeństwo nie odczuwa jednak samej choroby, tylko jej objawy, które prowadzą do licznych i poważnych konsekwencji. Ograniczenia dostępu do świadczeń „gwarantowanych”, niezależnie od charakteru tych ograniczeń, uderzają zwykle w najłabszych. Prowadzą do przerzucenia kosztów diagnostyki i leczenia na budżety rodzinne, pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa, choćby z uwagi na to, że wiele osób nie skorzysta z opieki zdrowotnej w ogóle, oraz wzrostu takich zjawisk patologicznych w relacji lekarz–pacjent, jak łapówkarstwo i korzystanie ze „znajomości”. Zadłużanie się monopsonisty-płatnika

1. Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989).

2. Na podstawie opracowań oraz prezentacji P. Kieszkowskiej i K. Sabiño; Fundacja Lege Pharmaciae, Warszawa 2010.

w Polsce nie występuje, stąd deficyt prowadzi do przerzucania ciężaru zobowiązań na państwo. Zadłużanie się publicznych świadczeniodawców, niezależnie od tego, kto jest ich właścicielem i organem założycielskim, powoduje konieczność okresowych oddłużeń i wzrost długu publicznego.

Tak czy inaczej, im większy deficyt, tym bardziej niesprawiedliwy jest system oraz tym bardziej nasilają się patologie. System ochrony zdrowia nie może być ani efektywny, ani sprawiedliwy, jeśli koszyk świadczeń zawiera więcej technologii medycznych niż możliwe jest to do sfinansowania ze środków zebranych ze składki. Nie tylko zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych może pozostawać w dysproporcji do wielkości środków zbieranych z podstawowej składki zdrowotnej. Polisy ubezpieczeń suplementarnych, czy koszyki ubezpieczeń komplementarnych (konkurujących świadczeniami spoza koszyka gwarantowanego), również mogą pozostawać w dysproporcji do wielkości środków finansowych zbieranych od osób ubezpieczonych.

Podstawowa choroba systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach, jaką jest dysproporcja pomiędzy zawartością koszyków a wielkością środków na ich finansowanie, wywołuje wszędzie te same „objawy” i prowadzi do tych samych patologicznych zjawisk. Wyróżnia się trzy podstawowe „objawy” omawianej choroby:

- kolejki i inne formy reglamentacji („gwarantowanych”) świadczeń zdrowotnych³;
- korupcja;
- korzystanie z przywileju (znajomości).

W Polsce działa system publicznego ubezpieczenia zdrowotnego oparty m.in. o zasadę powszechności i o zasadę solidaryzmu społecznego. Niestety pomimo wzrostu nakładów finansowych, jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych, system wciąż nie jest wystarczająco efektywny i boryka się z wieloma problemami, które przede wszystkim dotyczą pacjentów.

Fundacja Watch Health Care

Fundacja Watch Health Care (www.korektorzdrowia.pl) rozpoczęła swoją działalność w marcu 2010 r. Zauważono bowiem dysproporcję pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a środkami zgromadzonymi w ramach składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Nadrzędnym celem działalności Fundacji WHC stało się wskazywanie obszarów nierówności w ochronie zdrowia. Poprzez zwrócenie uwagi na deficyt w systemie, Fundacja WHC chce zachęcić polskich decydentów do podjęcia działań naprawczych oraz uświadomić społeczeństwo, że brak dostępu do świadczeń będzie się pogłębiać.

Wyniki mapowania ograniczeń dostępu do świadczeń zdrowotnych fundacja przedstawia w formie Rejestru Problemów Pacjentów oraz Barometru WHC.

W ramach Rejestru Problemów Pacjentów można zapoznać się z rankingiem świadczeń, do których dostęp dla pacjentów jest ograniczony ze względu na długie kolejki, brak refundacji lub wysoki stopień współpłacenia. Od początku działalności do Fundacji WHC wpłynęło ponad dwa tysiące

3. Ograniczenia dostępu do świadczeń mogą się pojawiać m.in. pod postacią wysokiego współpłacenia, powyżej progu, którego przekroczenie znacznie zmniejsza dostęp do świadczeń – np. WHO na podstawie przeprowadzonych badań uznało, że taki stan następuje w przypadku, gdy współpłacenie za leki refundowane wynosi powyżej 40 proc.

indywidualnych zgłoszeń dotyczących ograniczeń dostępu do świadczeń, które zostały zweryfikowane i zrankingowane przez zespół analityków oraz lekarzy konsultantów przeszkolonych w zakresie Evidence Based Medicine (EBM) i Health Technology Assessment (HTA).

Barometr WHC natomiast odzwierciedla zachodzące zmiany w zakresie dostępu do wybranych, teoretycznie „gwarantowanych” świadczeń zdrowotnych. Katalog świadczeń prezentowanych w Barometrze WHC, objętych weryfikacją, ma charakter dynamiczny i zmienny w czasie. Z założenia stanowi odpowiedź na zmiany dokonujące się w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Z tego powodu dane dotyczące obserwowanych tendencji mają za zadanie zobrazowanie nie tylko aktualnej sytuacji w dostępie do świadczeń zdrowotnych, ale przede wszystkim stanowią źródło wiedzy na temat zmian zachodzących w czasie oczekiwania. Monitorowanie zachodzących zmian umożliwia zobrazowanie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Utrudnienia i bariery, na które napotykają świadczeniobiorcy, odzwierciedlają słabe strony obecnego systemu opieki zdrowotnej w kraju. Informacje dotyczące zmian zachodzących w zakresie średniego czasu oczekiwania na teoretycznie gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce analizowane są na trzech poziomach:

1. zbiorczo dla wszystkich świadczeń w Polsce,
2. zbiorczo dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz
3. dla wybranych świadczeń wskaźnikowych w danej dziedzinie medycyny.

Barometr Fundacji WHC jest obecnie jedynym wiarygodnym źródłem informacji na temat zmian w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Serwis prowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia ma charakter retrospektywny i ogranicza się do publikacji danych dotyczących kolejek do wybranych komórek organizacyjnych (np. poradni specjalistycznej, oddziału szpitalnego) oraz do wybranych świadczeń zdrowotnych u poszczególnych świadczeniodawców.

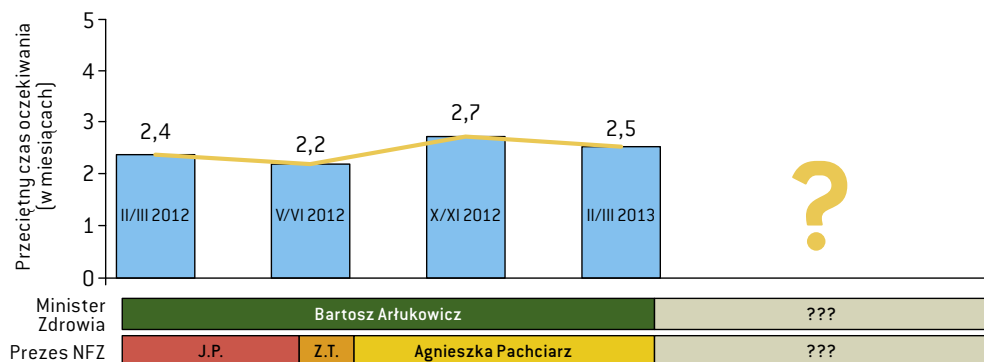
Wyniki Barometru WHC

Wyniki najnowszego Barometru WHC pokazują, że Polacy czekają średnio 2,5 miesiąca na teoretycznie gwarantowane świadczenia zdrowotne (stan na luty/marzec 2013 r.). To nieco mniej w porównaniu z końcem ubiegłego roku, gdy polscy pacjenci czekali w kolejkach średnio 2,7 miesiąca. Zaobserwowana zmiana nie daje jednak powodów do zadowolenia. Skrócenie czasu oczekiwania na początku roku z reguły wynika z nowych kontraktów i zazwyczaj oznacza krótkotrwałą poprawę. Ponadto w porównaniu do tego samego okresu w zeszłym roku (luty/marzec 2012 r.) czas oczekiwania się wydłużył. W ubiegłym roku, na przełomie lutego i marca Polacy czekali w kolejkach „po zdrowie” 2,4 miesiąca, co może stanowić potwierdzenie braku spójnych, długofalowych działań ze strony decydentów i regulatorów.

Szczegółowe informacje, w których dziedzinach medycyny odnotowano poprawę w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, a w których dostęp się pogorszył bądź nie zaobserwowano znaczących zmian, przedstawia rysunek 2. Należy też zwrócić uwagę, że zarówno poprawa, jak i brak zmiany mogą się wiązać z utrzymującym się nadal długim średnim czasem oczekiwania na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych z zakresu danej dziedziny medycyny, co decyduje o występowaniu istotnych ograniczeń lub barier w dostępie, na które napotykają pacjenci.

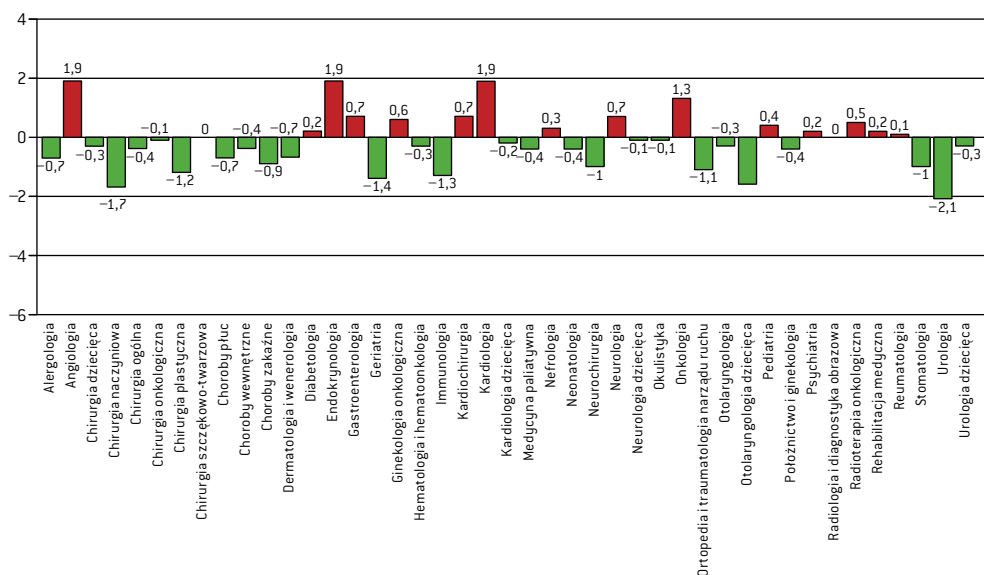
Barometr WHC powstał w oparciu o prowadzony przez Fundację WHC Rejestr Problemów Pacjentów i ilustruje zachodzące zmiany w zakresie dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowot-

Rysunek 1. Zmiana przeciętnego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (w miesiącach) a podmioty odpowiedzialne za zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Zmiany w czasie oczekiwania (w miesiącach) na realizację określonych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych dziedzinach medycyny



Źródło: opracowanie własne.

nych. Narzędzie to odpowiada na potrzeby informacyjne pacjentów. Zwrócenie uwagi na doświadczenie przez pacjentów bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych ma na celu uświadomienie społeczeństwu znaczenia opisywanego problemu. Zobrazowanie tego problemu stanowi również warunek konieczny do podjęcia właściwych kroków, niezbędnych w celu poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Według Barometru WHC największymi barierami w dostępie do świadczeń zdrowotnych, które napotykają pacjenci, są nadal utrzymujące się bardzo długie kolejki do lekarzy specjalistów. Przy uwzględnieniu również długiego czasu oczekiwania na wykonanie niezbędnej diagnostyki (będącej warunkiem

sine qua non postawienia właściwej diagnozy i rozpoczęcia procesu leczenia], może to skutkować niekorzystnymi następstwami postępującego procesu chorobowego. W konsekwencji dochodzi również do wzrostu kosztów społecznych, w postaci wypłat z tytułu niesprawności i niezdolności do pracy.

Obserwowane nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, odczuwane przez chorych, pozostają w sprzeczności do zapisu art. 68 Konstytucji RP, na mocy którego państwo zobowiązane jest do zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Reasumując, zebrane i zweryfikowane dane pokazują niekorzystny dla pacjenta obraz polskiego systemu opieki zdrowotnej. Chorzy nadal długo czekają na podstawowe świadczenia specjalistyczne. Uwzględniając charakter niektórych schorzeń, niejednokrotnie opóźnienie w diagnostyce, a w konsekwencji opóźnienie adekwatnego leczenia, może oznaczać dla pacjenta niekorzystny czynnik rokowniczy, a w skrajnych przypadkach przekreślić szanse na całkowite wyleczenie.

Jak sobie poradzić z deficytem?

Funkcjonujący dziś w Polsce system ochrony zdrowia jest od dawna niewypłacalny, dysproporcja zaś między stale rosnącą zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a wielkością środków z podstawowej składki zdrowotnej jest coraz większa. Kolejek jest coraz więcej i są coraz dłuższe. Reglamentacja świadczeń zdrowotnych, nawet tych podstawowych, skutecznych i tanich [o bardzo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego] jest powszechna. Ustalane limity w ramach kontraktowania świadczeń z monopsonistą NFZ prowadzą do ustawicznego zadłużania się świadczeniodawców. Prywatne środki w ochronie zdrowia poza dyspozycją NFZ sięgają już 34 mld zł rocznie, a korupcja i korzystanie z przywileju czy znajomości są na porządku dziennym.

Jednym ze sposobów radzenia sobie z dysproporcją pomiędzy zawartością koszyka gwarantowanego a wielkością środków publicznych na ochronę zdrowia jest wprowadzenie komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Dzięki wprowadzeniu komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych można osiągnąć kilka celów jednocześnie – można m.in.: poprawić efektywność wykorzystania środków prywatnych wydawanych na ochronę zdrowia; wprowadzić możliwość wyboru dodatkowego ubezpieczenia dla obywateli; wprowadzić mechanizmy konkurencji, zarówno w obszarze płatników, jak też pobudzić konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami; zlikwidować lub ograniczyć szarą strefę w ochronie zdrowia; zwiększyć wielkość środków w systemie bez podnoszenia podatków; zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych w koszyku gwarantowanym, dla tych których stać jedynie na płacenie składki podstawowej oraz tych, którzy korzystają z bezpłatnej opieki zdrowotnej; zasadniczo ograniczyć reglamentację świadczeń gwarantowanych, korupcję i korzystanie z niepisanych "przywilejów" w ochronie zdrowia przez likwidację dysproporcji pomiędzy wielkością środków ze składki podstawowej a zawartością koszyka gwarantowanego.

Dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych konkurujących świadczeniami spoza koszyka gwarantowanego, czyli dla rynku ubezpieczeń dodatkowych o największym potencjale, najważniejsze znaczenie ma określenie wielkości koszyka świadczeń gwarantowanych jako całości. Chcąc zachować proporcjonalną zawartość do wielkości środków ze składki podstawowej, koszyk świadczeń gwarantowanych w Polsce powinien być znacznie mniejszy niż dziś opisany rozporządzeniami koszykowymi lub wielkość środków na jego realizację musi zostać zwiększona.

Teoretycznie im większy koszyk gwarantowany, czyli im więcej pieniędzy publicznych na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, tym mniej miejsca na rynkową grę towarzystw ubezpieczeń komplementarnych oraz tworzenie przez te instytucje swoistych produktów ubezpieczeniowych obejmujących świadczenia zdrowotne nie finansowane ze składki podstawowej. Wielkość rynku ubezpieczeń komplementarnych koreluje bowiem bezpośrednio z wielkością i zawartością koszyka gwarantowanego. Innymi słowy, im większa będzie liczba świadczeń i procedur, które pozostaną poza koszykiem gwarantowanym oraz im większa ich „atrakcyjność” dla klientów, tym większy będzie potencjalny rynek ubezpieczeń komplementarnych, i odwrotnie.

Poza dyskusją jest konieczność zapewnienia stabilności prawa, w przeciwnym razie rynek ubezpieczeń dodatkowych w Polsce nie będzie atrakcyjny dla poważnych inwestorów. Również dla funkcjonowania koszyka świadczeń gwarantowanych w systemie ochrony zdrowia, zasadnicze znaczenie ma określenie ram regulacyjnej roli państwa względem rynku ubezpieczenia powszechnego w relacji do ubezpieczeń komplementarnych. Konieczność racjonalnej regulacji z uwagi na wyjątkowe cechy rynku świadczeń zdrowotnych jest w dzisiejszym świecie poza dyskusją, biorąc pod uwagę zarówno pozytywne przykłady regulacji w takich państwach jak Holandia czy Australia, jak też negatywne przykłady wybiórczej regulacji np. w Stanach Zjednoczonych.

Polski system ochrony zdrowia wciąż się rozwija. Umiemy coraz lepiej zarządzać koszykiem świadczeń, poprawia się przejrzystość systemu, rozpoznaliśmy podstawową chorobę systemu i choć jeszcze nasilone są jej objawy, to dojrzeliliśmy do wprowadzenia ubezpieczeń komplementarnych na szeroką skalę. W rozwoju w kierunku EBHC pomagają nam członkostwo w Unii Europejskiej. Skoro jesteśmy „skazani na rozwój” to należy dbać, żeby ten rozwój był równomierny, stabilny, możliwie szybki i odbywał się w dobrym kierunku. Oby też obyło się bez wpadek, kroków wstecz i niepotrzebnych turbulencji. Aby to osiągnąć Polska powinna brać przykład z krajów, gdzie ochrona zdrowia rozwinęła się najlepiej, tzn. gdzie koszty są ponoszone w racjonalny sposób i pod kontrolą oraz gdzie zdrowie społeczeństwa i satysfakcja ubezpieczonych są na najwyższym poziomie. Zamiast więc wyważać otwarte drzwi, korzystajmy z rozwiązań, które sprawdziły się w takich krajach, jak Holandia czy Australia.

Wykaz źródeł

- Kalbarczyk W., Łanda K., Władysiuk M. i wsp. [2011], *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań*, Warszawa, CEESTAHC.
- Władysiuk-Blicharz M., Łanda K., Nadzieja A., Gąsiorowski M. & Dziadyk M. [2006], *Basic characteristics and rules of creating health benefits packages in chosen countries*, Kraków: HTA Consulting.
- Fundacja Watch Health Care, BAROMETR WHC Raport nr 1/2013 http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometr-whc-1_2013.pdf



LEK. MED. KRZYSZTOF ŁANDA – prezes oraz założyciel Fundacji Watch Health Care, badającej ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce. Współnik HTA Audit, firmy doradczej zajmującej się audytem raportów oceny technologii medycznych. Ekspert BCC ds. systemu ochrony zdrowia.

www.korektorzdrowia.pl
www.WatchHealthCare.eu

Dostępność świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care

Lek. med. Krzysztof Łanda

Fundacja Watch Health Care

Misja

Dostarczenie szerokiej, kompletnej, wiarygodnej i opartej na dowodach naukowych informacji na temat dysproporcji środków finansowych i zawartości koszyka oraz związanych z tym ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej

Cele Fundacji

Działalność

- o mapowanie ograniczeń dostępu do świadczeń zdrowotnych
- o organizacja seminariów naukowych
- o wytyczne i standardy postępowania
- o ranking absurdów w ochronie zdrowia
- o PATtube





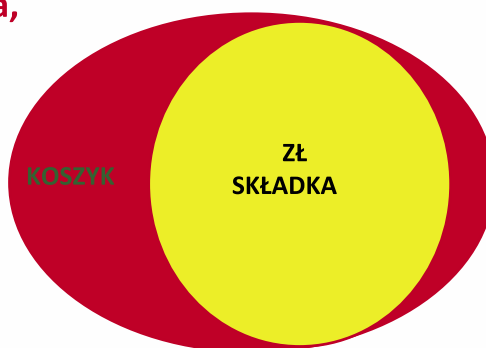
KSIEŻYCE MARSA: DEIMOS (Z GR. TRWOGA) I PHOBOS (Z GR. STRACH)



KOSZYK MOŻNA NAPOMPOWAĆ PONAD MIARĘ, ALE BUDŻET NIE JEST Z GUMY

**Im większa dysproporcja,
tym bardziej nasilone
patologie w ochronie
zdrowia**

Likwidacja przyczyn
choroby (dysproporcji)
likwiduje objawy





Możliwości zbilansowania zawartości BBP i wielkości środków ze składki podstawowej

- **FINANSOWE:** Zwiększenie składki zdrowotnej (podatku na zabezpieczenie zdrowotne) lub wprowadzenie wysokiego współpłacenia nie tylko w odniesieniu do leków refundowanych
- **ZARZĄDZANIE KOSZYKIEM:** Usunięcie z BBP (Basic Benefit Package, koszyk świadczeń gwarantowanych) świadczeń drogich i mało opłacalnych
- **UBEZPIECZENIA KOMPLEMENTARNE:** Rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nowego typu – ubezpieczeń komplementarnych



Barometr WHC

<http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/>

Problemy pacjentów

Świadczenia w koszyku	Świadczenia spoza koszyka	Świadczenia częściowo gwarantowane
9600	9300	9300

Barometr WHC

Ranking absurdów w służbie zdrowia

Zgłoś problem z dostępem do usług medycznych!
2013-05-16

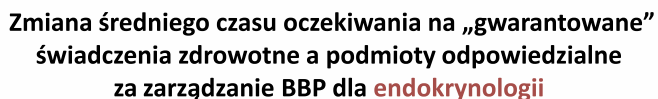
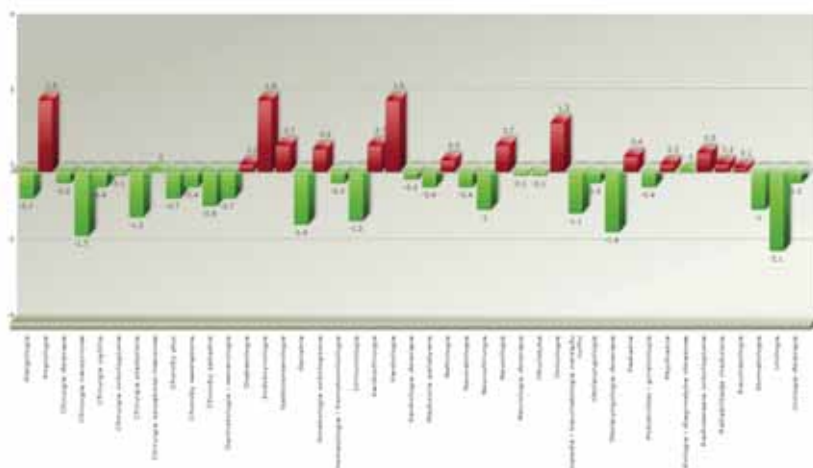
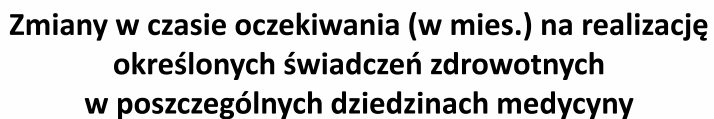
Średni czas oczekiwania (w miesiącach)

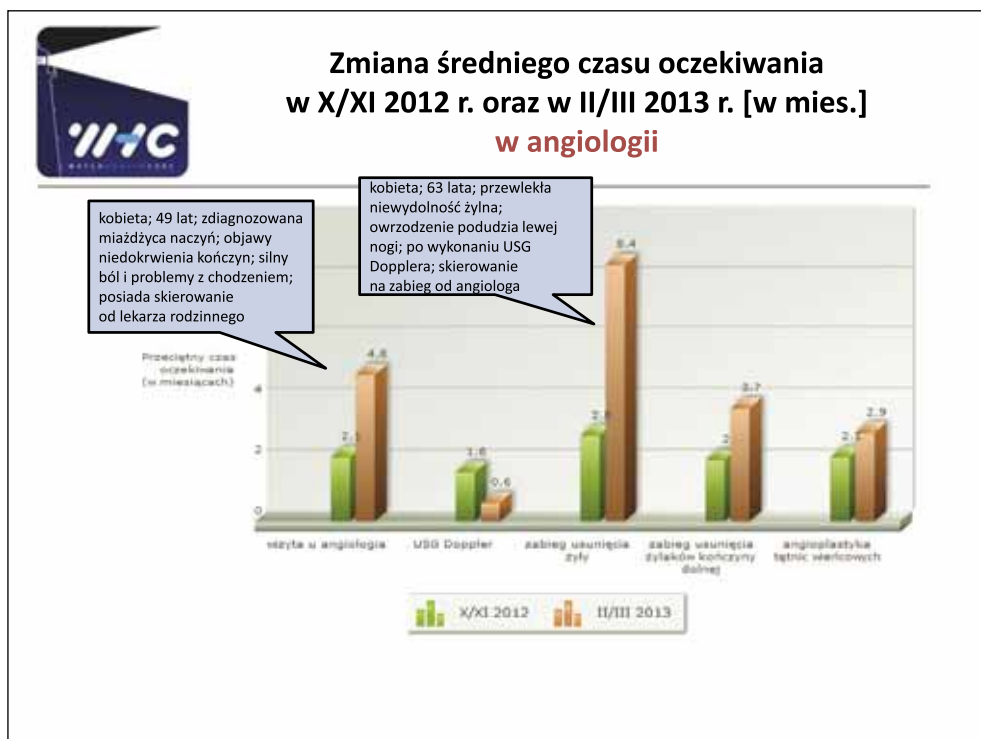
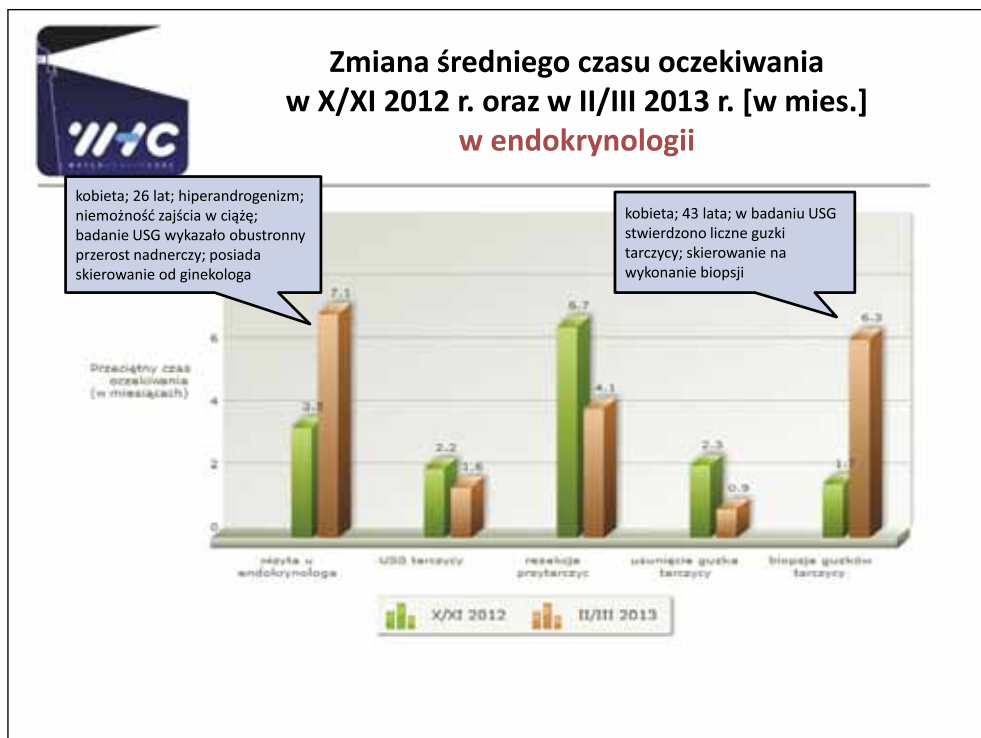
Okres	Średni czas oczekiwania (w miesiącach)
8/III 2012	2.4
9/VI 2012	2.2
8/XI 2012	2.7
8/III 2013	2.5

Minister Zdrowia: Bartosz Arłukowicz

Prezesa NFZ: J. Piłsudski, E. T., Agnieszka Pachciarz

[illegible]







Zmiana średniego czasu oczekiwania w X/XI 2012 r. oraz w II/III 2013 r. [w mies.] w kardiologii

mężczyzna; 39 lat; ogólne osłabienie; częste uczucie „kołatania serca” i zawroty głowy; potwierdzona przez lekarza rodzinnego arytmia; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego

mężczyzna; 50 lat; zaburzenia rytmu serca; w diagnostyce nieinwazyjnej (EKG, ECHO serca, testy wysiłkowe) nie znaleziono przyczyny objawów; posiada skierowanie od kardiologa



Wyniki Barometru WHC

Nadal nie ma w Polsce dziedziny medycyny, w której pacjenci nie napotykaliby ograniczeń w dostępie do teoretycznie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Największymi barierami w dostępie do świadczeń zdrowotnych, które napotykają pacjenci są nadal utrzymujące się kolejki do lekarzy specjalistów. Przy uwzględnieniu równie długiego czasu oczekiwania na wykonanie niezbędnej diagnostyki (będącej warunkiem *sine qua non* postawienia właściwej diagnozy i rozpoczęcia procesu leczenia), może skutkować to niekorzystnymi następstwami postępującego procesu chorobowego.



Dziedziny medycyny, w których średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty jest najdłuższy

DZIEDZINA MEDYCYNY	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA X/XI 2012 R. (W MIES.)	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA II/III 2013 R. (W MIES.)	RÓŻNICA	
endokrynologia	3,5	7,1	3,7	↑
angiologia	2,1	4,8	2,7	↑
nefrologia	1,8	4,5	2,7	↑
kardiochirurgia	1,2	3,9	2,8	↑
hematologia i hematookologia	1,5	3,5	1,9	↑
choroby wewnętrzne	3,1	3,5	0,4	↑
diabetologia	1,4	3,2	1,8	↑
kardiologia	2,1	3,2	1,1	↑



Badania diagnostyczne, na które średni czas oczekiwania jest najdłuższy

BADANIE DIAGNOSTYCZNE	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA X/XI 2012 R. (W MIES.)	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA II/III 2012 R. (W MIES.)	RÓŻNICA	
badanie elektrofizjologiczne (EPS)	3,1	11,6	8,5	↑
badanie bezdechu śródsewnego	7,8	10,3	2,5	↑
biopsja guzków tarczycy	1,7	6,3	4,6	↑
artrografia stawu biodrowego	4,7	5,3	0,6	↑
rezonans magnetyczny (MRI) u osoby starszej	4,9	4,4	0,5	↓



Barometr WHC

www.korektorzdrowia.pl

Projekt Barometr WHC ma na celu monitorowanie zmian w zakresie dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Barometr WHC prezentuje informacje dotyczące zachodzących zmian w zakresie średniego czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne w Polsce na trzech poziomach:

1. zbiorczo dla wszystkich świadczeń w Polsce,
2. zbiorczo dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny,
3. dla wybranych świadczeń wskaźnikowych w danej dziedzinie medycyny.



Barometr WHC
www.korektorzdrowia.pl

Do wskaźnikowych świadczeń zdrowotnych należą:

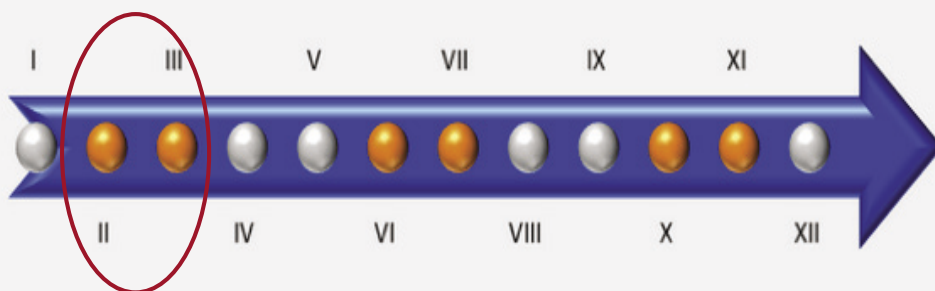
- wizyta u specjalisty;
- badanie diagnostyczne;
- trzy (lub więcej) często wykonywane procedury (np. zabieg operacyjny, zabieg rehabilitacyjny).

ALERGOLOGIA	ANGIOLOGIA	CHIRURGIA OGÓLNA	CHIRURGIA MACIĄTOWA
CHIRURGIA OGÓLNA	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	CHIRURGIA PLASTYCZNA	CHIRURGIA SZCZĘKOWO-TĘŻYŻOWA
CHOROBY PŁUC	CHOROBY WĘWNETRZNE	CHOROBY ZAKAŻNE	DERMATOLOGIA I WENERIOLOGIA
DIABETOLOGIA	ENDOKRYNOLOGIA	GASTROENTEROLOGIA	GERIATRIA
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA	IMUNOLOGIA	KARDIOCHIRURGIA
KARDIOLOGIA	KARDIOLOGIA DZIECIĘCA	NEFROLOGIA I NEFROLOGIA DZIECIĘCA	NEFROLOGIA
NEFROLOGIA	NEUROCHIRURGIA	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA DZIECIĘCA
OKULISTYKA	ONKOLOGIA	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDÓW SŁUCHU	OTOLARYNGOLOGIA
OTOLARYNGOLOGIA DZIECIĘCA	PEDIATRIA	POZOSTAŁE I GENEZALOGIA	PSYCHIATRIA
RADIOLOGIA I DIAGNOSTYKA OBRAZOWA	RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA	REHABILITACJA FIZJOTERAPIA	REUMATOLOGIA
STOMATOLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA DZIECIĘCA	



Barometr WHC publikowany jest cyklicznie

CYKL BAROMETRU WHC



Ranking problemów pacjentów

wersja beta

Strona główna | Aktualności | FAQ | Kontakt

O WHC | **Problemy pacjentów** | **Barometr WHC** | **Konferencje** | **Wytyczne i standardy postępowania** | **Dla pacjenta**

www.WydziałSzczepien.pl

Problemy pacjentów

Świadczenia w koszyku **Świadczenia spoza koszyka** Świadczenia częściowo gwarantowane

Zawiera zestawienie zgłoszonych świadczeń, które znajdują się w Koszyku gwarantowanym, ale do których dostęp jest ograniczony, w największym bądź większym stopniu, ograniczonym

9600 Imieliszka, 83 lat, 8 lat temu doznał zawału serca i od tego czasu ma problemy z oddychaniem, leżąc i powstając z łóżka, pacjent był pod opieką specjalisty od 10 lat

9300 Kobieta, 38 lat, choroba na cukrzycę II typu, potwierdzone wdrożenie sztucznej pęcherzyka, od 2 miesięcy stopniowo utrata wzroku, widzenie „prążkówek” w oku, bólowe obrzęki powłok błonowych i rozprężanie się skóry, wstrząsanie do szpitala

Barometr WHC

Opisana medycyna: hematologia i hematobiochemia

Problemy dotyczące świadczeń w miesiącach:

Przejdź do barometru WHC



Świadczenia w koszyku

Punkty		Informacje o świadczeniu	Zgłoś problem z dostępem do świadczeń Jeżeli napotkasz problem z dostępem do usług medycznych z koszyka gwarantowanego, zgłoś to nam. Zgłoś problem
☐	8000	Wskazanie/choroba: dziecko; 11 lat; zdiagnozowana cukrzyca; rutynowe badanie moczu wykazało obecność glukozy; trudno poddaje się kontrol; nawracające zakażenia cewki moczowej z dużą bolesnością; posiada skierowanie od lekarza pediatry Świadczenie/interwencja: wizyta u urologa Średni czas oczekiwania: 5 mies. Szczegóły: Świadczenie oddzielne Placik publiczny	
☐	7800	Wskazanie/choroba: mężczyzna; 56 lat; trudności z oddawaniem moczu; niski poziom czerwonych krwinek; wysokie stężenie PSA (swiady antygen prostaty); wykonano badanie per rectum oraz USG gruczołu krokowego; zdiagnozowany rak prostaty potwierdzony badaniem histopatologicznym; posiada skierowanie od chirurga onkologa Świadczenie/interwencja: prostatektomia – chirurgiczne usunięcie prostaty Średni czas oczekiwania: 2,6 mies. Szczegóły: Świadczenie oddzielne Placik publiczny	
☐	7800	Wskazanie/choroba: rak gruczołu krokowego; przerzuty do kręgosłupa; zagrożenie kompresji rdzenia kręgowego Świadczenie/interwencja: rezonans magnetyczny (MR) kręgosłupa Średni czas oczekiwania: 3,8 mies. Szczegóły: Świadczenie oddzielne Placik publiczny	



Świadczenia spoza koszyka

Punkty		Informacje o świadczeniu	Zgłoś problem z dostępem do świadczeń Jeżeli napotkasz problem z dostępem do usług medycznych z koszyka gwarantowanego, zgłoś to nam. Zgłoś problem
☐	6300	Wskazanie/choroba: leżenie dłuższe niż 30 dni pacjentów z przebiegiem białaczką limfocytową (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) uprzednio nieleczonych Świadczenie/interwencja: bendamustyna Średni czas oczekiwania: obszar B mies. Szczegóły: Polska Świadczenie oddzielne Placik publiczny	
☐	5580	Wskazanie/choroba: dorośli pacjenci z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP), miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami z aktywującą mutacją EGFR-TK Świadczenie/interwencja: gefitinib Średni czas oczekiwania: obszar B mies. Szczegóły: Polska Świadczenie oddzielne Placik publiczny	
☐	5220	Wskazanie/choroba: zapobieganie powikłaniom kostnym (dłamania patologiczne, konieczność napromieniania kości, wsłak rdzenia kręgowego lub konieczność wykonywania zabiegów operacyjnych kości) u dorosłych z przerzutami guzów złośliwych do kości Świadczenie/interwencja: denosumab 120 mg raz w miesiącu do wstrzykiwań Średni czas oczekiwania: brak mies. Szczegóły: Polska Świadczenie oddzielne Placik publiczny	



Poradnik dla Pacjenta

www.korektorzdrowia.pl





Instytucje wspierające




KANCELARIA PEŁNNA
Prezesa Rady Ministrów
GŁÓWNY URZĘD ZDROWIA

Poradnik dla pacjenta

- Porady dla Pacjentów
- Artykuły
- Dekalog Mądrego Ministra Zdrowia



„Poradnik dla Pacjenta” jest nowym projektem realizowanym przez Fundację Welch Health Care. W ramach projektu udostępniane są na portalu wykłady dotyczące różnych tematów związanych z ochroną zdrowia. Poradę znajdzie Państwo nagrałe dotychczas prezentacje.

Wykłady sławnych mają przede wszystkim służyć jako porad dla pacjentów. W przyszłości sposób prezentowane będą informacje o chorobach, sposobach diagnostyki i leczenia. W Poradniku znajdzie Państwo również praktyczne informacje jak poruszać się w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Udział w projekcie może wziąć każdy. Szczegółowe zachęcamy lekarzy, studentów medycyny i inne osoby związane zawodowo z ochroną zdrowia, ale także osoby chore, które chciałyby udzielić innym użytkownik: porad czy opieki zdrowotnej. Wyślijcieś chętnych zapraszamy do współpracy i prosimy o kontakt:

Partnerzy



LUBERA TWARZ BIENIEKU



GŁÓWNOPOLESKI ZWIĄZEK FARMACEUTYKÓW LEKARZY





Wytyczne i standardy postępowania

www.standardypostepowania.pl

- Wytyczne i standardy »
- Dziedziny medycyny
- O wytycznych
- Dekalog Ministra Zdrowia
- O Fundacji WHC
- Aktualności
- Współpraca
- Kontakt
- Poinformuj o nowych wytycznych

Wytyczne i standardy postępowania

wszystkie dziedziny medycyny

▼

Szukaj

Rekordy we wszystkich dziedzinach medycyny

Liczba wyszukanych rekordów: 441

Strona 1 z 45

Lp	Tytuł	Data publikacji	Instytucja	www	Słowa kluczowe	Dziedzina medycyny	pdf	Informacje i komentarze
	polski oryginalny				polskie zagraniczne			
1	Pharmalgen stosowany w leczeniu alergii na jad pszczoły i os	2012	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)		pharmalgen, jad pszczoły, jad os, alergia, alergia na jad pszczoły	alergologia		
	Pharmalgen for the treatment of bee and wasp venom allergy				pharmalgen, bee venom, wasp venom, alergia, bee venom allergy, wasp venom allergy			
2	Zasady postępowania w alergicznym nieżytu nosa	2012	Kolegium Lekarzy Rodzinnych		alergiczny nieżyt nosa, ANN, prewencja wtórna, prewencja pierwotna, rymoskopia przednia, niedrożność nosa, alergiczne zapalenie spojówek oczu, nieżyt nosa u osób starszych	alergologia		
	Management of allergic rhinitis				allergic rhinitis, ANN, secondary prevention, primary prevention, anterior rhinoscopy, nasal obstruction, allergic eye conjunctivitis, rhinitis in the elderly			

MAREK ROZKRUT

Analiza możliwości zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych. Prognozy rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Temat możliwości zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych w Polsce, a w szczególności roli, jaką mogą odegrać w tym zakresie dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, przedstawił Marek Rozkrut, główny ekonomista Ernst & Young. Prelegent wskazał czynniki, które będą determinować zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w Polsce omówił możliwości finansowania zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne ze środków publicznych i ewentualne bariery. Przedstawił rolę, jaką w zmniejszeniu luki finansowania mogą odegrać dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Można wyróżnić trzy podstawowe czynniki, które będą istotnie wywierać presję na zwiększenie wydatków w obszarze ochrony zdrowia:

Czynnik demograficzny związany z procesem starzenia się ludności

Obecnie populacja w Polsce należy do najmłodszych w Unii Europejskiej. Jednak proces jej starzenia będzie jednym z najszybszych w UE. Szacuje się, że w ciągu najbliższych kilku dekad, do roku 2060, polska populacja będzie jedną z najstarszych w UE. Piramidy demograficzne pokazane w prezentacji zilustrowały zmianę struktury wieku populacji w Polsce od 1990 do 2060 r.

W roku 2010 w Polsce było 5,1 mln osób w wieku 65 lat lub więcej, co stanowiło ok. 13 proc. ludności. W perspektywie 2060 r. liczba osób w tej grupie wiekowej wzrośnie do ponad 11 mln i stanowić będzie ok. 1/3 populacji polskiej. Jednocześnie w latach 2010–2060 w stosunku do całej populacji polskiej spadnie liczba osób w wieku 20–64 z obecnych 65 proc. do 49 proc. W 2010 r. na jedną osobę w wieku 65 lat lub więcej przypadało ok. 5 osób w wieku produkcyjnym. Prognozuje się, że do roku 2060 relacja ta spadnie z 5 do 1,4 osoby. Zmiana ta uwzględnia również prognozowane ruchy migracyjne.

Średnie wydatki z NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce dla osób w wieku 65 lat i więcej były w 2011 r. prawie trzykrotnie wyższe niż w przypadku osób młodszych. Opisane zmiany demograficzne przyczynią się więc w istotny sposób do zwiększenia presji na wzrost wydatków związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych polskiej populacji.

Czynnik dochodowy związany ze wzrostem zamożności oraz wzrostem dochodów społeczeństwa

Badania i doświadczenia innych krajów pokazują, że wydatki na ochronę zdrowia są bardzo silnie powiązane z poziomem rozwoju gospodarczego. Okazuje się, że wydatki na świadczenia zdrowotne rosną szybciej niż dochody. Oznacza to, że elastyczność dochodowa wydatków na zdrowie jest wyższa niż 1. W Polsce, podobnie jak w innych krajach OECD, wydatki na ochronę zdrowia rosną w relacji do PKB. W Polsce, w latach 1990–2010, relacja ta wzrosła z 4,8 proc. do 7 proc. Również w przypadku innych krajów OECD można odnotować systematyczny wzrost wydatków związanych z ochroną zdrowia w relacji do PKB.

Czynnik technologiczny związany z rozwojem technologii i wiedzy medycznej

Teoretycznie postęp technologiczny powinien sprzyjać obniżeniu jednostkowych kosztów leczenia znanych chorób i powodować ograniczanie wydatków na ochronę zdrowia. W praktyce uzyskane oszczędności często są przeznaczane na zwiększenie dostępności poszczególnych terapii.

Ponadto dzięki rozwojowi technologii i wiedzy, zakres leczonych chorób ulega poszerzeniu, co prowadzi do dodatkowego popytu na nowe, nieistniejące wcześniej obszary medyczne.

Jak pokazują badania, efektem netto postępu technologicznego jest wzrost wydatków na ochronę zdrowia.

Komisja Europejska, w ramach tzw. *ageing working group*, przygotowała 11 scenariuszy obrazujących wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, uwzględniając: zmiany demograficzne, wzrost dochodu oraz postęp technologiczny.

W przedstawionej prezentacji uwzględniono scenariusze, które zakładały:

- starzenie populacji w dobrym zdrowiu,
- starzenie populacji w złym zdrowiu,
- wzrost dochodu,
- postęp technologiczny.

Scenariusz opublikowany przez Komisję Europejską pokazał, że w Polsce wzrost zapotrzebowania na świadczenia ochrony zdrowia finansowane ze środków publicznych do roku 2060 będzie jednym z największych w Unii Europejskiej. Przy innych czynnikach niezmiennych, wzrost ten wyniesie 2,6 proc. PKB, czyli w cenach z 2012 roku będzie to ok. 42 mld zł. W przypadku Polski zdecydowana większość rosnącego popytu wyniknie ze zmian demograficznych.

Jeżeli zatem zechcemy ze źródeł publicznych sfinansować rosnący popyt na świadczenia zdrowotne, konieczne będzie zastosowanie przynajmniej jednego z dwóch poniższych rozwiązań:

- Zwiększenie obciążeń fiskalnych (wzrost składki zdrowotnej);
- Sfinansowanie rosnących potrzeb zdrowotnych bez znalezienia źródła, co spowodowałoby w efekcie wzrost długu publicznego;
- Mając na uwadze zmiany demograficzne, których efektem będzie malejąca liczba osób w wieku produkcyjnym, dodatkowe obciążenia paropodatkowe czynnika pracy mogą pogorszyć sytuację ekonomiczną Polski w dłuższym okresie. Jednocześnie mało realne jest zwiększanie długu publicznego przy niezbędnej konsolidacji finansów publicznych w Polsce.

Oczywiście można założyć, że rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne nie zostanie zmaterializowane. Trzeba mieć jednak na uwadze, że rozwiązanie to pogorszy sytuację zdrowotną Polaków.

Należy więc zadać pytanie: czy zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne powinno być finansowane ze środków publicznych?

Obecnie w krajach wysokorozwiniętych większość wydatków związanych z ochroną zdrowia finansowana jest ze źródeł publicznych. Polska nie jest tu wyjątkiem – w 2011 r. wydatki na ochronę zdrowia w 71,7 proc. finansowane były ze źródeł publicznych. Ze względu jednak na wskazane powyżej ograniczenia – spowolnienie gospodarcze i potrzebę konsolidacji fiskalnej – dalsze zwiększanie tych wydatków publicznych, nie tylko w Polsce, ale także w innych krajach, może być bardzo trudne. W związku z tym wyjątkowo cenne byłoby podejmowanie wszelkiego rodzaju inicjatyw, które sprzyjałyby dobrowolnemu zwiększeniu wydatków prywatnych na ochronę zdrowia. Mogłyby one, choć częściowo, sfinansować rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne.

W Polsce w 2010 r. jedynie 3 proc. prywatnych wydatków na ochronę zdrowia stanowiły ubezpieczenia zdrowotne (dane te uwzględniają także wydatki na ochronę zdrowia z ubezpieczeń na życie oraz ubezpieczeń wypadkowych). Bardzo duża część wydatków prywatnych, ok. 85 proc., stanowiły natomiast wydatki bezpośrednie, jednorazowe, czyli tzw. *out-of-pockets*.

Podjęto próbę zbadania, w jakim stopniu rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych mógłby stymulować prywatne wydatki na ochronę zdrowia – czy tylko zmieniałyby ich strukturę, czy przyczyniałyby się do wzrostu tych wydatków, domykając tym samym lukę w finansowaniu, co zapewniłoby, przynajmniej częściowo, sfinansowanie silnie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. W badaniu tym przeanalizowano pięć scenariuszy:

- Scenariusz bazowy: relacja wydatków ubezpieczeniowych do wydatków prywatnych ogółem utrzyma się na stałym poziomie w horyzoncie prognozy
- Scenariusz domykania luki stopy partycypacji do poziomu 12 proc. w perspektywie roku 2022
- Scenariusz domykania luki stopy partycypacji do poziomu 12 proc. w perspektywie roku 2032
- Scenariusz domykania luki stopy partycypacji do poziomu 20 proc. w perspektywie roku 2022
- Scenariusz domykania luki stopy partycypacji do poziomu 20 proc. w perspektywie roku 2032.

Założono, że stopa partycypacji (liczba osób posiadających dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne lub abonament medyczny w relacji do całej populacji) wzrośnie do poziomu 12 proc. lub 20 proc., w zależności od rozpatrywanego scenariusza. Założono, że wzrost stopy partycypacji do 12 proc. jest efektem uchwalenia ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, natomiast wzrost do poziomu 20 proc. wprowadzeniem do tej ustawy dodatkowych zapisów, których celem ma być upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Ponadto założono, że oba powyższe scenariusze domykania luki partycypacji realizowane będą w perspektywie 2032 lub 2022 r. (scenariusze dynamicznego domykania luki).

W scenariuszu bazowym prognozuje się, że prywatne wydatki ogółem na ochronę zdrowia wzrosną z 32 mld w 2012 r. do nieco ponad 41 mld w 2016 r. Wartość wydatków na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty medyczne wzrosłaby z niecałych 3 mld w 2012 r. do 3 mld 700 mln w 2016 r.

Jednocześnie w wariantcie najbardziej dynamicznym (domykanie luki partycypacji do poziomu 20 proc. w perspektywie 2022 roku) wartość połączonego rynku dodatkowych ubezpieczeń i abonamentów w roku 2016 mogłaby wynieść ponad 15 mld zł, natomiast w wariantcie najmniej optymistycznym (domykanie luki partycypacji do poziomu 12 proc. w perspektywie 2032 roku) wyniesie ona niecałe 5 mld zł.

W badaniu zwrócono również uwagę na efekt substytucyjny, czyli to, w jakim stopniu wydatki na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne substytuują, tj. wypierają wydatki *out-of-pockets*, a w jakim stopniu prowadzą do wzrostu wydatków prywatnych ogółem.

Badanie potwierdza, że upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonentów medycznych powoduje nie tylko zmianę struktury prywatnych wydatków na ochronę zdrowia, ale także ogólny wzrost tych wydatków. Oznacza to, że upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych pomogłoby w sfinansowaniu rosnących potrzeb zdrowotnych, będących następstwem zidentyfikowanych wcześniej czynników, głównie demograficznych.

Podsumowując można stwierdzić, że upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje:

- Korzystniejszą strukturę wydatków prywatnych na ochronę zdrowia
- Zwiększenie prywatnych wydatków na ochronę zdrowia ogółem, co pozwoli na częściowe sfinansowanie rosnących potrzeb zdrowotnych
- Zwiększenie środków finansowych w ochronie zdrowia z korzyścią dla świadczeniodawców, lekarzy oraz pracodawców
- Częściowe odciążenie systemu bazowego (korzyści dla osób nieposiadających dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych).

W związku z tym należy przyjąć, że jest to jeden z czynników, który sprzyja poprawie efektywności mechanizmów funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Starzenie się populacji wiąże się z dużymi wyzwaniami dotyczącymi zapotrzebowania na świadczenia w ochronie zdrowia. Zmiany demograficzne w Polsce będą wyjątkowo silne w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej. Wzrost zapotrzebowania na publiczne świadczenia zdrowotne w Polsce będzie jednym z najwyższych w Unii Europejskiej. Niestety, ze względu na istniejące ograniczenia, to rosnące zapotrzebowanie nie będzie mogło być finansowane ze źródeł publicznych. W związku z tym należy szukać wszelkich dodatkowych rozwiązań, które stymulowałyby wzrost prywatnych wydatków na ochronę zdrowia. Jednym z takich rozwiązań mogą być dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, które nie tylko zmieniają strukturę wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, ale równocześnie spowodują ich ogólny wzrost. Tym samym pozwolą sfinansować rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne Polaków.



MAREK ROZKRUT – kieruje Zespołem Strategii Ekonomicznej i pełni funkcję głównego ekonomisty firmy doradczej Ernst & Young. Wcześniej zajmował stanowisko dyrektora Departamentu Polityki Finansowej, Analiz i Statystyki w Ministerstwie Finansów.



**Analiza możliwości zaspokojenia
rosnących potrzeb zdrowotnych.
Prognozy rozwoju rynku dodatkowych
ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce**

Marek Rozkrut
Główny Ekonomista Ernst & Young w Polsce

Warszawa, 17 maja 2013 r.

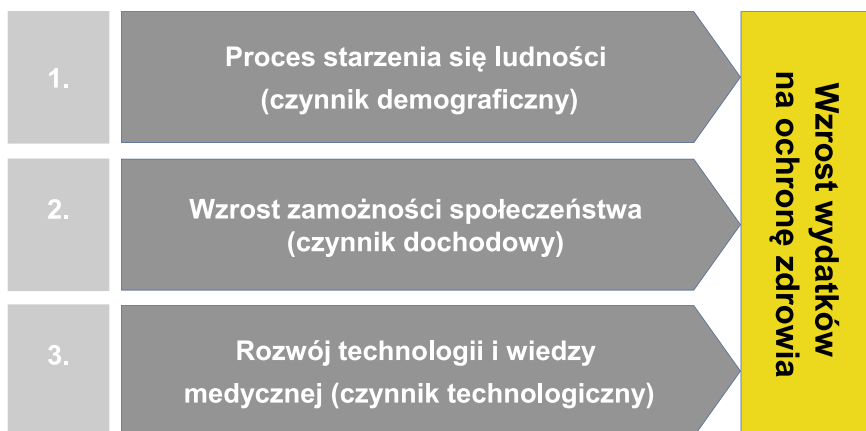


Plan prezentacji

- I. Rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne
- II. Ograniczone możliwości finansowania dodatkowych świadczeń ze środków publicznych
- III. Perspektywy rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych
- IV. Podsumowanie

Czynniki wywierające presję na wzrost wydatków na ochronę zdrowia

- Można wyróżnić trzy kluczowe czynniki wpływające na rosnący popyt na usługi zdrowotne: **demograficzny, dochodowy oraz technologiczny.**



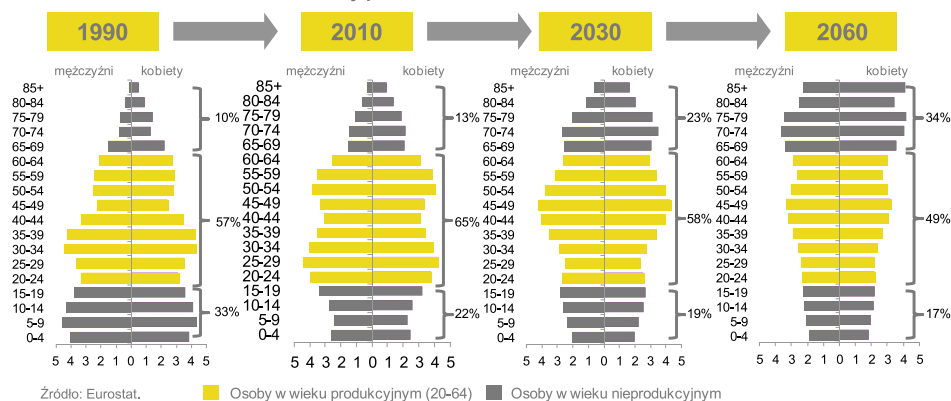
Strona 3

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

W nadchodzących dekadach odsetek osób starszych w populacji Polski istotnie wzrośnie

- Liczba osób w wieku 65+ wzrośnie z 5,1 mln w 2010 r. (13% ludności) do 11,3 mln w 2060 r. (ponad 34% populacji).
- Odsetek osób w wieku produkcyjnym (20 lat–64 lata) spadnie z 65% w 2010 do 49% w 2060 r.

Piramidy płci i wieku dla Polski w latach 1990-2060



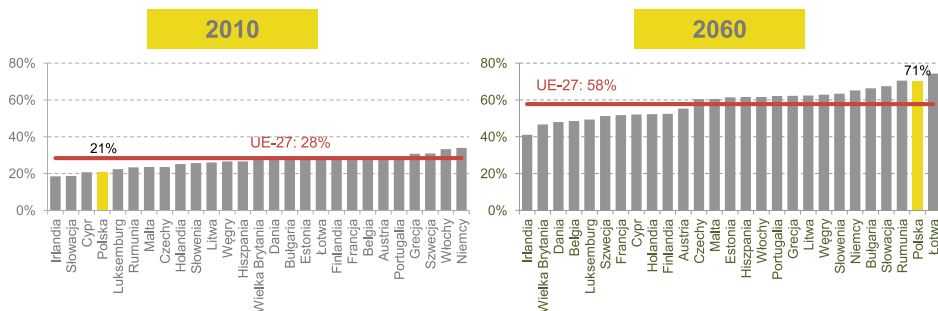
Strona 4

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Starzenie się populacji Polski jest wyjątkowo szybkie na tle pozostałych krajów UE

- W 2010 r. w Polsce na jedną osobę w wieku 65+ przypadało około pięć osób w wieku produkcyjnym.
- Do 2060 r. relacja osób w wieku 65+ do osób w wieku 20 lat–64 lata zwiększy się istotnie we wszystkich krajach UE, jednak w Polsce zmiana ta będzie wyjątkowo silna – na jedną osobę w wieku 65+ będzie przypadać zaledwie 1,4 osoby w wieku 20 lat–64 lata

Relacja liczby osób w wieku 65+ do liczby osób w wieku 20 lat–64 lata w krajach Unii Europejskiej



Źródło: Eurostat.

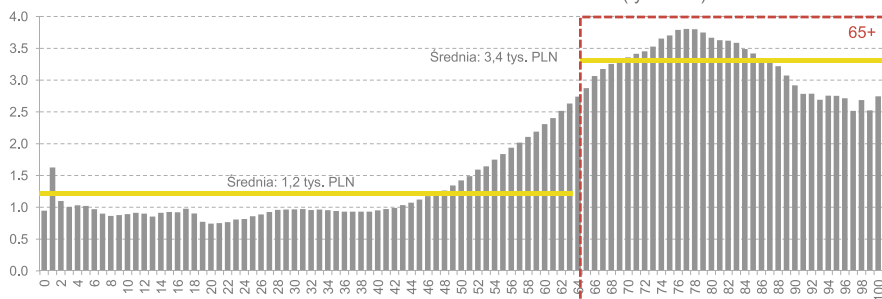
Strona 5

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Wydatki na ochronę zdrowia rosną wraz z wiekiem

- Oznacza to, że przy braku istotnych zmian w strukturze zachorowalności według wieku, starzenie się populacji doprowadzi do **wzrostu zapotrzebowania oraz zmiany struktury popytu** na świadczenia zdrowotne. To z kolei będzie rodzić konsekwencje dla systemu finansowania oraz dla podaży usług medycznych.

Profil wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce na mieszkańca w zależności od wieku w 2011 roku (tys. PLN)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

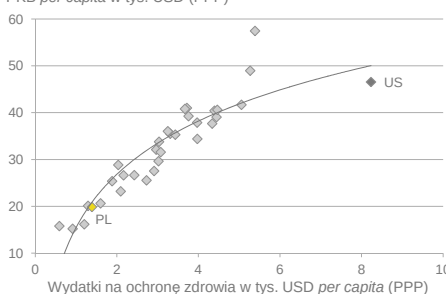
Strona 6

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

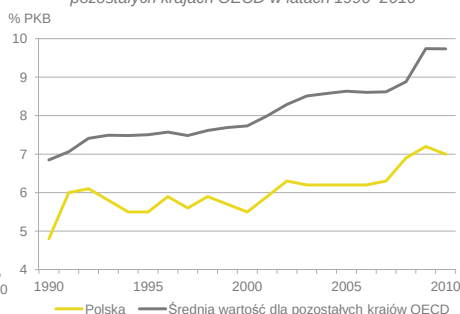
Wydatki na ochronę zdrowia rosną szybciej niż dochód

- ▶ Istnieje istotna zależność pomiędzy **poziomem rozwoju gospodarczego** a wielkością wydatków na opiekę zdrowotną danego kraju.
- ▶ Co więcej, wydatki na zdrowie rosną szybciej niż dochody. Wraz ze wzrostem zamożności, ludzie są skłonni przeznaczać na ten cel coraz większą część swojego dochodu. W Polsce relacja wydatków na zdrowie do PKB wzrosła w latach 1990–2010 z **4,8% do 7,0%**.

Relacja pomiędzy poziomem PKB per capita a wydatkami na zdrowie per capita w krajach OECD* w 2010 r.
PKB per capita w tys. USD (PPP)



Wydatki na zdrowie w relacji do PKB w Polsce oraz pozostałych krajach OECD w latach 1990–2010



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD. * Bez Luksemburga.

Strona 7

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Wpływ rozwoju technologii i wiedzy medycznej

- ▶ Z przeglądu badań wynika, iż rozwój technologii medycznej może odpowiadać za znaczną część wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną w krajach rozwiniętych.
- ▶ Jednakże z prognoz Komisji Europejskiej wynika, iż w Polsce czynnik technologiczny odegra w najbliższych latach we wzroście wydatków na ochronę zdrowia znacznie mniej istotną rolę niż czynnik demograficzny.

Kluczowe mechanizmy oddziaływania efektu technologicznego na wzrost wydatków na ochronę zdrowia

Obniżenie jednostkowych kosztów leczenia znanych chorób

- Teoretycznie działa w kierunku ograniczania wydatków.
- W praktyce, oszczędności uzyskane z obniżenia kosztów jednostkowych są przeznaczane na zwiększenie dostępności poszczególnych terapii.

Poszerzenie zakresu leczonych schorzeń

- Prowadzi do generowania popytu w nowych, nieistniejących wcześniej obszarach.
- W efekcie wpływ netto postępu technologicznego na wydatki na ochronę zdrowia jest dodatni.

Źródła: European Commission, The 2012 Ageing Report; K. Dybczak, B. Przywara, The role of technology in health care expenditure in the EU, *European Economy*, nr 2/2010; S. D. Smith, S. K. Heffler i M. S. Freeland: The impact of technological change on health care cost spending: an evaluation of the literature, *Health Care Financing Administration*, 2000; A. A. Okunade, V. N. R. Murthy: Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture, *Journal of Health Economics*, nr 21(1), 2002.

Strona 8

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Prognozy wydatków na opiekę zdrowotną – analizowane scenariusze

- W analizie uwzględniono cztery z jedenastu scenariuszy prezentowanych przez Komisję Europejską (Ageing Working Group – AWG).

Starzenie w dobrym zdrowiu	- wyłącznie efekt demograficzny - cały wzrost czasu trwania życia dotyczy życia w dobrym stanie zdrowia
Starzenie w złym zdrowiu	- wyłącznie efekt demograficzny - cały wzrost długości trwania życia dotyczy życia w złym stanie zdrowia
Demografia + zamożność	- połowa dodatkowego czasu trwania życia w dobrym zdrowiu - dodatkowo zakłada się, że popyt na usługi zdrowotne rośnie szybciej od dochodu (elastyczność dochodowa 1,1 na początku prognozy, do 2060 roku zbiega jedności)
Demografia + zamożność + technologia	- połowa dodatkowego czasu trwania życia w dobrym zdrowiu - poza efektem dochodowym, uwzględnia również wpływ zmian technologicznych na poziom wydatków (w efekcie elastyczność w początkowym okresie prognozy wynosi nie 1,1 a 1,3)

Więcej [w:] European Commission, The 2012 Ageing Report.

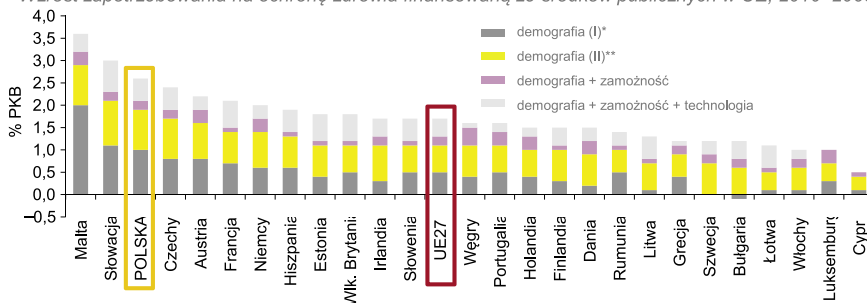
Strona 9

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w Polsce będzie należał do największych w UE

- Zapotrzebowanie na świadczenia ochrony zdrowia w Polsce do 2060 r. **wzrośnie nawet o 2,6% PKB** (w 2012 r. 2,6% PKB = ok. 42 mld PLN).
- Jest to **jeden z największych wzrostów** (w relacji do PKB) wśród krajów Unii Europejskiej. Zdecydowana większość tego wzrostu wynika z **czynników demograficznych**.

Wzrost zapotrzebowania na ochronę zdrowia finansowaną ze środków publicznych w UE, 2010–2060



* Scenariusz starzenia się populacji w dobrym zdrowiu.

** Różnica między efektem starzenia się w dobrym i złym zdrowiu – suma słupków „szarego” i „żółtego” obrazuje łączny efekt starzenia się w złym zdrowiu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie European Commission, The 2012 Ageing Report.

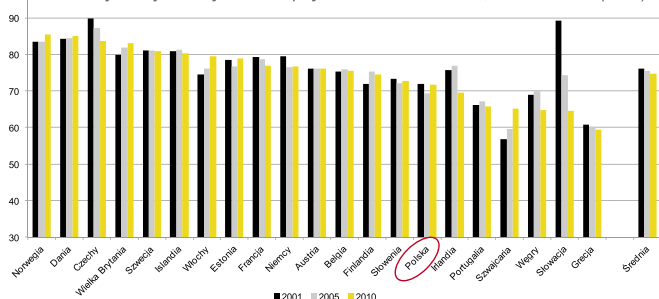
Strona 10

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Głównym źródłem finansowania wydatków związanych z ochroną zdrowia są środki publiczne

- ▶ W 2010 r. udział **wydatków publicznych** w wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce wyniósł **71,7%**. Mimo rosnących potrzeb, w warunkach obecnej i prognozowanej sytuacji makroekonomicznej istotny wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest mało prawdopodobny:
 - ▶ Ograniczone możliwości dalszego wzrostu długu publicznego oraz sfinansowanie wydatków poprzez nałożenie dodatkowych obciążeń (para)podatkowych pogłębiłoby problemy na rynku pracy spowodowane czynnikami demograficznymi.

Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich w latach 2001, 2005 i 2010 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok, Warszawa 2012 [za:] dane OECD.

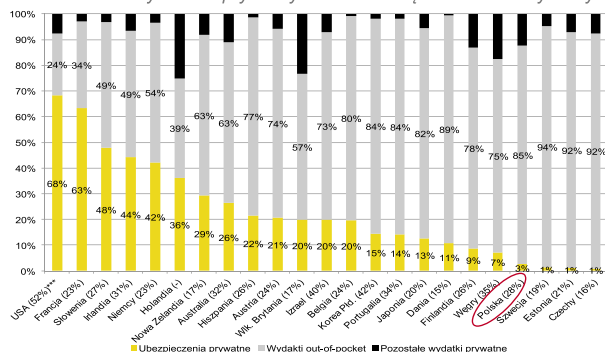
Strona 11

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Potrzebny wzrost wydatków prywatnych – dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne czynnikiem sprzyjającym?

- ▶ Ze względu na ograniczone możliwości znacznego zwiększenia wydatków publicznych, pożądane są działania sprzyjające finansowaniu zwiększonego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną ze środków prywatnych.
- ▶ W Polsce ok. 85% wydatków prywatnych na ochronę zdrowia to bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych, a **jedynie 3% to wydatki finansowane z prywatnych ubezpieczeń**.

Struktura wydatków prywatnych na ochronę zdrowia* w wybranych krajach w 2010 r. **



*Ubezpieczenia prywatne („złote słupki”) obejmują m.in. także wydatki na ochronę zdrowia finansowane z ubezpieczeń na życie, ubezpieczeń wypadkowych itp.
**Dane dla Australii, Irlandii, Japonii za rok 2009, a dla Izraela za rok 2008.

*** W nawiasach podano procentową wartość prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w relacji do wydatków na ochronę zdrowia ogółem dla każdego z analizowanych krajów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Strona 12

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Prognozy rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów – analizowane scenariusze

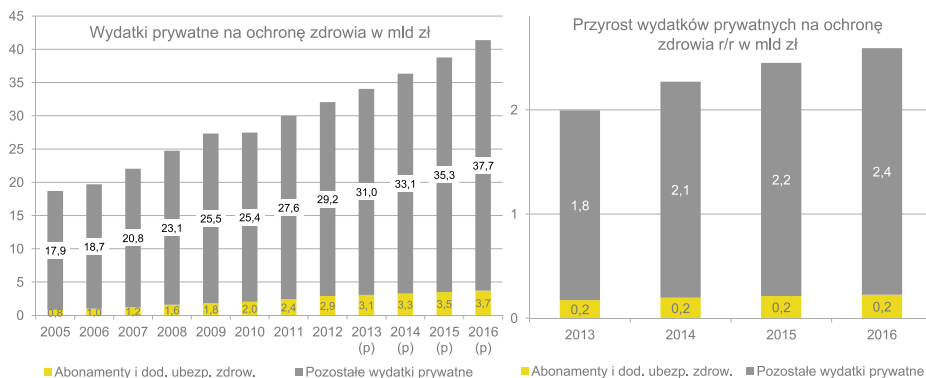
- ▶ **Scenariusz bazowy** (scenariusz BAU, od ang. *Business As Usual*) – zakłada, że relacja wydatków na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty medyczne do całkowitych wydatków prywatnych na zdrowie utrzyma się w horyzoncie prognozy na stałym poziomie z 2012 r.
- ▶ **Dwa scenariusze domykania luki** (scenariusze DL) – zakładają, że stopa partycypacji w rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów medycznych w 2032 r. osiągnie poziom 12% (scenariusz DL12) lub 20% (scenariusz DL20).
- ▶ **Dwa scenariusze dynamicznego domykania luki** (scenariusze DDL) – zakładają, że stopa partycypacji w rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów medycznych w 2022 r. osiągnie poziom 12% (scenariusz DDL12) lub 20% (scenariusz DDL20).
- ▶ Założono, że **uchwalenie ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym** i zniesienie barier prawnych ograniczających rozwój tych ubezpieczeń spowoduje dynamiczny rozwój tego rynku, który w perspektywie 2022 r. (scenariusz DDL) lub 2032 r. (scenariusz DL) (wraz z medycznym rynkiem abonamentowym) osiągnie poziom partycypacji równy 12% lub 20%.

Strona 13

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Prognoza wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w Polsce do 2016 r. – scenariusz bazowy

- ▶ W scenariuszu bazowym prywatne wydatki ogółem na ochronę zdrowia wzrosną z 32,1 mld zł w 2012 r. do 41,4 mld zł w 2016 r.
- ▶ W scenariuszu BAU łączny rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów wzrośnie z ok. 2,9 mld zł w 2012 r. do 3,7 mld zł w 2016 r.

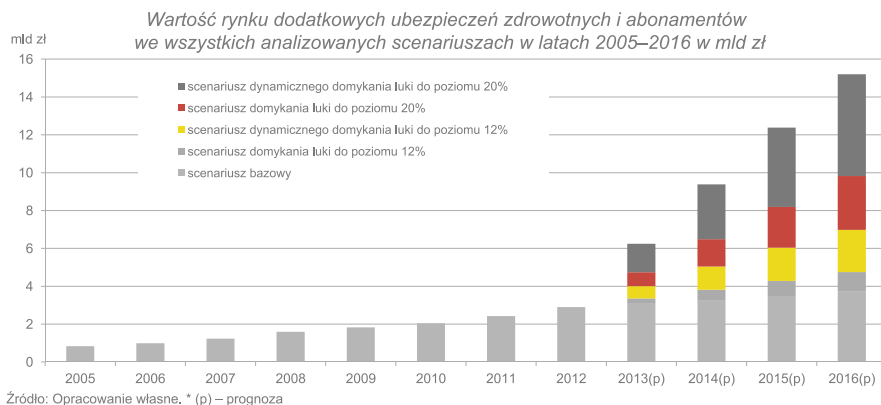


Strona 14

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Prognozy rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów

- ▶ W scenariuszach DL12 i DDL12 prognozowana wartość połączonego rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów wynosi w 2016 r. odpowiednio 4,8 mld zł i 7,0 mld zł, zaś w scenariuszach DL20 i DDL20 odpowiednio 9,8 mld zł i 15,2 mld zł.

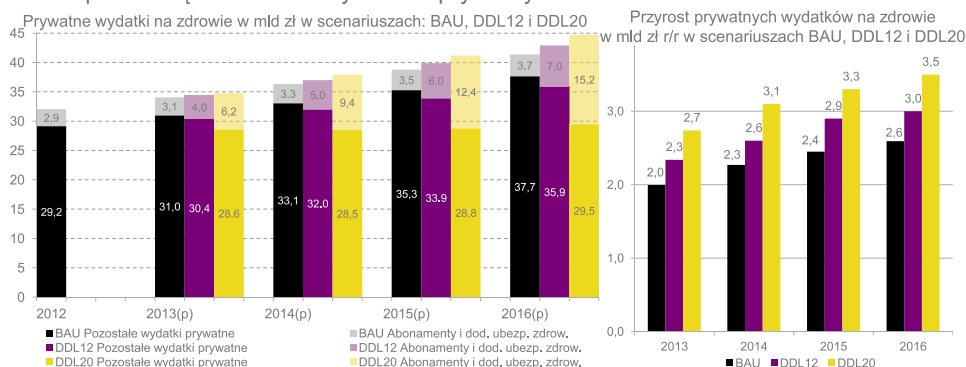


Strona 15

ERNST & YOUNG
 Quality in Everything We Do

Prognoza zmian w strukturze i poziomie wydatków prywatnych na ochronę zdrowia

- ▶ Wydatki na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty w scenariuszach DL oraz DDL rosną szybciej niż prywatne wydatki na zdrowie ogółem. Ich udział w wydatkach prywatnych ogółem rośnie z 9,0% w 2012 r. do 16,3% w 2016 r. (DDL12), a nawet do 34,0% (DDL20).
- ▶ Zmiany sprzyjające rozwojowi dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych prowadzą do wzrostu wydatków prywatnych i do zmian w ich strukturze.



Strona 16

ERNST & YOUNG
 Quality in Everything We Do

Korzyści z rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dla różnych grup interesariuszy

- ▶ Beneficjentami upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych mogą być nie tylko pacjenci, ale też świadczeniodawcy, lekarze i pracodawcy.

Korzyści z rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Dla pacjentów	Dla świadczeniodawców	Dla lekarzy
- Możliwość wyboru świadczeniodawcy, a nawet lekarza prowadzącego leczenie, - Wyższa jakość i większa dostępność usług (w tym skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie), - Krótszy czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w systemie bazowym, - Ochrona przed koniecznością ponoszenia wydatków out-of-pocket, - Rozkład płatności w czasie i pomiędzy podmiotami (wyrównywanie szans na dostęp do świadczeń zdrowotnych).	- Napiływ dodatkowych środków pieniężnych do całego systemu ochrony zdrowia, stwarzający możliwość udzielenia większej liczby świadczeń – wykorzystanie istniejących mocy produkcyjnych i poprawa wyników finansowych, - Uregulowanie zasad współpracy między publicznymi świadczeniodawcami a prywatnymi płatnikami (uniezależnienie od NFZ),	- Poprawa sytuacji finansowej świadczeniodawców – to możliwość osiągnięcia przez lekarzy wyższych dochodów oraz poprawa warunków pracy, - Dodatkowe środki pieniężne na wykonywanie niezbędnych badań medycznych.
		Dla pracodawców
		- Poprawa w długim okresie stanu zdrowia pracowników, a w konsekwencji krótsze ich absencje chorobowe, - Poprawa wizerunku pracodawcy.

Poprawa efektywności mechanizmów funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Strona 17

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

Podsumowanie

- ▶ Starzenie się populacji wiąże się z dużym wzrostem zapotrzebowania na świadczenia w ochronie zdrowia.
- ▶ W Polsce wzrost zapotrzebowania na publiczne świadczenia zdrowotne będzie jednym z najwyższych w Unii Europejskiej.
- ▶ Ze względu na uwarunkowania makroekonomiczne, finansowanie rosnących potrzeb zdrowotnych Polaków ze środków publicznych będzie coraz trudniejsze.
- ▶ Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wpłynie na zmianę struktury wydatków prywatnych, znacząco zmniejszając udział wydatków bezpośrednich (out-of-pocket).
- ▶ Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje wzrost całkowitych prywatnych wydatków na ochronę zdrowia, tym samym przyczynia się do zmniejszenia luki finansowania rosnącego zapotrzebowania Polaków na świadczenia zdrowotne.

Strona 18

ERNST & YOUNG
Quality in Everything We Do

DOROTA M. FAL

Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. W chwili obecnej prawo to nie do końca jest w Polsce realizowane. Nie dotyczy ono jedynie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale także możliwości skorzystania z potrzebnej procedury w ramach środków prywatnych. Ponadto Konstytucja stanowi, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Raport Komisji Europejskiej z marca 2011 r. zarzucił polskiemu systemowi nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowane kolejką pacjentów do świadczeń. Jednocześnie diagnoza społeczna z 2011 r. pokazuje, że wiele osób w Polsce rezygnuje z otrzymania świadczenia zdrowotnego ze względu na długi czas oczekiwania. Istotny jest również fakt, że długie oczekiwanie powoduje, iż świadczenie dostarczone w późniejszym czasie rodzi dodatkowe, negatywne skutki zdrowotne.

Zgodnie z Orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r. (wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r.) Konstytucja nie przesądza, jaki model organizacyjno-prawny systemu opieki zdrowotnej powinien zostać wdrożony w Polsce. Ma on jednak być oparty na równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Mając na uwadze niewydolność systemu publicznego, należy podjąć rozmowy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Ubezpieczenie zdrowotne – definicja [na potrzeby konferencji]

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje finansowanie bądź zapewnianie przez zakład ubezpieczeń na rzecz ubezpieczonego świadczeń opieki zdrowotnej, które są związane z profilaktyką, bądź z terapią następstw choroby i wypadków. Korzystanie ze świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego nie może naruszać praw ani obowiązków świadczeniobiorców, które wynikają z przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Sytuacja obecna

Koszty opieki zdrowotnej z wiekiem dramatycznie rosną. Na przykładzie danych NFZ z 2010 r. widzimy, że:

- Koszt leczenia młodego mężczyzny średnio rocznie wynosił 547 zł;
- Koszt leczenia populacji osób młodszych niż 65-latkowie wynosił średnio 1159 zł;
- Koszt leczenia populacji osób starszych wynosił średnio na osobę 3262 zł;
- System w chwili obecnej nie jest w stanie sprostać finansowaniu ustawowo gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Faktem jest, że osoby, które są dla systemu „drogie”, to głównie osoby starsze. Obecnie ich liczba wynosi „zaledwie” 14,2 proc. populacji, tj. 5,4 mln. Jednakże w roku 2060 osób tych będzie już ponad 11 mln, co ma stanowić prawie 1/3 populacji Polski. Sytuacja ta rodzi niewyobrażalnie duże obciążenie dla płatnika publicznego, a brak wprowadzenia w systemie zmian spowoduje:
 - znaczące pogorszenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - konieczność podniesienia składki obowiązkowej na ubezpieczenie zdrowotne, co według analiz, będzie trudne pod względem tak ekonomicznym, jak i politycznym oraz społecznym oraz
 - wzrost nakładów prywatnych na opiekę zdrowotną (obecnie wynoszą one 1/3 wszystkich nakładów na ochronę zdrowia w Polsce);

W kontekście wszystkich zachodzących zmian, zwłaszcza demograficznych, architektura systemu musi ulec zasadniczym zmianom. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące rozkładu wydawania środków pokazują, że 5 proc. ubezpieczonych konsumuje prawie 60 proc. dostępnych środków, a tylko 75 proc. ubezpieczonych w ogóle korzysta realnie ze świadczeń.

Idea ubezpieczenia

Ubezpieczenie to taka umowa, w której pewna liczba osób wpłaca środki finansowe (składkę) na wypadek nieprzewidzianego zdarzenia, przekraczającego możliwości finansowe jednostki. Skutki zdarzenia losowego dotyczącego jednego z ubezpieczonych zostaną sfinansowane z zebranych środków.

Obecnie większość świadczeń opieki zdrowotnej pokrywanych ze środków prywatnych jest finansowana na zasadzie *fee for service*, czyli opłaty za poszczególne świadczenia.

Aktualnie współpłacenie Polaków z własnej kieszeni wynosi około 33 proc. wszystkich wydatków na zdrowie i plasuje Polskę nieco powyżej średniej unijnej. Należy przy tym pamiętać, że wydatki na zdrowie w Polsce są daleko poniżej średniej krajów OECD zarówno w liczbach bezwzględnych, jaki i w odniesieniu do PKB.

Jeśli weźmie się pod uwagę różne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sytuacja w zakresie prywatnych wydatków na zdrowie przedstawia się następująco:

- na leki z uwzględnieniem parafarmaceutyków i suplementów diety wydajemy 19 mld zł (70 proc. całej sumy), w tym ponad 10 mld zł na leki OTC i suplementy diety, a jedynie 9 mld na dopłaty do leków na receptę i na leki nierefundowane przez NFZ;
- leczenie ambulatoryjne i opieka stomatologiczna pochłaniają około 12 mld zł;

- na ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty, czyli przedpłaconą opiekę zdrowotną, przeznaczamy niecałe 10 proc. wszystkich wydatków prywatnych, czyli poniżej 3 mld złotych.

Warto zauważyć, że praktycznie nie finansujemy prywatnie opieki szpitalnej. Może to wynikać między innymi z tego, że przy braku rozwiniętych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są to wydatki, których społeczeństwo nie jest w stanie sfinansować z „własnej kieszeni”, ze względu na ich koszt.

Wykorzystanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Ponad 85 proc. środków prywatnych wydawanych jest w sposób niezinstytucjonalizowany, jako płatności *out-of-pocket*. W porównaniu do innych krajów UE, Polska ma niekorzystną strukturę prywatnych wydatków na ochronę zdrowia. Dominują w niej jednorazowe wydatki ponoszone bezpośrednio z „kieszeni pacjenta”. Taka struktura wydatków to efekt m.in. barier regulacyjnych uniemożliwiających skuteczny rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Efektem barier jest także niski stopień partycypacji w tych ubezpieczeniach.

W wielu krajach europejskich dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi objęta jest znaczna część społeczeństwa. Są to ubezpieczenia komplementarne dwóch rodzajów, generujące wysoką partycypację:

- ubezpieczenia, które obejmują procedury świadczone poza systemem bazowym – Holandia, Liechtenstein, Austria, Dania;
- ubezpieczenia komplementarne od znaczącego współpłacenia – Francja, Luksemburg, Słowenia, Belgia.

Wysoka partycypacja może również wystąpić w przypadku ubezpieczeń suplementarnych, jak np. w Irlandii, gdzie partycypacja wynosi ponad 49 proc. Niższy procent partycypacji w przypadku tego rodzaju ubezpieczeń występuje w takich krajach jak np. Malta, Niemcy, Cypr (około 20 proc.) czy Wielka Brytania (11 proc.).

W ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczony ma prawo do świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia, czyli tzw. rozporządzeniach koszykowych. Koszyk świadczeń gwarantowanych wprowadzony ustawowo, definiowany rozporządzeniami Ministra Zdrowia, gwarantuje bardzo szeroki zakres świadczeń od leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej poprzez programy zdrowotne, leki itd. Zdaniem ekspertów koszyk jest jednak „niedookreślony”. Dla długookresowej stabilności systemu koszyk powinien zostać urealniony z uwzględnieniem środków, którymi dysponuje płatnik publiczny. Należy pamiętać o dostarczeniu narzędzi, które pozwolą rozłożyć na populację ryzyko zapłacenia za procedury, których w koszyku nie znajdziemy. Takim narzędziem są ubezpieczenia.

Wydatki publiczne na powszechne ubezpieczenia zdrowotne wciąż rosną. Do 2012 r. średni ich roczny wzrost wynosił 12 proc. Wynikał on ze wzrostu PKB, procentowego wzrostu składki zdrowotnej (od 7,75 proc. do 9 proc.) oraz wzrostu wynagrodzeń. Tak znaczący wzrost wydatków nie przełożył się jednak na wzrost satysfakcji z publicznej opieki zdrowotnej.

W sondażu CBOS „Opinia o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej” Polacy wyrazili swoje zdanie na temat zadowolenia bądź jego braku z systemu opieki zdrowotnej w Polsce. 78 proc. Polaków wyraziło swoje niezadowolenie z publicznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z wynikami badania można

jednak odnotować, że Polacy są zadowoleni z dostępności podstawowej opieki zdrowotnej i nowoczesnej aparatury medycznej; 70 proc. respondentów jest niezadowolonych z dostępności lekarzy specjalistów, diagnostyki medycznej i czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne.

W roku 2012 Narodowy Fundusz Zdrowia zanotował niedopłatę w stosunku do budżetu przekraczającą miliard złotych, którą udało się pokryć rezerwami, innymi wpływami oraz oszczędnościami z tytułu ustawy refundacyjnej. Ze względu na odnotowane w tym roku pogorszenie się wzrostu gospodarczego, z którym powiązana jest większość wskaźników ekonomicznych, spodziewana jest ponowna niedopłata w 2013 r.

Zgodnie z zapowiedzią Ministerstwa Zdrowia niezbędne jest rozpoczęcie prac nad ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. To cieszy, zwłaszcza że rozmowy na temat ubezpieczeń dodatkowych trwają już wiele lat.

Jakie powinny być te ubezpieczenia?

- powszechne – muszą wnosić wartość dodaną dla klienta/pacjenta i być dla niego dostępne cenowo;
- akceptowalne dla zakładów ubezpieczeń, tzn. zbierana składka powinna przynajmniej pokrywać koszty procedur medycznych – zakłady powinny chcieć je zaoferować i konkurować o ubezpieczonego;
- stać się realną częścią systemu opieki zdrowotnej, tzn. muszą pokrywać i zabezpieczać realną część potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Rozwiązania, które mogą wspierać powszechność systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych to:

- wsparcie produktów o charakterze grupowej kalkulacji ryzyka w celu uniknięcia wykluczenia osób o wyższym ryzyku zdrowotnym, tj. starszych lub chorych;
- wprowadzenie zachęt dla długoterminowości umów, czyli przedłużania i kontynuowania umów ubezpieczeniowych; efektem tego byłoby wprowadzenie elementów koordynowanej opieki zdrowotnej;
- umożliwienie pracodawcom finansowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i stworzenie dla nich stosownych zachęt;
- wprowadzenie innych zachęt podatkowych, które poprawią partycypację.

Koordynowana opieka zdrowotna

Koordynowaną opieką zdrowotną warto obejmować populację od momentu, kiedy jej podmiot, czyli ubezpieczony, jest jeszcze zdrowy, i powinna ona trwać do momentu zakończenia leczenia. W 1974 r. minister Lalonde stworzył podstawy nauki zwanej zdrowiem publicznym, zgodnie z którą stwierdził, że:

- aż około 70 proc. zdrowia człowieka zależy od jego: zachowania (50 proc.) i środowiska pracy (20 proc.);
- jedynie za około 10 proc. zdrowia człowieka odpowiada medycyna naprawcza.

Obecnie społeczeństwo polskie przeznaczają na medycynę naprawczą blisko 97 proc. środków, a tylko około 3 proc. na szeroko rozumianą profilaktykę. Biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństwa i rozwój technologii medycznych, przypuszcza się, że w przyszłości Polaków nie będzie stać na utrzymanie tych proporcji. Konieczne jest więc wprowadzanie koordynowanej opieki zdrowot-

nej, od zbudowania prozdrowotnych podstaw po koordynowanie procesu leczenia na wszystkich jego poziomach. Bardzo ważny jest również tzw. *compliance*, czyli współpraca pacjenta z lekarzem. Prowadzenie pacjenta przez proces leczenia i system opieki zdrowotnej ograniczy koszty, a samemu pacjentowi poprawi standard życia. Dlatego należy zwracać uwagę na współpracę pacjenta zarówno w zapobieganiu chorobom, jak i w trakcie choroby. W tym celu warto tworzyć wspierające mechanizmy w systemie publicznym i prywatnym.

Kolejki do świadczeń zdrowotnych

Obecny system opieki zdrowotnej dyskryminuje osoby mniej zamożne poprzez kolejki do świadczeń zdrowotnych. Brak „przedpłaconego czy ubezpieczeniowego” systemu prywatnej opieki zdrowotnej powoduje, że dużej części społeczeństwa nie stać na droższe świadczenia, jak na przykład usługi szpitalne. Ponieważ brak kompleksowej, zintegrowanej opieki zdrowotnej, pacjent funkcjonuje w dwóch systemach – częściowo w prywatnym, częściowo w publicznym. Dlatego koszty, które są ponoszone z tego tytułu – koszty badań lekarskich, nieprzekazywania dokumentacji medycznych, powtarzania działań, braku jednego lekarza prowadzącego – są bardzo wysokie. W Polsce powinien powstać powszechny dodatkowy system ubezpieczeń zdrowotnych, który obejmie opieką większość społeczeństwa i będzie systemem kompleksowym, zachęcającym do obejmowania populacji opieką zdrowotną od wczesnej profilaktyki do końca procesu terapeutycznego, współpracującym i wspierającym system publiczny.

Możliwość wyboru i konkurencja

Sytuacja w dziedzinie opieki zdrowotnej w Polsce jest bardzo trudna. Zarówno akademickie szpitale kliniczne, jak i instytuty medyczne odnotowują duże problemy finansowe w lecznictwie dotyczącym procedur wysokospecjalistycznych. Wiele szpitali samorządowych także, nawet pomimo dobrego zarządzania, walczy z kłopotami finansowymi. Jest to związane z faktem, że ich jedynym przychodem są limitowane środki z NFZ. Ze względu na to, że kolejka pacjentów nie ustawia się do świadczeń zdrowotnych, lecz do pieniędzy NFZ, instytucje te, mając wolne zasoby do zagospodarowania, potrzebują dodatkowych środków finansowych. Większość szpitali wykorzystuje zdecydowanie poniżej 70 proc. swoich zasobów. Warto zatem znaleźć sposób, aby pieniądze prywatne zebrane w sposób zinstytucjonalizowany mogły zasilić instytucje już funkcjonujące, które często posiadają znakomity sprzęt i kadry. Tym sposobem może być wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Mam nadzieję, że mimo iż Polska jest na początku drogi tworzenia systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, powstanie on szybko i będzie satysfakcjonujący dla wszystkich interesariuszy.



DOROTA M. FAL – doradca zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, ekspert ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony zdrowia, lekarz i ekonomista z dyplomem MBA. Autorka wielu publikacji, współautorka projektu ubezpieczeń zdrowotnych PIU. Z rynkiem ubezpieczeniowym związana od 1997 r.



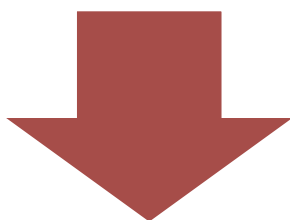
Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Dorota M. Fal

Doradca Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń

Konferencja Polskiej Izby Ubezpieczeń
Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich
Warszawa, 17 maja 2013 r.

Otoczenie prawne systemu opieki zdrowotnej



Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej,
władze publiczne zapewniają równy dostęp
do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej
ze środków publicznych.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego (wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r.)

nie przesądza, który model organizacyjno-prawny
systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinien zostać
wprowadzony w przyszłości. Musi być on jednak
oparty na równości i dostępności do świadczeń
zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych



Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – definicja

Ubezpieczenie obejmujące finansowanie lub zapewnienie przez zakład ubezpieczeń świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonego, związanych z profilaktyką lub terapią następstw wypadku lub choroby.

Korzystanie z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie narusza praw i obowiązków świadczeniobiorców, wynikających z przepisów o powszechnych świadczeniach zdrowotnych, w szczególności dotyczących obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz korzystania w ramach tego ubezpieczenia ze świadczeń gwarantowanych.

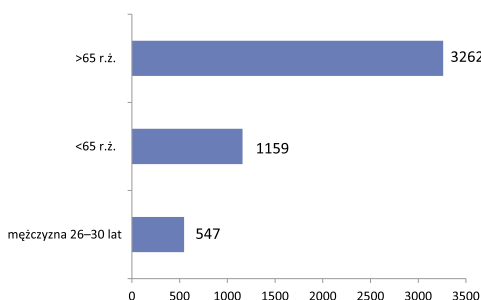
Źródło: Raport pt. Rola i funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski, Polska Izba Ubezpieczeń przy współpracy Ernst & Young.



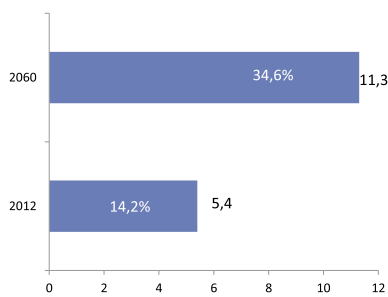
3

Wpływ demografii na obecny system ochrony zdrowia

Średni koszt leczenia w 2010 r. (PLN)



Liczba osób w Polsce po 65 r.ż. (w mln)



Źródło: NFZ, GUS, Eurostat.

Gorszy dostęp do świadczeń?

Wyższa składka obowiązkowa?

Wzrost nakładów prywatnych?

Ograniczenie koszyka?

Spadek jakości usług?

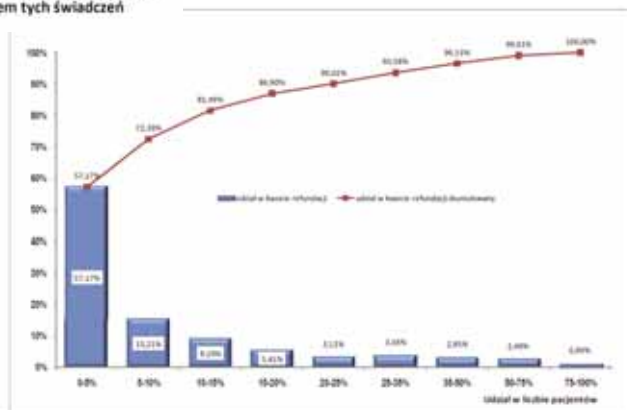
W kontekście zmian demograficznych architektura systemu musi ulec zasadniczym zmianom.



4

Udział w środkach NFZ

Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń



Wykres 1.1 - Udział w wydatkach NFZ na leczenie odniesiony do udziału w populacji pacjentów

5% ubezpieczonych konsumuje 57% środków

70% ubezpieczonych w ogóle korzysta ze świadczeń



Systemy publiczne

Podniesienie składki zdrowotnej. Wprowadzenie dodatkowego (celowego) podatku zdrowotnego

Ograniczenie zakresu należnych świadczeń

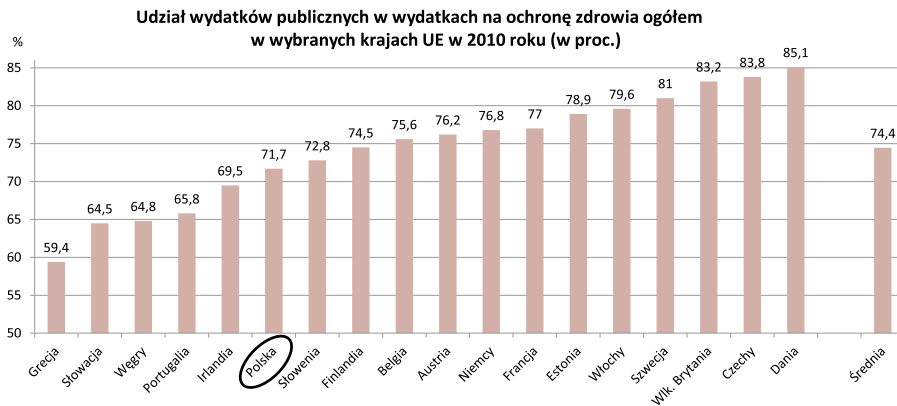
Wprowadzenie udziału własnego (współpłacenie, co-payment)

Metody pozyskiwania nowych pieniędzy



Finansowanie wydatków na ochronę zdrowia w krajach UE

- ▶ Systemy ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej oparte są na finansowaniu ze źródeł publicznych.
- ▶ Presja na wzrost wydatków dotyczyć więc będzie głównie sektora publicznego.

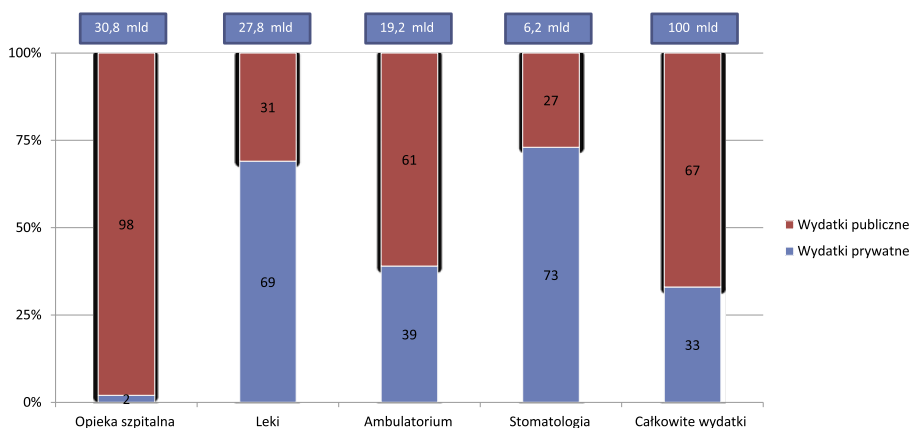


Źródło: GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 r. [za:] dane OECD.



8

Wydatki prywatne i publiczne w systemie ochrony zdrowia



Ponad jedna trzecia wszystkich wydatków to wydatki prywatne, czyli głównie świadczenia ambulatoryjne i leki.

Źródło: PIU, Sequence Przeznaczenie środków prywatnych i publicznych w 2010 w Polsce.

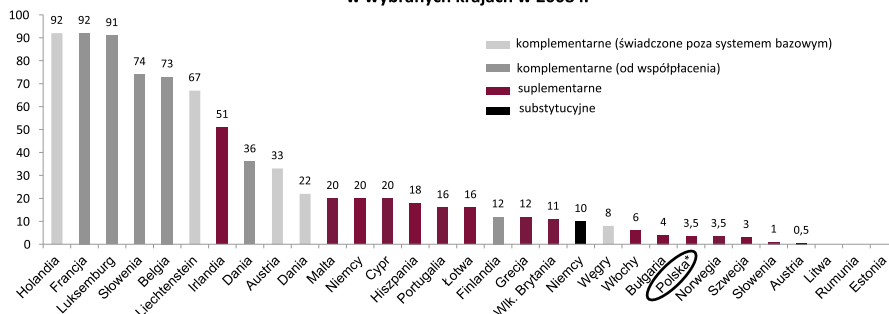


10

Wykorzystanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

- ▶ Efektem barier regulacyjnych uniemożliwiających skuteczny rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest także niska stopa partycypacji w tych ubezpieczeniach.
- ▶ W wielu krajach europejskich dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi objęta jest znaczna część społeczeństwa.

Udział populacji (w proc.) posiadający dany typ dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w wybranych krajach w 2008 r.



Źródło: Komisja Europejska.

* W przypadku Polski uwzględniono także abonamenty medyczne



11

Koszyk świadczeń gwarantowanych

Ubezpieczony pacjent ma prawo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z zakresu:

- Programów zdrowotnych
- Świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji
- Opieki paliatywnej i hospicyjnej
- Ratownictwa medycznego
- Zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze
- Lecznictwa uzdrowiskowego
- Lecznictwa stomatologicznego
- Świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- Rehabilitacji leczniczej
- Opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- Podstawowej opieki zdrowotnej
- Leczenia szpitalnego
- Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej



Procedury nieuwjęte w koszyku

Rozłożenie ryzyka na całość populacji

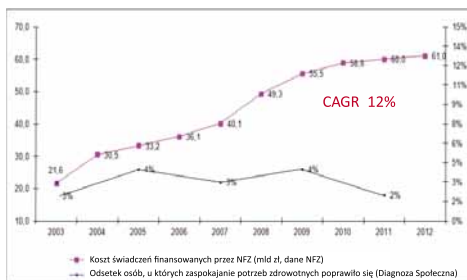
Eksperti od dawna wskazują na to, że dla stabilności systemu niezbędne jest urealnienie koszyka świadczeń gwarantowanych.



12

Rosnący budżet NFZ nie przekłada się na zadowolenie pacjentów

Wydatki publiczne



Powody rosnących przychodów publicznych:

Wzrost PKB

Wyższe wpływy

Lepsza ściągalność składki

Rosnące wynagrodzenia

Według sondażu CBOS z marca 2012 r. 78% Polaków nie jest zadowolonych z publicznej opieki zdrowotnej.



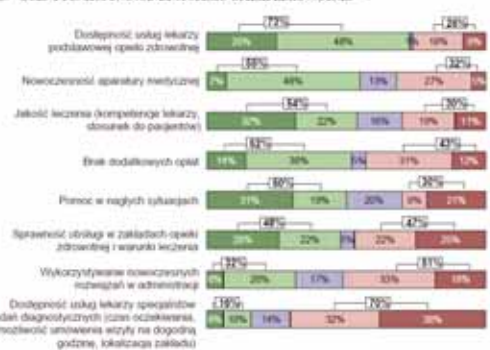
14

Ocena funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej wg CBOS 2012

SŁABE I MOCNE STRONY SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ*



RYŚ. 2. OCENY FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ*



73% respondentów dobrze ocenia dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu, a jednocześnie 70% negatywnie ocenia dostęp do lekarzy specjalistów.

* Na podstawie średniej arytmetycznej na skali od -1 do +1, na której wartości ujemne oznaczają ocenę negatywną, a wartości dodatnie – ocenę pozytywną; „trudno powiedzieć” zrekodowano na wartość środkową (0); do obliczenia wartości wskaźników złożonych wykorzystano metodę uśrednionych indeksów.

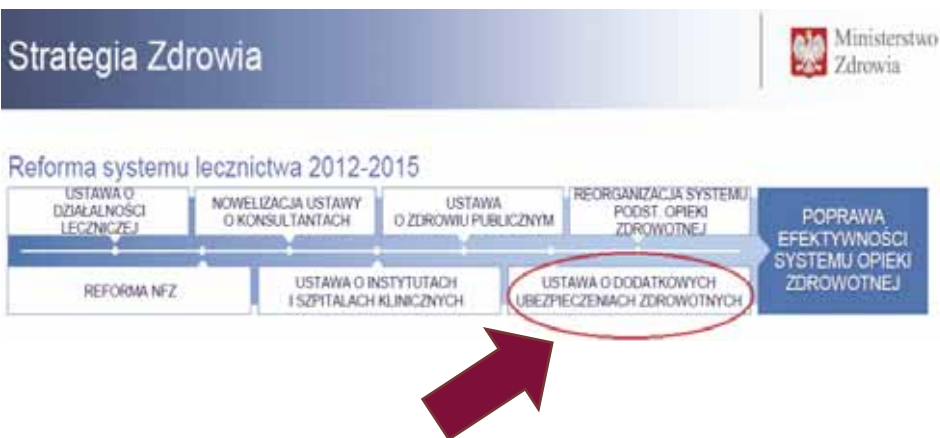
Źródło: CBOS, Opinia o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, marzec 2012 r.

* Dla wskaźników złożonych – jakość leczenia (kompetencje lekarzy, stosunek do pacjentów), pomoc w nagłych sytuacjach, sprawność obsługi w zakładach opieki zdrowotnej i warunki leczenia, dostępność usług lekarskiej specjalistycznej i badań diagnostycznych (czas oczekiwania, dogodny godzinę, lokalizacja zakładu) – ocena „raczej pozytywna” oznacza przewagę odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” nad „zdecydowanie nie” i „raczej nie”, ocena „raczej negatywna” – przewagę odpowiedzi „zdecydowanie nie” i „raczej nie” nad „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, ocena „w pełni pozytywna” – uzyskanie wyłącznie odpowiedzi twierdzących, ocena „w pełni negatywna” – uzyskanie wyłącznie odpowiedzi przeczących, a ocena ambiwalentna – odpowiedzi twierdzące i przeczące się równoważą; dla pozostałych wskaźników (prostych) za ocenę ambiwalentną uznawano odpowiedź „trudno powiedzieć”.



15

Czy istnieje sposób na rozwiązanie tego problemu?



Źródło: „Reforma NFZ”, Ministerstwo Zdrowia.



16

Efektywny system DUZ z myślą o pacjentach i rynku ochrony zdrowia



17

Narzędzia mogące wpłynąć na zapewnienie powszechności systemu

Powszechność systemu Dodatkowych Ubezpieczeń Zdrowotnych będzie możliwa po spełnieniu pakietu wybranych warunków:

Wsparcie rozwiązań o charakterze grupowej kalkulacji ryzyka w celu uniemożliwienia wykluczenia określonych grup, np. osób starszych, chorych.

Ograniczenie różnicowania wysokości składki pomiędzy ubezpieczonymi, stworzenie mechanizmu wyrównania ryzyka dla ubezpieczycieli.

Wprowadzenie zachęt do przedłużania umów ubezpieczeniowych, co sprzyjałoby wprowadzaniu przez ubezpieczycieli elementów koordynowanej opieki zdrowotnej.

Umożliwienie pracodawcom finansowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

Dodatkowe zachęty podatkowe dla osób kupujących dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.



18

Koordynowana opieka medyczna

Kompleksowa oferta ubezpieczeniowa, zwracająca szczególną uwagę na profilaktykę i promowanie zachowań prozdrowotnych wśród pacjentów.



Klienci/pacjenci, oprócz szybszego kontaktu z lekarzem, otrzymują możliwość skorzystania np. z porad dietetycznych, terapii psychologicznych, przygotowanego dla nich planu ćwiczeń fizycznych.

Skoordynowany proces leczenia na wszystkich jego poziomach.



Takie podejście wpłynie na poprawę ogólnego stanu zdrowia pacjenta, a nie leczenie pojedynczych schorzeń. Dzięki temu system wypracuje oszczędności, a dodatkowe środki finansowe będą mogły zostać wykorzystane na realizację dodatkowych procedur medycznych.



19

Obecny system vs. cele DUZ



Tak jest:

1. Kolejki do świadczeń
2. Dyskryminacja mniej zamożnych
3. Brak kompleksowej i zintegrowanej opieki.



Tak może być:

1. Powszechność systemu dodatkowego
2. Kompleksowość systemu
3. Transparentność systemu
4. Wybór i konkurencja.

JOHAN HJERTQVIST

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne i ich wpływ na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej oraz poziom satysfakcji obywateli w krajach europejskich

Transkrypcja wystąpienia

Jaką rolę oceny i porównania efektywności systemów opieki zdrowotnej mogą i powinny odgrywać w dyskusji o tym, jak poprawić stan zdrowia Europejczyków i opiekę długoterminową, czyniąc systemy bardziej zrównoważonymi? W czasach kryzysu finansowego i wyzwań demograficznych jest to kluczowa kwestia dla decydentów, płatników i dostawców, a także oczywiście dla konsumentów usług medycznych i podatników.

Z historycznego punktu widzenia ocena świadczeń zdrowotnych jest nową nauką. Od czasu II wojny światowej skupiano się na poprawie zdrowia publicznego – długości życia, żywieniu, szczepieniach ochronnych, kontroli epidemii, a nieco później na ograniczaniu wpływu uzależnienia od narkotyków i tytoniu. To niewątpliwie ważne dziedziny ludzkiego zdrowia, ale jeśli chcemy badać wydajność systemów opieki zdrowotnej, to takie parametry mają ograniczoną wartość.

Wiele przyczyn

Dlaczego? Cóż, głównie z trzech powodów: na zdrowie publiczne wpływa wiele czynników zakłócających, takich jak styl życia i zwyczaje dotyczące jedzenia, spożywania alkoholu, palenia papierosów, braku ćwiczeń itp. Można mieć rażąco niesprawny system opieki zdrowotnej – jak np. Grecja – przy jednocześnie stosunkowo dobrej kondycji zdrowia publicznego. „Dieta śródziemnomorska” będąca od wieków zdrowym połączeniem ryb, warzyw, oliwy z oliwek i czerwonego wina wpływa na prawidłowe wartości cholesterolu, ciśnienia krwi i tak dalej w wielu krajach południowej Europy, niezależnie od jakości opieki zdrowotnej.

Drugi powód wynika w mniejszym lub większym stopniu automatycznie z tego, co właśnie wyjaśniłem: poprawa zdrowia publicznego (czy też jego zrujnowanie) wymaga dużo czasu i tylko

w niewielkiej części zależy od działań rządów czy organów służby zdrowia. Jeśli chcemy ocenić, w jakim stopniu bardzo rozbudowane krajowe systemy opieki zdrowotnej realizują swoje zadania w krótkim lub średnim okresie, zdrowie publiczne nie będzie dobrym wskaźnikiem. Więcej powie nam ocena dostępności, odsetek wyleczonych nowotworów, udarów i chorób serca, zasięg badań przesiewowych w kierunku raka piersi i podobne wskaźniki, przy których nowa polityka i praktyka mogą w ciągu kilku lat przynieść udokumentowane efekty.

Opieka zdrowotna staje się usługą konsumencką

Po trzecie, w związku z szybkim odchodzeniem w opiece zdrowotnej od podejścia kolektywnego na rzecz indywidualnego, podobne jak w przypadku innych usług konsumenckich, rosną oczekiwania dotyczące jakości usług. Ta przemiana, najbardziej widoczna w USA i naszej części świata – w zamożnych krajach Europy Północno-Zachodniej – wskazuje, że każda ocena opieki zdrowotnej musi skupiać się na takich cechach, jak dostęp do informacji i możliwość wyboru, krótki czas oczekiwania, rynki usługodawców oraz alternatywne źródła finansowania, czyli mówiąc krótko – na upodmiotowieniu konsumentów. To oczywiście podejście diametralnie różniące się od tradycyjnej polityki WHO dotyczącej zdrowia publicznego.

Rewolucja

Gdy w 2004 roku otwierałem instytut badawczy Health Consumer Powerhouse (HCP), moim celem było przekazywanie informacji pacjentom i beneficjentom opieki zdrowotnej.

Można powiedzieć, że program był rewolucyjny: ocena wyników – a tym bardziej braku wyników – publicznej służby zdrowia, a więc otwarcie po raz pierwszy „czarnej skrzynki” opieki zdrowotnej. Efektem pracy HCP ostatecznie okazały się: większa przejrzystość i porównywalność, które przedstawiły obraz mocnych i słabych stron opieki zdrowotnej. Dopiero po poznaniu braków i niewydolności pacjent lub konsument może zacząć działać w swojej grupie wsparcia pacjentów lub skorzystać z możliwości wyboru, by skrócić czas oczekiwania i uzyskać najlepsze efekty leczenia.

Podejrzanе zachowania

W Szwecji dziesięć lat temu takie przedsięwzięcie uznano za zbyt skomplikowane, przedwczesne i dość podejrzane politycznie. Nie należy podejmować działań, dopóki nie posiada się absolutnie pewnych danych o czasie oczekiwania, wynikach leczenia, stopniu skomplikowania i wykorzystaniu leków itd. – lepiej poczekać kolejnych dziesięć lat, radzono. Samo upodmiotowienie pacjentów było niezłym pomysłem, ale – jak ostrzegały nas władze – udostępnianie informacji o nadmiernie długim czasie oczekiwania, regionach o niewydolnej opiece zdrowotnej i jeszcze gorszych szpitalach, już nie. Ta działalność mogłaby nawet zostać uznana za kwestionowanie szwedzkich wartości, takich jak równość i solidarność...

Nasz cel, polegający na dokonaniu otwartego porównania i stworzeniu rankingu, wydawał się prowokacją, może nawet zagrożeniem dla podstaw państwa dobrobytu. Od dawna fundament ideologiczny wskazywał, że w całej Szwecji opieka zdrowotna jest na równie wysokim i stałym

poziomie oraz że informacje pomagające pacjentowi odrzucić usługi medyczne niższej jakości mogą zagrozić więzom społecznym.

Od odmowy do akceptacji

Pierwszy wskaźnik Health Consumer Index dla Szwecji szybko trafił do mediów i decydentów, którzy pierwotnie ignorowali, a nawet potępiali pomysł HCP. Wkrótce, pod ostrzałem dziennikarzy i grup pacjentów, wybrane w wyborach organy służby zdrowia zaczęły doskonalić własne rankingi w 21 szwedzkich regionach opieki zdrowotnej. Dwa lata później, w 2006 roku, Federacja Samorządów i Rad Hrabstw (SKL) – jeden z najsilniejszych graczy na szwedzkiej scenie politycznej – wykonała zwrot o 180 stopni i przeszła od odmowy do akceptacji, kopiując nasz system rankingowy i uruchamiając własny zestaw narzędzi do otwartych porównań!

Od tamtej pory obserwujemy ogromny rozwój podobnych wskaźników w opiece zdrowotnej, w tym w opiece długoterminowej i opiece nad osobami starszymi w Szwecji, a HCP dodał kilka indeksów związanych z poszczególnymi chorobami, wskazując na braki jakościowe i potrzebę poprawy.

50 indeksów, 35 krajów

Dzisiaj mamy wspaniały wynik w postaci niemal 50 opracowanych wskaźników, obejmujących takie obszary, jak choroby serca, cukrzyca, HIV, zapalenie wątroby czy rak piersi, a także oceniających ważne funkcje, na przykład szczepienia, rozwój opieki domowej, programy ułatwiające rzucenie palenia oraz upodmiotowienie pacjentów. Nasz flagowy produkt – Euro Health Consumer Index (EHCI) – obejmuje 35 krajów, a zespół zajmujący się indeksami pracuje obecnie nad siódmym wydaniem, które pojawi się 20 listopada bieżącego roku.

EHCI stał się standardem dla efektywnych systemów opieki zdrowotnej w Europie i jest uznawany przez Komisję Europejską za najbardziej dokładne i wiarygodne narzędzie do porównywania krajowych systemów ochrony zdrowia.

Niezwykłe jest nie to, że dziś istnieją takie narzędzia oceny jakości i wyników – raczej to, że dotąd ich nie było! Opieka zdrowotna jest ogromnym przedsięwzięciem i największą branżą na świecie. W bogatych krajach około 1/10 wszystkich zasobów przeznaczana się na opiekę zdrowotną. Jeśli dodamy koszty opieki długoterminowej, ten odsetek będzie jeszcze wyższy.

Największa branża na świecie

Jak pokazuje badanie Eurobarometru z 2006 roku, średnio 25 procent obywateli UE twierdzi, że jest w trakcie leczenia długoterminowego. To świadczy o ogromnej skali maszyny opieki zdrowotnej w Europie, która w sumie leczy szpitalnie ponad 90 milionów pacjentów rocznie oraz 3,7 miliarda pacjentów w ramach opieki pozaszpitalnej, zatrudnia 12–15 procent siły roboczej i wydaje na siebie ponad 1000 miliardów euro. Nie trzeba dodawać, że taki aparat, obejmujący wiele krajowych, regionalnych i lokalnych organizacji, wymaga fachowego kierowania i zarządzania, wyposażonego w odpowiednie narzędzia. Ocena efektywności jest takim właśnie niezbędnym miernikiem.

Jak już wspomniałem, w związku z coraz wyraźniej artykułowanymi osobistymi opiniami pacjentów i konsumentów, systemy muszą w coraz większym stopniu uwzględniać „priorytety obywatelskie”. Jak pokazuje EHCI 2012, niemal każdy krajowy system opieki zdrowotnej pozwala na indywidualny wybór, to znaczy można zgłaszać się do dowolnego szpitala lub lekarza, niezależnie od miejsca zamieszkania. W każdym przypadku (w granicach własnego kraju) za konsultację/leczenie zapłaci nasza firma ubezpieczeniowa lub publiczna opieka zdrowotna.

Jaki miernik?

Jeśli chcemy wyrobić sobie zdanie na temat efektywności systemów opieki zdrowotnej, musimy wiedzieć co badać. Efektywność mówi, jak dobrze realizowane są określone cele. Wystarczy dodać wykorzystane zasoby, by otrzymać efektywność kosztową – lub to, co HCP nazywa „efektywną opieką zdrowotną”. Bez wiarygodnych danych dotyczących efektów i kosztów taka operacja nie ma sensu.

Jeśli chodzi o oczekiwania pacjentów i konsumentów w Europie, Eurobarometr znów dostarcza nam materiału do refleksji i oceny.

We wspomnianym przeze mnie badaniu obywatele UE pytani są także o to, jakie cechy opieki zdrowotnej są dla nich najważniejsze. Najbardziej zależy im na „dobrze przeszkolonym personelu medycznym” oraz „skutecznym leczeniu”. Jednakową wagę przywiązują do takich zalet, jak „brak list oczekujących”, „nowoczesny sprzęt medyczny” i „poszanowanie godności pacjenta”. Po dziesięciu latach otwartych analiz porównawczych nasz wniosek brzmi: w Europie istnieją systemy opieki zdrowotnej, które są lepsze od innych w oferowaniu tego rodzaju usług coraz bardziej zorientowanych na konsumenta i jego wartości.

Ranking efektywności całkowitej

Prowadząc od 2005 roku badania efektywności w coraz większej liczbie krajów europejskich, HCP stworzył pewien obraz przekroju opieki zdrowotnej na tym kontynencie. Dzisiaj indeks obejmuje 35 krajów. EHCI klasyfikuje efektywność krajowych systemów opieki zdrowotnej, w tym łączną efektywność – gdzie punkty przyznaje się w zależności od stopnia spełnienia kryteriów wskaźnika – oraz efektywność kosztową, to znaczy jakie są uzyskiwane efekty w stosunku do nakładów na opiekę zdrowotną. Ograniczenie się do analizy samej efektywności mogłoby w mniejszym lub większym stopniu automatycznie preferować systemy w najbogatszych krajach.

Ogólny obraz

EHCI grupuje wskaźniki w pięciu kategoriach: prawa i dostęp do informacji pacjentów, dostępność (czas oczekiwania) procedur, efekty, profilaktyka/wachlarz i zasięg usług oraz leki. Indeks 2012 EHCI objął 42 wskaźniki w ramach tych pięciu kategorii, aby opisać efektywność każdego krajowego systemu. EHCI oraz każdy inny indeks HCP jest ogólnie dostępny na stronie www.healthpowerhouse.com, dlatego pominę szczegóły. Pozwolę sobie tylko na kilka uwag, aby

wskazać parę ogólnych wniosków dotyczących tematu mojej prezentacji: roli ubezpieczeń zdrowotnych w Europie.

- „Bismarck lepszy niż Beveridge”. To motto HCP. Systemy opieki zdrowotnej z wieloma płatnikami i tzw. podziałem nabywca-dostawca (w którym fundusze zdrowia, instytucje ubezpieczeniowe itp. podpisują umowy z niezależnymi szpitalami i innymi usługodawcami) najczęściej lepiej spełniają potrzeby jakościowe i konsumentów niż systemy z jednym płatnikiem (zwykle finansowane z podatków). Większość krajów o wysokiej efektywności opieki zdrowotnej należy do „strefy Bismarcka”.
- Ogólnie opieka zdrowotna w Europie poczyniła znaczne postępy od czasu naszego pierwszego międzynarodowego rankingu w 2005 roku. Następuje stały wzrost efektywności, wyrażany z roku na rok coraz wyższymi wartościami indeksu. Jednocześnie utrzymuje się różnica między najlepszymi i najłabszymi systemami.
- Czy Europejczycy są zadowoleni z obecnej opieki zdrowotnej? Jak można się spodziewać, i jak pokazuje inne badanie Eurobarometru, poziom zadowolenia jest mocno zróżnicowany. Generalnie najbardziej przyjazne konsumentom systemy (wg EHCI) są także w czołówce Eurobarometru, co potwierdza, że dla współczesnego człowieka model codziennej opieki zdrowotnej jest bardzo ważny. Istotny jest także czynnik finansowy, gdyż wiele z najbogatszych krajów znajduje się w kategorii „ponadprzeciętny poziom zadowolenia”. Są jednak wyjątki, na przykład Włochy, Irlandia czy Grecja – w każdym z tych krajów wydatki są w różny sposób wysokie – zaś pozycja w rankingu niska. Obywatele oczekują tam znacznie więcej. Polska znajduje się w dole tabeli, podobnie jak większość jej sąsiadów (z wyjątkiem Estonii i Czech, co warto dokładniej zbadać...).
- Nie ma potwierdzenia, że kryzys finansowy odciska swoje piętno na opiece zdrowotnej. W listopadzie, gdy opublikowany zostanie tegoroczny EHCI, będziemy wiedzieli więcej na temat ceny przedłużającego się klimatu oszczędzania w Europie.

Holenderska opieka zdrowotna na topie

Naszym mistrzem opieki zdrowotnej została Holandia. Służba zdrowia w tym kraju zaczęła od średniego poziomu, by wspinać się w rankingu dzięki reformie systemu ubezpieczeń zdrowotnych przeprowadzonej w 2006 roku. Różnica pomiędzy Holandią i resztą stawki wydaje się nawet rosnać.

Mieszkańcy Holandii mają łatwy i szybki dostęp do opieki podstawowej i szpitalnej oraz szerokie prawa i system informacji pacjentów. Skuteczność leczenia jest na wysokim poziomie, a system ubezpieczeń zdrowotnych prezentuje się dość obszernie i zapewnia szeroką gamę usług. Pomimo ogólnie pierwszorzędnej efektywności, także holenderski system ma oczywiście swoje słabości: nie można zgłosić się bezpośrednio do specjalisty bez skierowania od swojego lekarza pierwszego kontaktu, co wydłuża procedurę i podwyższa koszty. Zbyt często leczenie odbywa się w szpitalu, generując niepotrzebne koszty w porównaniu z opieką pozaszpitalną. Zbyt rzadko przepisuje się leki na chorobę Alzheimera. To kilka przykładów niespełniania norm. Jednak ogólnie jest to najlepszy system opieki zdrowotnej w Europie.

Nawet pod względem stosunku wartości do ceny holenderska opieka zdrowotna wypada całkiem dobrze, choć przegrywa z Estonią, Czechami i Chorwacją (EHCI 2012).

Co jest przyczyną sukcesu?

Jaka jest więc tajemnica holenderskiego sukcesu? Cóż, może nie należy już mówić o „tajemnicach”, skoro każdy, kto korzysta z EHCI i podobnych otwartych źródeł może określić kluczowe czynniki decydujące o powodzeniu: obowiązkowy system ubezpieczeniowy, który rozdziela finansowanie i świadczenie usług. Politycy nie ingerują w codzienne funkcjonowanie opieki zdrowotnej i ufają profesjonalnym menedżerom zarządzającym szpitalami i innymi obiektami, a także systemami refundacji. Gdy politycy zajmują się polityką i regulacjami prawnymi, wszystko działa lepiej – to jeden z pozytywów systemu Bismarcka. Konkurencja pomiędzy płatnikami – w Holandii są to firmy ubezpieczeniowe – jest niezbędna, choć ściśle regulowana. Konsumentom oferuje ona wybór, a systemowi zapewnia konieczną konkurencję.

Przykład Holandii wprowadza nas do dzisiejszego tematu – dyskusji na temat ubezpieczeń zdrowotnych w Europie.

Ubezpieczenia zdrowotne w Europie

Choć Europa jest na świecie uważana za „terytorium ubezpieczeń zdrowotnych”, to jednak wpływ obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest nadal słaby. Holandia stanowi wzór takich ubezpieczeń, będących głównym kanałem finansowania opieki zdrowotnej. Jak już wspomniałem, HCP traktuje sukces holenderskiej służby zdrowia jako mocny argument za upowszechnieniem obowiązkowych ubezpieczeń.

Inaczej wygląda sytuacja z dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, w krajach gdzie obowiązkową (finansowaną z podatków) opiekę zdrowotną uzupełnia masa różnorodnych rozwiązań ubezpieczeniowych.

Najpopularniejsza forma – nazywana ubezpieczeniem dodatkowym – uzupełnia ochronę ubezpieczeniową oferowaną w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, dając wybór i możliwość zaplanowania ochrony ubezpieczeniowej przez zwykłych Europejczyków wg ich własnych potrzeb. Dotyczy to również tak zwanego ubezpieczenia podwójnego.

Usprawnienie

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne generalnie poprawiają funkcjonowanie publicznej opieki zdrowotnej poprzez poszerzenie możliwości leczenia, personalizację usług, ograniczenie czasu oczekiwania itd. Usprawniają one publiczne systemy, aby lepiej zaspokajały one rosnące oczekiwania coraz lepiej wyedukowanych i bardziej świadomych obywateli. Jednocześnie ubezpieczenia prywatne rodzą pytania o równość i sprawiedliwość.

Jeśli uznajemy koncepcję upodmiotowienia pacjentów, to musimy zrozumieć, że czekanie często powoduje silny stres u pacjenta i w jego otoczeniu, na przykład konieczność pozostawiania na zwolnieniu lekarskim, cierpienie z bólu i ograniczone zdolności, niższa jakość życia, które dotyczą także rodzinę, znajomych i tak dalej. W tej sytuacji należy zrozumieć i uszanować chęć niezwłocznego poddania się leczeniu. Tę możliwość może zapewnić ubezpieczenie dobrowolne.

Zbyt częsta konieczność czekania

Znaczna część Europy jest określana przez HCP jako „strefa listy oczekujących”. W niektórych krajach (system Bismarcka) nie ma list oczekujących lub są one krótkie. Te państwa to Belgia, Luksemburg, Niemcy, Austria, Słowacja, Szwajcaria, a dziś w większości przypadków także Holandia. Pierwszym krajem byłego bloku wschodniego, który dołączył do „klubu dobrego dostępu”, jest Słowacja. Do „zielonej” strefy bez kolejek EHCI zalicza także Grecję ze zdecydowanie największą liczbą lekarzy w Europie (to jeden z niewielu pozytywnych w greckim systemie). Ciekawy szczegół: kolorem zielonym oznaczona jest także Albania, gdyż jej system – w porównaniu z bardzo niskimi wydatkami – oferuje dobry dostęp.

W pozostałej części Europy istnieje duże ryzyko, że trzeba będzie ustawić się w kolejce. W wielu „czerwonych” państwach, takich jak kraje skandynawskie, Wielka Brytania, Irlandia, Hiszpania, Portugalia, Włochy, Polska i znaczna część Bałkanów oczekiwanie może okazać się dość długie. W takich okolicznościach z zadowoleniem należy przyjmować wszelkie wysiłki, by ten czas ograniczyć. W tym przypadku ubezpieczenia dobrowolne poprawiają dostępność leczenia dzięki dofinansowaniu ogólnego systemu opieki zdrowotnej.

Płacimy dwa razy

Właśnie dlatego okazuje się, że podwójne ubezpieczenie jest ważne w krajach z tradycyjnie jednym płatnikiem, takich jak Wielka Brytania, Dania i Szwecja. Nawet jeśli brakuje ulg podatkowych związanych z zakupem takiej polisy – co oznacza, że za leczenie płacimy dwa razy – uniknięcie długiego oczekiwania czyni ubezpieczenia prywatne konkurencyjnymi, zwłaszcza dla osób, które nie mają wiele czasu. Ubezpieczenie jest często elementem pakietu zatrudnienia.

Jednak oczekiwanie to niejedyyny problem, który według HCP ubezpieczenie może rozwiązać.

W wielu krajach wybór – oznaczający, że można zaplanować własny pobyt w szpitalu poprzez dodanie „standardu hotelowego” i usług – nie jest niczym nowym. Być może jeszcze ważniejsze jest to, że da się własnymi preferencjami „dopełnić” zawartość oferty publicznej opieki zdrowotnej. Założmy, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje podstawowe usługi stomatologiczne, a my chcemy ją rozszerzyć – wtedy rozwiązaniem może być ubezpieczenie (można też oczywiście zapłacić bezpośrednio z własnej kieszeni, jednak to automatycznie wyklucza wiele osób, podczas gdy ubezpieczenie dobrowolne jest znacznie bardziej dostępne cenowo).

Nowe leki

Na rynku pojawia się mnóstwo nowych leków, szczepionek i metod leczenia. Założmy, że chcemy zaszczepić córeczkę przeciwko HPV, choć obowiązkowe ubezpieczenie w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej nie obejmuje takiej ochrony (albo oferuje, ale nie dla dzieci w jej wieku, albo tylko jeśli zostanie zaliczona do grupy wysokiego ryzyka, itd.). Ponownie rozwiązaniem może okazać się ubezpieczenie pokrywające koszty szczepionek i leków.

Nawet to, co HCP zalicza do podstawowej opieki zdrowotnej, na przykład szczepienie dzieci przeciwko czterem chorobom, jest w pełni stosowane w mniej niż połowie spośród 35 krajów.

Ubezpieczenie może być rozwiązaniem w przypadku niskiego poziomu refundacji leków (a nawet procedur leczniczych).

Równość i „dopełnianie”

Co jednak z równością? Czy to sprawiedliwe, że niektórzy mogą skracać sobie czas oczekiwania i płacić za lepsze leczenie? Być może „dopełnianie” stanowi zagrożenie dla europejskich wartości, takich jak solidarność i równość?

Inaczej mówiąc, czy należy respektować indywidualne priorytety w opiece zdrowotnej? Służba zdrowia pozostaje w sektorze publicznym bastionem filozofii „jeden rozmiar odpowiedni dla wszystkich”. Biorąc pod uwagę dokonującą się wokół nas przemianę wartości, to paternalistyczne podejście nie przetrwa długo.

Oczywiście idealnie byłoby, gdyby każdy pacjent i konsument usług medycznych w Polsce czy w Europie mógł w dowolnym momencie otrzymać opiekę wysokiej jakości. Prawda jest jednak taka, że większość systemów publicznych nie może sobie na to pozwolić.

Dobrowolne ubezpieczenia stanowią 11 procent łącznego finansowania opieki zdrowotnej w Europie. Czy można zlekceważyć takie środki? Raczej nie – wręcz przeciwnie, pożądane byłoby rozszerzenie systemów ubezpieczeniowych.

Personalizacja

Niezależnie od poglądów na temat ubezpieczeń zdrowotnych, ta dyskusja odzwierciedla powszechną chęć określania indywidualnych priorytetów. Czy uzasadnione jest umożliwienie ludziom dysponowania swoimi pieniędzmi zgodnie z własnymi potrzebami w każdej innej dziedzinie życia – takiej jak edukacja, oszczędzanie, mieszkanie, wyjazdy urlopowe, jedzenie, ubrania – ale nie, gdy chodzi o opiekę zdrowotną (coś ważniejszego niż nowy telefon komórkowy czy samochód)?

Dziś już wiadomo, że im większy wpływ i zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, tym lepsze przynosi ono efekty. Według licznych badań świadomy pacjent, który może prezentować swoje zdanie i współdziałać z dostawcą usług medycznych, uzyskuje lepsze rezultaty, analizując ryzyko powikłań, długość okresu rehabilitacji, subiektywne samopoczucie i tym podobne. Ubezpieczenie jest w stanie odegrać tu ważną rolę, nie tylko poprzez otwarcie na personalizację usług, lecz także oferowanie wiedzy o opiece zdrowotnej oraz informacji o możliwości wyboru.

Potrzeba dodatkowego finansowania

Jeśli spojrzymy na przyszłość europejskiej ochrony zdrowia, to HCP wyobraża sobie utrzymanie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej ze środków publicznych, co zapewni każdemu równy dostęp do „platformy bezpieczeństwa”. Ponadto będzie można wybrać własne rozwiązania dotyczące dodatkowych opłat. Obecne finansowanie zdecydowanie nie wystarczy przy rosnących oczekiwaniach i presji demograficznej.

W rzeczywistości oznacza to nowe rozwiązania ubezpieczeniowe, ale również bardziej aktywny udział firm ubezpieczeniowych w opracowywaniu polityki, wspieraniu profilaktyki, ocenie jakości opieki i tworzeniu systemów informacji i bezpieczeństwa pacjentów. To jedynie kilka obowiązków tej tak ważnej branży.

Obawy Brukseli

W swoich zaleceniach dla państw członkowskich z 2013 r. Komisja Europejska podkreśla potrzebę zachowania stabilności finansowej systemów opieki socjalnej. Najwyraźniej Bruksela uważa opiekę zdrowotną za obszar, w którym możliwe jest zwiększenie efektywności, a lepsza przejrzystość i większa odpowiedzialność mogą przyczynić się do poprawy relacji nakładów do wyników. W takim środowisku krytycznym składnikiem będzie finansowanie systemów opieki długoterminowej oraz zarządzanie nimi.

Alzheimer

Dobrze rozwinięty krajowy system opieki długoterminowej i opieki nad osobami starszymi, na przykład szwedzki, kosztuje dziś 3 proc. PKB. Wystarczy doliczyć trendy demograficzne, istotny czynnik przy rosnącym obciążeniu chorobą Alzheimera, a wskaźnik ten może się podwoić w ciągu 20–30 lat!

Większość krajów UE nadal wydaje znacznie mniej niż Szwecja, co oznacza, że już wkrótce konieczne będzie stworzenie podobnych systemów (które oczywiście nie muszą wyglądać tak jak szwedzki, ale też tak zapotrzebowanie na nowe zasoby – środki pieniężne, personel, obiekty – będzie ogromne). Trzeba zdawać sobie sprawę, że według sondaży nigdzie w Europie tradycyjny model ze starzejącymi się rodzicami pozostającymi pod opieką dorosłych dzieci nie jest powszechnie akceptowany. Poparcie dla tego rozwiązania deklaruje 45 procent Polaków, ale zaryzykujemy stwierdzenie, że bardziej odzwierciedla to wartości, których się od nas oczekuje, niż niezależną ocenę.

Najwyższa pora podnieść kwestię finansowania tego celu: podatki czy ubezpieczenie opieki długoterminowej? Konieczne będzie działanie!

Pod ostrzałem

Podsumowując, w naszym przekonaniu ubezpieczenie zdrowotne już odgrywa ważną rolę, która jeszcze wzrośnie, aby sprostać przyszłemu zapotrzebowaniu i przyszłym wyzwaniom. To że bitwa Beveridge–Bismarck jest daleka od zakończenia, widać po tym, że słowacki rząd właśnie powraca do systemu finansowanego z podatków, a w Szwajcarii wkrótce odbędzie się referendum w sprawie „nacionalizacji” systemu finansowania opieki zdrowotnej opartej na ubezpieczeniach. W obu tych przypadkach czynnikiem decydującym wydaje się polityczne niezadowolenie z braku „kontroli” – a więc właśnie głównej zalety, jaką przypisujemy holenderskiej reformie z 2006 r.

Zapewnienie dobrej przyszłości systemom opieki zdrowotnej w Polsce i w Europie zależy od solidnej, długookresowej strategii i kształtowania się opinii. HCP robi swoje – ale najważniejsze będzie pełne zaangażowanie branży ubezpieczeniowej.



JOHAN HJERTQVIST – prezes oraz założyciel (w 2004 r.) Health Consumer Powerhouse (HCP). Od 20 lat zaangażowany w reformy systemu opieki zdrowotnej w wielu krajach. Autor publikacji dotyczących polityki zdrowotnej, rozwoju transgranicznej opieki zdrowotnej i spraw konsumenckich.



Health Consumer
Powerhouse

"Private health insurance, healthcare systems and the citizen satisfaction"

Johan Hjertqvist

Health Consumer Powerhouse Ltd.

PIU Warsaw, May 17, 2013

My presentation

- **EHCI outcomes and patterns**
- **Citizen/patient satisfaction**
- **Financial crisis signs**
- **The role of private insurance**
 - **Support choice**
 - **Improve access**
 - **Inject additional funding**
 - **"Patient empowerment"**
- **The future**



Health Consumer
Powerhouse

About Health Consumer Powerhouse

- ☺ Comparing healthcare systems performance in 35 countries from a consumer/patientview.
- ☺ Since 2004, more than 40 index editions, available for free.
- ☺ Index projects financed through unconditional development grants, similar to medical faculty sponsored research.

Europe

☺ Euro Health Consumer Index	2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2012
☺ Euro Consumer Heart Index	2008
☺ Euro Diabetes Care Index	2008
☺ Euro HIV Index	2009
☺ Euro Patient Empowerment Index	2009
☺ Nordic COPD Index	2010
☺ Euro Headache Index	2011
☺ Euro Hepatitis Index	2012

Sweden, others

☺ Health Consumer Index	Sweden 2004, 2005, 2006
☺ Diabetes Care Index	Sweden 2006, 2007, 2008
☺ Breast Cancer Index	Sweden 2006
☺ Vaccination Index	Sweden 2007, 2008
☺ Renal Care Index	Sweden 2007, 2008
☺ Smoke Cessation Index	Sweden 2008
☺ COPD Index	Sweden 2009, Nordic 2010
☺ Advanced Home Care Index	Sweden 2010
☺ Euro-Canada Health Consumer Index	Canada 2008, 2009
☺ Provincial Health Consumer Index	Canada 2008, 2009, 2010

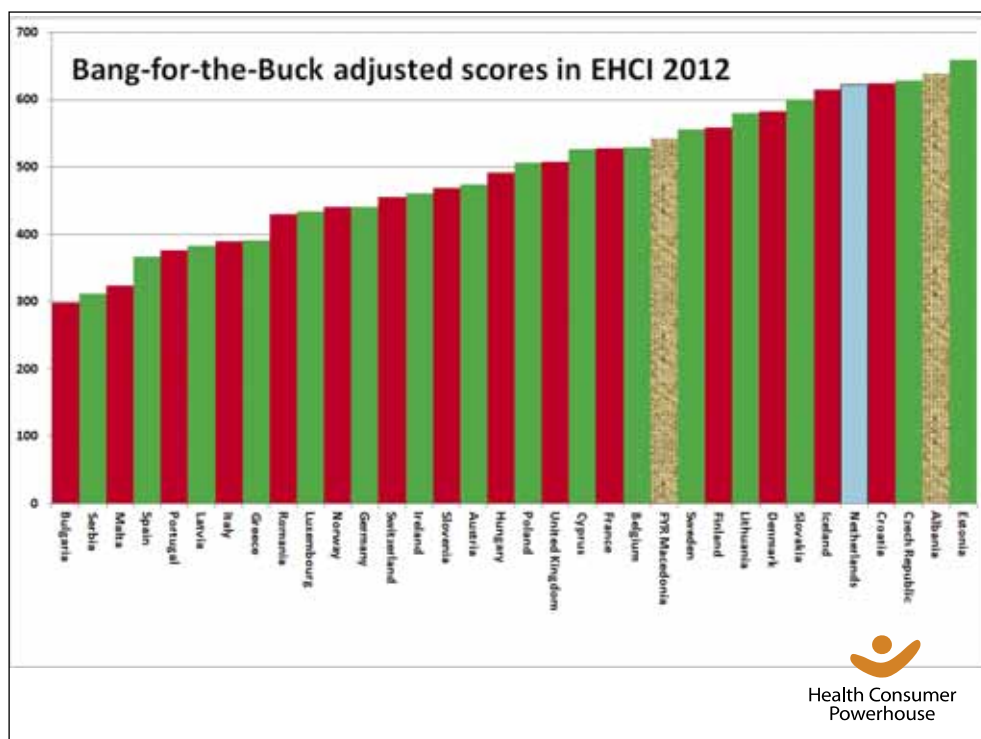
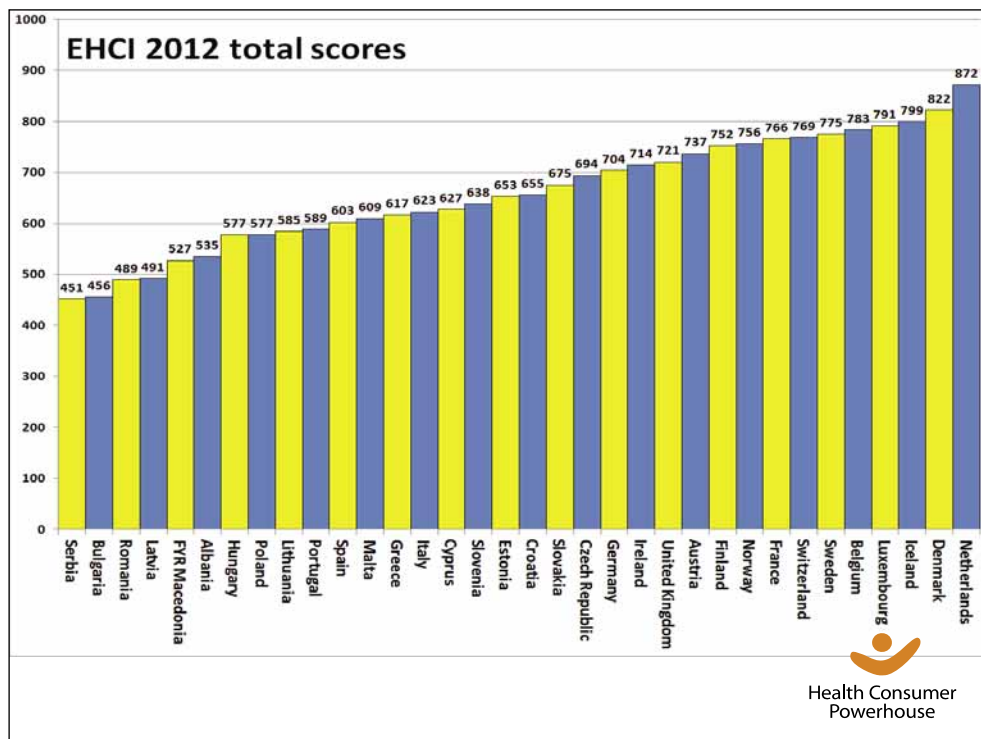


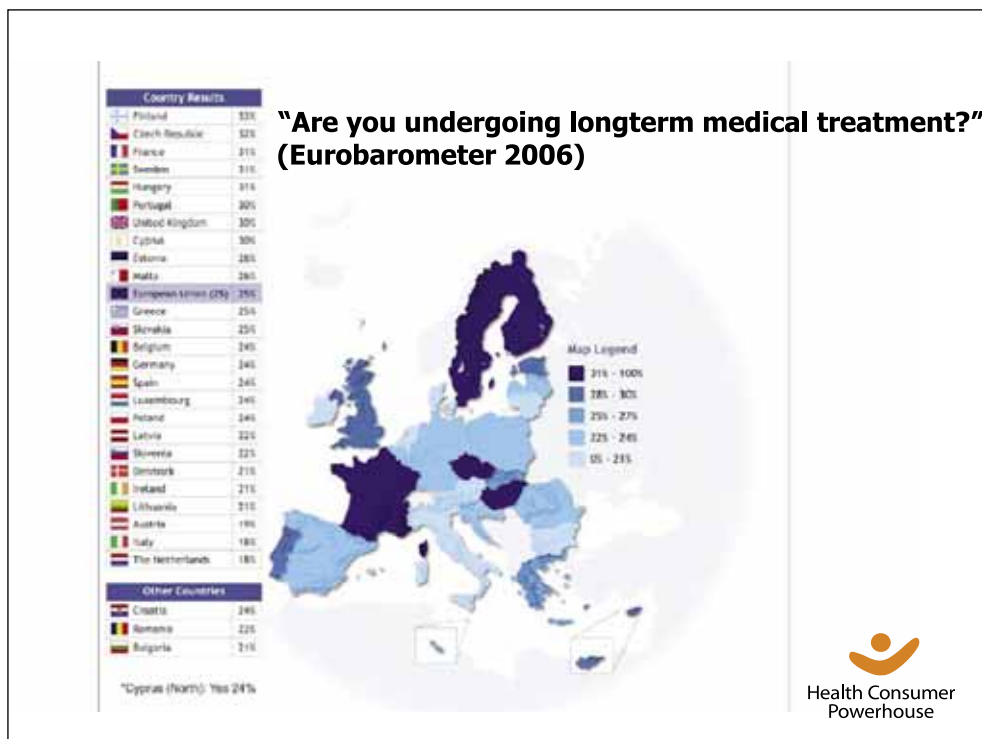
Health Consumer
Powerhouse

EHCI growth since 2005



Health Consumer
Powerhouse

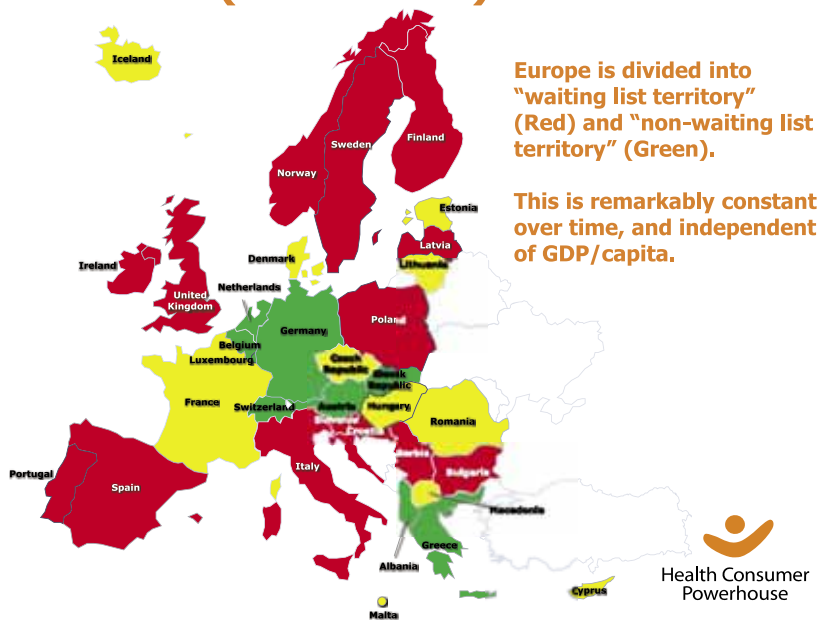




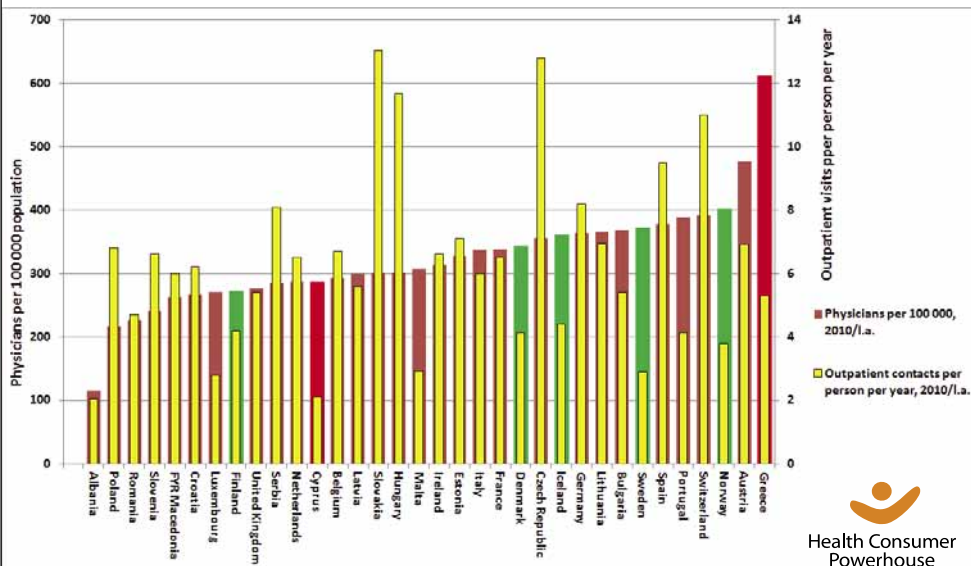
Eurobarometer (2010)

- **"When thinking of high quality healthcare, the most important criterion is *welltrained medical staff*, followed by *treatment that works*. *Thereafter, no waiting lists, modern medical equipment and respect of a patient's dignity receive roughly equal responses*".**

Accessibility of European healthcare (EHCI 2012)



Accessibility poorly correlated with numbers of doctors



Source: WHO Health for All database, January 2012

Special EUROBAROMETER 72.2

PATIENT SAFETY

BE	97%
AT	95%
FI	94%
NL	91%
FR	91%
SE	90%
LU	88%
DK	87%
DE	86%
UK	86%
ES	81%
MT	81%
CZ	78%
CY	73%
EE	70%
EU27	70%
SI	68%
IT	54%
IE	53%
SK	53%
PT	42%
LT	40%
LV	37%
PL	30%
HU	28%
BG	28%
RO	26%
EL	26%

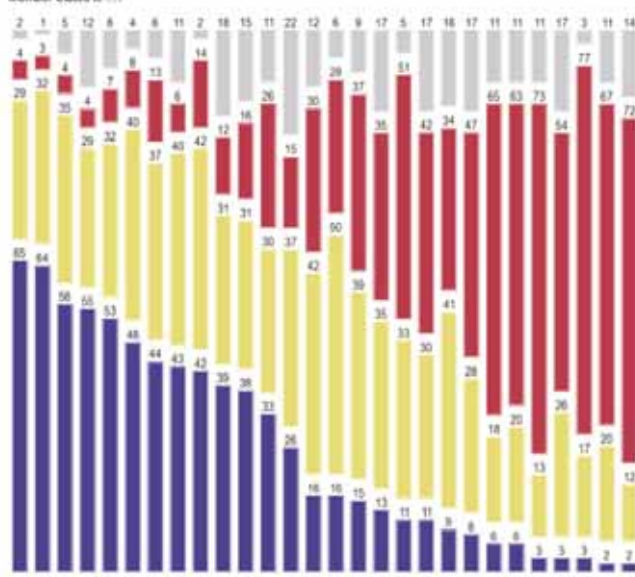
Question: Q02: How would you evaluate the overall quality of healthcare in (OUR COUNTRY)?

Answers: Good



Health Consumer
Powerhouse

Q03: Based on what you know, do you think that the quality of healthcare in (OUR COUNTRY) compared to other Member States is ...?



Health Consumer
Powerhouse

"The verdict of the people on the medical profession. Swedes are less satisfied with attitudes and communication skills of doctors, says international comparison. Norway and Sweden bottom of 11 countries compared". (Dagens Medicin 2012-02-29)



The cherished notion that "In Sweden, we provide holistic medicine – in contrast to 'assembly line medicine' down on the Continent" lacks evidence!.



Table 8: Relative Level of Health Expenditures and Subjective Satisfaction with Health Care System (1995/96)

Relative Level of Health Expenditures	Subjective Satisfaction with Health Care System					
	Above Average (>56 %)			Below Average (<56 %)		
Above Average (>8.2 %)	Germany	10.2	66.0	Greece	8.9	18.4
	France	9.6	65.9	Portugal	8.3	20.8
	Belgium	8.7	70.7			
	Austria	8.6	63.3			
	Netherlands	8.4	72.8			
Below Average (<8.2 %)	Denmark	8.2	90.0	Spain	7.7	35.7
	Sweden	8.1	67.8	Italy	7.4	16.3
	Finland	7.5	86.9	Ireland	7.2	48.8
	Luxembourg	6.4	71.0	United Kingdom	7.0	47.8

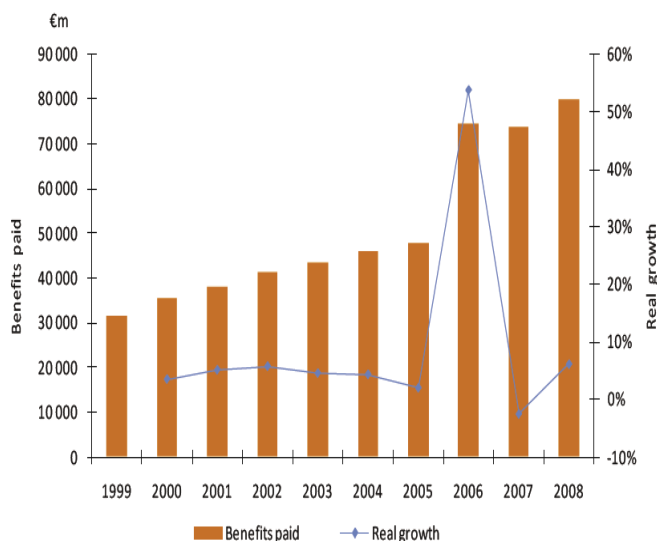


Private health insurance in Europe

- **Voluntary PHI**
 - **Additional**
 - **Complementary**
 - **Supplementary**
 - **Duplicate / alternative**
 - **Substitute**
- **Mandatory PHI**



Chart 2 | Benefits paid by health insurers in Europe — 1999–2008 (€m)



**PHI represented
11 % of total
healthcare
expenditure
(2008)**

Note: Figures are for Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Denmark, France, Germany, Italy, Malta, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland and UK. The high increase in benefits paid in 2006 is due to reform of the Dutch healthcare system.



European health insurance system is 'on the verge of collapse'

“Public hospitals in cash-strapped European Union countries are denying patients access to healthcare under the European Health Insurance Card or EHIC, according to healthcare insurers. Patients who present their insurance card hoping for care in public hospitals are increasingly being treated as private patients and given a final bill up to four times as high, say insurers in Belgium. The practice is most widespread in Spain but has reportedly spread to Greece, Portugal, Italy and Romania - where health system are under financial stress.

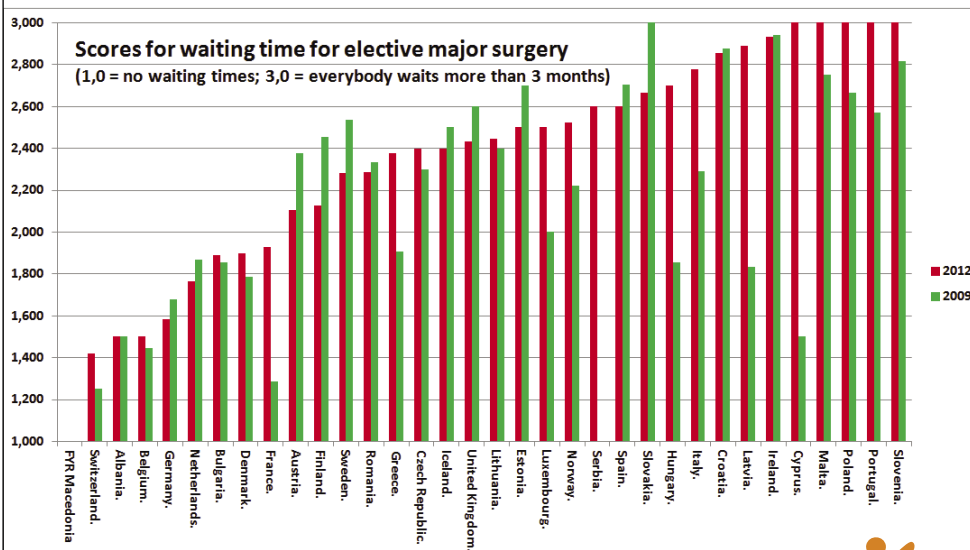
When arriving at the accident and emergency ward of a public hospital, patients presenting an EHIC are asked if they have additional private insurance. If they do, they are treated as private patients. «This is a clear violation of citizens' rights to use the card», says Christian Horemans, international affairs expert with Mutualités Libres – a Belgian insurer. «European Community law says public hospitals are obliged to accept these cards»”.

Read more: <http://www.publicserviceeurope.com/article/3346/european-health-insurance-system-on-the-verge-of-collapse#ixzz2RgIKmsvH>



Health Consumer
Powerhouse

Healthcare somewhat affected by financial crisis?

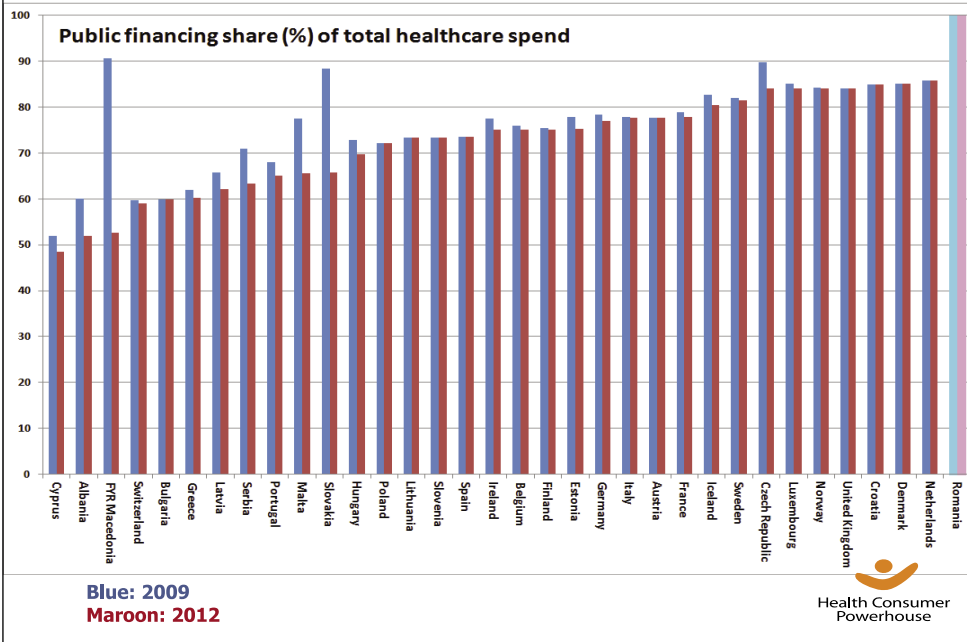


Longer waiting times for (expensive) elective surgery most noticeable in countries hit by financial difficulties!



Health Consumer
Powerhouse

A very slight tendency towards increased private payment shares



The future

- **Crisis restrictions will open for additional funding?**
 - Patient fees
 - Waiting times
 - New pharmaceuticals and therapies
- **"Oil in the crossborder care system"?**
- **Demography: long term/elderly care – insurance opportunity?**
- **"Empowerment".**

	Compulsory	Substitutive	Alternative	Complementary
Belgium	yes	yes (a)	-	yes
Denmark	no	-	yes	yes
France	yes, partially (b)	-	-	yes
Germany	yes	no	-	no
Greece	no	-	yes	yes
Ireland	no	-	yes	yes
Italy	no	-	yes	yes
Luxembourg	no	-	-	yes
Netherlands	yes	yes (c)	-	yes (d)
Portugal	no	-	yes	yes
Spain	no	yes	yes	yes
United Kingdom	no	-	yes	yes

1 AIM, Report submitted by the International Association of Mutual Benefit Societies (l'Association Internationale de la Mutualité "A.I.M."), whose secretariat is located in Brussels (50 rue d'Arlon www.aim-mutual.org), for the DG Enterprise, the European Commission's socio-economic unit, in January 2003, in the context of the preparation of a report by the Commission on mutual insurance providers in Europe.

(a) Regimes for independent workers: small risks.

(b) Regimes for public sector workers, students, independent workers and farmers.

(c) Dutch social insurance providers created private societies to cover private policyholders.

(d) In 2000, this coverage was transferred to distinct private entities.

TIM MCKEOWN

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Czynniki wspierające rozwój i bariery. Prywatne ubezpieczenia jako element systemu opieki zdrowotnej w Irlandii

Transkrypcja wystąpienia

Celem tej prezentacji jest przedstawienie zarysu kluczowych czynników, które przyczyniły się do ewolucji rynku dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (PUZ) w Irlandii – gdzie prawie połowa populacji wykupiła dodatkowe prywatne ubezpieczenie zdrowotne.

Nie jest to próba promocji irlandzkiego modelu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako najlepszego rozwiązania dla Polski – wszystkie systemy opieki zdrowotnej różnią się od siebie i żaden nie jest doskonały. Celem jest dostarczenie perspektywy – zarówno pozytywnej, jak i negatywnej – odnośnie ewolucji irlandzkiego rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, w nadziei że pomoże to w trwających pracach nad zaprojektowaniem oraz ukształtowaniem przyszłego systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

Kontekst

Publiczna opieka zdrowotna w Irlandii zapewnia powszechny dostęp do opieki szpitalnej, finansowany głównie z podatków publicznych. Pomimo tego około 45 proc. populacji postanowiło dobrowolnie wykupić PUZ, które pokrywa się z dostępem do opieki szpitalnej, do jakiej są uprawnieni w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, lub go uzupełnia.

Produkty z zakresu PUZ zapewniają konsumentom kompleksowe leczenie szpitalne i specjalistyczne zarówno w publicznych, jak i prywatnych szpitalach. Ogólnie rzecz biorąc, produkty te pokrywają wszelkie koszty leczenia przeprowadzonego w szpitalach wchodzących w zakres ubezpieczenia, od kosztów kompleksowego leczenia onkologicznego lub kardiologicznego do prostszych zabiegów operacyjnych. Podstawowa opieka zdrowotna jest objęta ubezpieczeniem w bardzo ograniczonym zakresie.

Średni koszt produktów z zakresu PUZ w Irlandii to około 1100 euro rocznie. Na irlandzkim rynku PUZ składki ujednolicane są dla całości społeczeństwa – ubezpieczyciele nie mogą odmówić świadczenia usług ubezpieczeniowych ani oceniać ryzyka w oparciu o wiek, płeć lub stan zdrowia danej osoby. Każdy produkt musi oferować „koszyk” podstawowych świadczeń, który został szczegółowo określony dla wszystkich usług oferowanych w publicznych szpitalach ogólnych. System wyrównywania ryzyka został wprowadzony po raz pierwszy w 2009 r., aby dokonać redystrybucji składek w celu pokrycia kosztów roszczeń osób starszych i o gorszym stanie zdrowia, jednak tylko częściowo wyrównuje on ryzyko dla ogółu rynku.

Całość składek ubezpieczeniowych na rynku w 2012 r. wyniosła 2,23 miliarda euro, co stanowi niewiele poniżej 2 proc. irlandzkiego PKB. Rząd wprowadził ulgę podatkową w wysokości 20 proc. na wszystkie składki ubezpieczeniowe, co kosztuje skarb państwa około 450 milionów euro rocznie (w przeszłości ulga podatkowa wynosiła nawet 42 proc.). W zamian za to spółki ubezpieczeniowe rocznie wnoszą w irlandzką opiekę zdrowotną wkład w wysokości około 2,3 miliarda euro – co stanowi około 10–15 proc. całości wydatków opieki zdrowotnej, zależnie od sposobu obliczania tej wartości.

Ubezpieczyciele wykupują usługi zdrowotne zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych. 20 proc. łóżek w szpitalach publicznych zostało przeznaczone do użytku pacjentów prywatnych – w całości około 2800 łóżek. Kolejne 3500 łóżek znajduje się w szpitalach prywatnych, z których większość to ośrodki ogólnej opieki zdrowotnej, oferujące pełny zakres leczenia wszelkich poważnych schorzeń. Niektóre szpitale prywatne zostały onkologicznymi i kardiologicznymi szpitalami wysokospecjalistycznymi i ośrodkami kształcenia. Specjaliści podpisują umowy bezpośrednio z prywatnymi ubezpieczycielami. Większość z nich pracuje zarówno w prywatnym, jak i publicznym systemie opieki zdrowotnej.

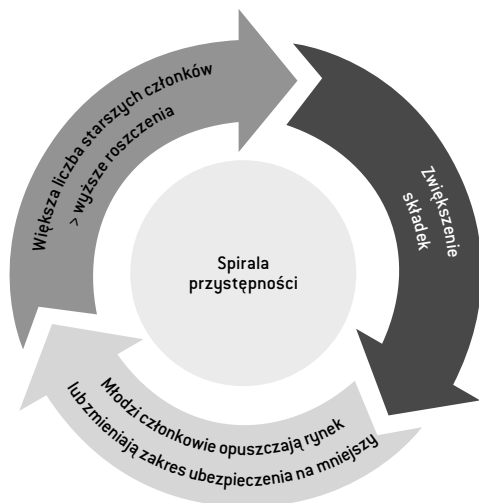
Czynniki wpływające na rozwój rynku PUZ w Irlandii

- Rynek PUZ stabilnie się rozwijał i osiągnął w 2008 r. poziom świadczenia usług ubezpieczeniowych w wysokości 52 proc. populacji. Pomimo spadku do około 45 proc. w 2012 r., irlandzki rynek PUZ okazał się stosunkowo odporny podczas kryzysu gospodarczego, w porównaniu do innych sektorów, które zanotowały spadek w wysokości nawet do 30 proc. Co najważniejsze, w tym samym okresie składka rynkowa wzrosła o około 25 proc., mimo około 9-proc. spadku liczby klientów.
- Podaje się cztery główne powody wysokiego poziomu wykupywania dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w Irlandii:
 1. *Ujednolicenie składek* – model ten sprawia, że prywatne ubezpieczenie zdrowotne jest dostępne dla większej liczby osób w przystępnej cenie. Państwa korzystające z systemu ujednolicania składek PUZ, takie jak Irlandia i Australia, cechują się większym udziałem niż modele dobrowolnego ubezpieczenia wprowadzające składki zależne od ryzyka.
 2. *Połączenie prywatnej i publicznej służby zdrowia* – aby stworzyć rynek PUZ ubezpieczyciele potrzebują szpitali, które będą świadczyć usługi zdrowotne... Jednakże inwestycje w szpitale prywatne będą ograniczone, jeśli nie będzie istniał rynek PUZ! Ten problem „kury i jajka” został w Irlandii rozwiązany poprzez umożliwienie szpitalom publicznym „sprzedaży” stałej części łóżek prywatnym ubezpieczycielom. Pomogło to ożywić rynek prywatnych ubezpieczeń, co z kolei pobudziło wejście na rynek szpitali prywatnych.
 3. *Ulgę podatkową* – pomogła utrzymać składki na przystępnym poziomie cenowym i odzwierciedla fakt, że klienci wykupujący dobrowolne PUZ płacą już za dostęp do szpitali publicznych poprzez podatki.

4. *Obietnica produktu i prostota* – korzyści zakupu produktu są wyraźnie rozumiane przez klientów i istnieje pewność, że produkt spełni swoją obietnicę, gdy będzie to potrzebne. Innymi słowy, „produkt jest zgodny z opisem na swoim opakowaniu!”.
 - Inne czynniki, które przyczyniły się do rozwoju rynku, to między innymi:
 - Konkurencja, która pomogła zwiększyć świadomość rynkową
 - Znaczny wzrost zatrudnienia i ogólne zwiększenie dobrobytu
 - Rozrost liczby międzynarodowych spółek oferujących PUZ w ramach świadczeń pracowniczych
 - Przyrost naturalny.
 - Najczęściej podawane czynniki wpływające na popyt wśród klientów to między innymi:
 - Pozytywne postrzeganie systemu prywatnej opieki zdrowotnej pod względem jakości
 - Szybszy dostęp do usług zdrowotnych
 - Koszty leczenia
 - Wybór szpitala i specjalisty
 - Drugie w kolejności najbardziej cenione świadczenie pracownicze.
- Organ Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych regulujący rynek PUZ zleca wykonanie kompleksowych badań opinii i postaw nabywców na wspomnianym rynku – ich wyniki można zobaczyć na stronie: <http://www.hia.ie/publication/consumer-surveys/>.

Kluczowe wyzwania dla rynku

- Rynek zmaga się z kilkoma znacznymi wyzwaniami, takimi jak:
 - Spirala przystępności (patrz poniższy diagram): Kryzys gospodarczy najbardziej dotyka młodych ludzi. Większość utraconych klientów należy do młodszej grupy wiekowej – grupy osób w podobnym wieku, która jest kluczowa dla procesu ujednolicania składek. W momencie, gdy opuszczają rynek PUZ lub zmieniają ubezpieczenie na tańsze, ubezpieczyciele muszą podnieść ceny, aby pokryć koszty roszczeń pozostałych klientów, co powoduje nową falę strat w bazie klientów i większą liczbę przejść na tańsze ubezpieczenie.



Źródło: opracowanie własne.

- *Nierównowaga rynku* – starsi i bardziej chorzy klienci nie są równomiernie rozprzestrzenieni po całym rynku. Jako ubezpieczyciel zdrowotny nr 1 spółka Vhi Healthcare posiada 56 proc. udziałów w rynku, ale płaci około 75 proc. całości roszczeń rynku ze względu na starszy wiek swojej bazy klientów. Brak skutecznego systemu wyrównywania ryzyka spowodował wystąpienie nierównowagi rynkowej, która zagraża żywotności systemu ujednolicania składek.
- *Czynniki kosztotwórcze* – popyt na usługi opieki zdrowotnej zwiększa się gwałtownie wraz ze stopniowym starzeniem się grona ubezpieczonych klientów. Inne czynniki kosztotwórcze to między innymi dostępność nowych technologii i znaczny wzrost opłat nakładanych przez szpitale publiczne za leczenie pacjentów prywatnych.
- Rynek odpowiedział na te wyzwania poprzez:
 - Podział klientów i produktów
 - Inicjatywy związane ze zmniejszeniem kosztów świadczenia usług
- Obecnie omawiane inicjatywy mające na celu stabilizację rynku to między innymi:
 - Wprowadzenie opłaty manipulacyjnej dla składek w oparciu o wiek klienta w momencie wstępnego wejścia na rynek
 - Zmiany w zasadach ujednolicania składek, aby umożliwić zniżki dla klientów należących do młodszych grup wiekowych.

Perspektywy polityki publicznej

- W zamian za około 450 milionów euro ulg podatkowych, PUZ wnoszą wkład w wysokości około 2,3 miliarda euro w irlandzką służbę zdrowia, co stanowi około 10–15 proc. budżetu szpitali publicznych.
- W przeszłości rząd wykupywał usługi zdrowotne dla pacjentów publicznych w szpitalach prywatnych. Umożliwiło mu to dostęp do infrastruktury prywatnie finansowanej służby zdrowia bez potrzeby inwestowania pieniędzy publicznych w kapitał tych ośrodków opieki zdrowotnej.
- PUZ tworzy dwupoziomowy system, który może wspierać cele publiczne poprzez:
 - Materialne zwalnianie mocy przerobowych systemu publicznego na rzecz populacji ogólnej
 - Solidarność międzypokoleniową oraz niedyskryminowanie na podstawie stanu zdrowia.

Spółka Vhi Healthcare była jedynym ubezpieczycielem na rynku od 1957 do 1997 r., kiedy rynek został zliberalizowany, aby umożliwić konkurencję. System wyrównywania ryzyka został wprowadzony po raz pierwszy w 2009 r.

- Rząd ogłosił obecnie plan przekształcenia systemu dobrowolnych PUZ w model obowiązkowych powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Szczegóły nowego modelu nie zostały jeszcze dopracowane, jednakże koncepcja ta jest w dużej mierze oparta na modelu holenderskim, tj. jednopozomowym systemie opieki zdrowotnej, w którym konkurujący ubezpieczyciele prywatni wykupują usługi opieki zdrowotnej od konkurujących publicznych i prywatnych świadczeniodawców. Składki byłyby dofinansowywane przez Rząd w oparciu o gospodarcze oraz socjodemograficzne uwarunkowania. Szczegółowy projekt przyszłego modelu powszechnych ubezpieczeń społecznych jest obecnie w fazie przygotowań.

Uwagi końcowe

- Silny rynek PUZ wspierał cele irlandzkiej polityki dotyczące finansowania oraz dostępu do opieki zdrowotnej, wydajności i jakości świadczonych usług.
- Elementy, które warto wziąć pod uwagę podczas podejmowania decyzji odnośnie kształtu oraz struktury przyszłego modelu prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce, to między innymi:
 - Stworzenie wyraźnej wizji wkładu i stopnia integracji PUZ z ogółem systemu opieki zdrowotnej
 - Wizja ta pomoże wprowadzić pożądany rodzaj rynku, np. stosującego składki ujednolicone lub oparte na ryzyku, posiadający ubezpieczycieli od odpowiedzialności finansowej lub świadczeniodawców specjalistycznej opieki zdrowotnej, itd.
 - Szpitale publiczne mogą brać udział w tworzeniu „podaży” (szpitale) wymaganej do pobudzenia wstępnego „popytu” (klientów), co rozwiąże problem „kury i jajka”
 - Ulgi podatkowe mogą pobudzić zarówno popyt (dofinansowywanie składek), jak i podaż (szpitale)
 - Możliwość wspólnych przedsięwzięć pomiędzy ubezpieczycielami a świadczeniodawcami w celu pobudzenia rynku i ograniczenia ryzyka
 - Należy wziąć pod uwagę, że istnieją naturalne ograniczenia dotyczące zakresu w jakim polityka gospodarcza i społeczna mogą zostać ujednolicone.



TIM MCKEOWN – dyrektor ds. rozwoju produktu i biznesu w Vhi Healthcare w Irlandii. Przed dołączeniem do Vhi Healthcare przez 10 lat pracował w Brukseli dla Komisji Europejskiej.

Cover



*Voluntary Private Health Insurance Market in Ireland :
Public-Private Mix*

Tim McKeown
Head of Business Development
Vhi Healthcare

1

Key Themes

1. PMI Market in Ireland

2. Healthcare Provision Market : Public-Private Mix

3. Growth Drivers & Current Challenges

4. Public Policy Perspectives

5. Some Considerations...

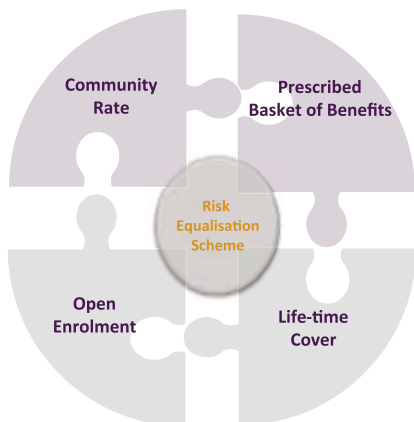
2



4

PMI Market - Regulatory Structure

PMI Market Tightly Regulated



- Risk-rating prohibited
No discrimination on basis of age, gender, health
- High-level of Prescribed Benefits
Broadly all public hospital procedures
- Life-Time Cover & Open Enrolment
Insurers cannot refuse cover or renewals
- Anti-Selection Measures
Limited 'waiting periods' to prevent selection

5

PMI Products in Ireland



... PMI Products across the market provide comprehensive cover for hospital treatment with very limited cover for primary care

Average PMI
premium
circa €1,100 pa

Approx €880 net of 20%
relief tax

Public Hospital

Room
Type

Private Hospital

Room
Type

Primary Care

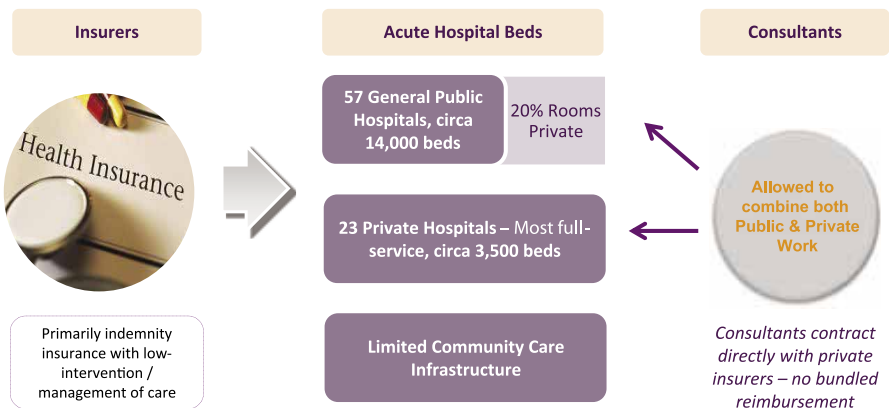
3%

- Benefit for all treatments in a covered hospital / clinic
- Generally full-indemnity / direct payment to hospitals/consultants...
- But, trend towards excesses and co-pays
- No requirement to cover all facilities
- Small primary care element (co-pays)
- No cover for LTC

6

Healthcare Market Organisation – Public-Private Mix

“... Private Health Insurers purchase from both public & private hospital systems and from Consultants who are permitted to combine public and private work



7

Payout

“... Vhi Healthcare pays circa €1.3b per annum for its customers' healthcare needs – this is pre-dominantly for hospital based care



Source Vhi Annual Report

- Most care delivered in a hospital setting
- Indemnity rather than 'managed care' model
- Insurers typically manage costs through:
 - Supply-side initiatives
 - Fixed-price packages
 - Rates
 - Clinical indicators / protocols

8

Sales & Distribution

“ ... PMI in Ireland is a ‘Bought’ rather than a ‘Sold’ product which is predominantly distributed directly to clients rather than through brokers



- Company-paid: Purchased as an employee benefit
- Worksite Marketing : Self-pay, premium deducted from salary
- Affinity: Professional bodies, associations, unions, etc.
- Telephone: Principal fulfilment channel for all segments
- Web: circa 10-15%....Starting to increase off a low base
- Branch Office: Very little business transacted over-the-counter
- Brokers: Small part of the market intermediated > Circa 5% of market, est commission at 7.5% of premium

9

Growth Drivers

“ PMI has grown steadily in Ireland – the market has proved relatively resilient despite a tripling in unemployment and an austerity programme which has significantly reduced disposable incomes

Consumer Drivers



- Perception of the public system
- Faster access to healthcare
- Quality perception
- Cost of treatment
- Choice of hospital & consultant
- 2nd ranked employee benefit

- Community-rated system : Access and affordability
- Product simplicity: Full-cover promise for serious illness
- Prosperity and labour market expansion > particularly MNCs
- Competition: More insurers developing the market...
- Public-Private Mix: Overcomes the ‘chicken or egg’ problem
- Tax incentives: Premium subsidy of 20%, private supply

10

Challenges - Barriers



...A number of factors are combining which are undermining the sustainability of the current voluntary health insurance market in Ireland

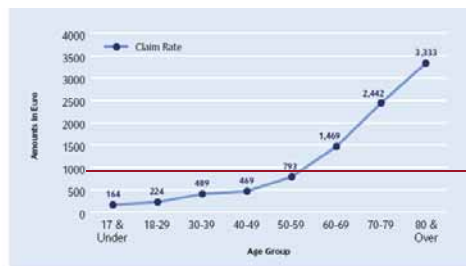
- Affordability
- Market and regulatory imbalances
- Demand drivers - increasing volumes/utilisation
- Young lives dropping out
- Financial strain on private hospitals
- Public hospital funding needs
- Threats to product proposition – full-cover & complexity
- Sustainability of community-rating system



11

Market Responses

- Market segmentation
- Increase in excesses and co-pays
- Provider cuts
- Viability of full-cover model
- Potential Market Stabilisation Measures
 - Age-at-entry premium loading
 - Discounts to attract young lives



The source of the data in the above chart is information returns submitted to the Authority by insurers. These returns exclude c. 20% of claims.

Source : HIA 2011

12

Public Policy Perspectives



...Voluntary PMI is embedded in the Irish health system as part of a public-private mix of healthcare funding and service delivery

- PMI contributes €2.3b to the Irish healthcare economy – circa 10-15% of health spend
- Additional source of income to public hospitals, circa 10%
- State has access to private infrastructure without the capital investment
- Creates a two-tier health system – but...
- Materially frees-up capacity in the public system for non-private patients
- Delivers social goals in terms of inter-generational solidarity & health status
- Limits to the extent of alignment with policy goals, e.g. prevention, integrated care, etc.

>>> Government plans to evolve voluntary PMI into mandatory universal health insurance



13

Future Public Policy Perspectives



Government plans implement a universal mandatory model where competing private insurers purchase services from competing public and private healthcare facilities

To develop an efficient and effective single-tier health service which promotes the health and well-being of the population and which provides equitable access to high quality care on the basis of need.



Source : Dept of Health (2013)

Key Design Principles

- Single-tier
 - Mandatory cover for basic package
 - Competing private insurers
 - Competing public and private providers
 - Premium based on economic circumstances
 - Insurers allowed to sell 'top-up' products
- >>>In parallel,
- Free GP cover funded through social insurance
 - Supply-side initiatives to improve efficiency and quality

14

Some Considerations...

“... A strong PMI market has supported public policy goals in Ireland in terms of funding, access to healthcare, efficiency and quality...but there will always be differences between commercial insurance and social policy goals



- Create an up-front vision on how PMI will integrate into the overall health system
- Vision will determine the type of health insurance model to adopt
- Public hospitals can play a role in creating the supply to stimulate demand
‘Chicken or egg problem’
- Tax incentives can stimulate demand (premium subsidy) and supply (hospitals)
- Product simplicity is important to creating scale in a new market
- Opportunities to create ‘JVs’ with hospitals to help kick-start market & contain risk?
- Natural limits to alignment of commercial insurance and social policy goals

TOM SACKVILLE

Czynniki hamujące rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynku brytyjskim

Transkrypcja wystąpienia

Szanowni państwo, dziękuję za zaproszenie. Przyjazd do Polski jest dla mnie wyjątkowo ważny, gdyż moja organizacja specjalizuje się w omawianym przez państwa obecnie temacie. IFHP to globalna sieć dyrektorów generalnych ubezpieczycieli zdrowotnych z całego świata, wraz z ich powiązaniem w przemyśle. Dążymy do promocji dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych poprzez dzielenie się naszym doświadczeniem we wszystkich zakątkach świata.

Schemat angielskiej służby zdrowia

Proszę wziąć pod uwagę, że słuchają państwo opinii osoby, która w młodości, gdy jeszcze pani Thatcher chodziła po tej ziemi, była ministrem. Jestem byłym politykiem, więc gdy wygłaszam uwagi na temat mojej dawnej profesji, mam do tego prawo. Po pierwsze pozwólcie, że zapytam was, co może przedstawiać pokazany na ekranie trójkąt. Osoby, które uważały na lekcjach matematyki, powiedzą, że to trójkąt równoramienny. Osoby, które były na wakacjach w Egipcie, powiedzą, że to Piramida Cheopsa w Gizie. Brytyjscy eurosceptycy, do których się zaliczam, mogą obawiać się, że jest to nowy przepisowy kształt marchewki. Ale jak się okazuje, to żadna z tych rzeczy. Jest to organizacyjny schemat angielskiej służby zdrowia. Bardzo prosty i monolityczny, prawie że paleolityczny. Układ organizacyjny pozostał praktycznie niezmienny od momentu jego wprowadzenia w rozkwicie egalitarnego entuzjazmu po drugiej wojnie światowej. Gdy słyszy się ludzi mówiących o reformach w Anglii, tak naprawdę nie mają tego na myśli. Odnoszą się do dezorganizacji służby zdrowia odbywającej się średnio co sześć lat od 1948 roku. Proces ten podtrzymuje wielu urzędników państwowych. Tak więc mówimy tutaj o pojedynczej organizacji zwanej Narodową Służbą Zdrowia (NHS), która świadczy usługi dla ogromnej liczby ludzi – około 55 milionów – przy czym tylko sześć milionów osób w kraju posiada dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne.

Patrząc na te 1,4 miliona pracowników znajdujących się na środkowej linii piramidy, jestem zdziwiony ogromem tej liczby, gdyż jest ona większa niż liczba pracowników Indyjskich Kolei Państwowych, jednak prawdopodobnie mniejsza niż liczebność żołnierzy armii chińskiej. Jest

to bardzo ekscentryczny sposób zarządzania organizacją: model ten nie zostałby obecnie przyjęty nawet w Moskwie.

Na samej górze znajduje się oczywiście minister. Ci z was, którzy oglądali popularny w latach dziewięćdziesiątych sitcom zwany *Tak, panie ministrze*, będą pamiętać tę osobę ministra, który w końcu został premierem. Zatrzymajmy się na chwilę i zapytajmy: czy posiada on odpowiednie kwalifikacje, aby zarządzać szpitalami? Nie posiada on żadnej edukacji w zakresie zarządzania, a szpitale to dużo bardziej skomplikowane organizacje niż inne działalności. Wymagają większego stopnia interakcji międzyludzkich, nieustannie występują tam kwestie życia i śmierci oraz wiąże się z nimi dużo więcej emocji. Potrzebny jest więc błyskotliwy kierownik, wykazujący jednocześnie dobre podejście do ludzi. Jeśli miałbym opisać podgatunek rasy ludzkiej zwany politykami z własnego doświadczenia, powiedziałbym, że są to osoby z zaburzeniem uwagi. Nie mam tu jednak na myśli klinicznej definicji tego wyrażenia, a raczej osoby, którym nie poświęcono wystarczającej uwagi w młodości. Może byli za mało przytulani przez matkę lub nie radzili sobie zbyt dobrze na dyskotekach w nastoletnich latach. Cokolwiek by to nie było, osoby angażujące się w politykę zazwyczaj nie są dobre w długofalowym planowaniu pomyślnej przyszłości organizacji. Są to osoby, które martwią się o nagłówki jutrzejszych gazet: obawiają się krytyki i chcą być podziwiani. Mają dobre intencje, przynajmniej część z nich, ale brak im temperamentu i umiejętności, aby zarządzać tak skomplikowaną organizacją jak opieka zdrowotna. Jednak tak wygląda rzeczywistość i taka jest naturalna kolej rzeczy: jako mieszkańcy Europy Zachodniej wyrosliśmy na socjalistycznych tradycjach i wydaje się, że zaakceptowaliśmy taki stan rzeczy.

Tak naprawdę w sitcomie – obawiam się, że w rzeczywistości też – to nie minister zarządzał opieką zdrowotną, ale Sir Humphrey, podsekretarz stanu. To właśnie on wydawał instrukcje ministrowi, który nie rozumiał, co tak naprawdę się dzieje.

Omówmy więc po krótku kwalifikacje urzędników państwowych zarządzających dużymi organizacjami. Są to dobrzy ludzie – pracowałem z nimi przez długie lata: podziwiam ich kulturę i cierpliwość, zwłaszcza w stosunku do polityków. Jednak oni także nie posiadają odpowiedniego doświadczenia w zarządzaniu. Prawdopodobnie zajęli stanowiska urzędnicze zaraz po skończeniu studiów. Zdobyli umiejętności przygotowywania finezyjnych memorandumów przeznaczonych do przekazania wzdłuż struktury organizacyjnej. Charles Dickens nazwał ten proces bardzo uogólnionym wyrażeniem, tj. „Ministerstwo Przelewania z Pustego w Próżne”. Wyrażenie to wymyślił 150 lat temu, ale od tamtego czasu niewiele się zmieniło.

Prawdziwy schemat organizacyjny na samej górze nie posiada więc ministra, lecz podsekretarza stanu.

Skończmy jednak na chwilę z żartami i poważnie zastanówmy się, co jest nie tak z tym modelem zarządzania. Na wstępie, w przypadku takiego biurokratycznie zarządzanego układu organizacyjnego nikt ze środkowego szczebla nie ponosi odpowiedzialności za popełnione błędy lub jakiegokolwiek inne działania. Jest to kultura przerzucania odpowiedzialności na innych. Nie stanowi to próby krytyki osób pracujących w opiece zdrowotnej: oznacza to jednak, że bardzo ciężkie jest uzyskanie przez taką organizację poziomu jakości usług i obsługi pacjentów, którego możemy oczekiwać od odpowiednio zarządzanych prywatnych lub dobrowolnych organizacji. To, czego tak naprawdę brakuje, to przywództwo. Starsi urzędnicy państwowi nie chcą zarządzać charyzmatycznymi osobami ze środkowego szczebla, gdyż mogą powodować nieporządek. Każdy ma oglądać się za siebie i czytać najnowsze dyrektywy przygotowane przez najwyższy szczebel organizacyjny. Zaufajcie mi państwo, takie myślenie nie sprawia, że organizacja prosperuje śpiewająco.

NHS to organizacja, której pracownicy, tj. lekarze, pielęgniarki i wszyscy inni, osiągają wspaniałe wyniki, jednak robią to mimo takiej struktury organizacyjnej, a nie dzięki niej.

Wspomniałem o przywództwie. Przejawia się ono w przeróżnych formach. Jak można je określić? Pozwólcie państwo, że przytoczę jedną historię. Pani Thatcher była kiedyś z wizytą w Brukseli. Nigdy nie było to jej ulubione miasto. Udała się do restauracji wraz ze swoim zespołem ministerialnym i paroma urzędnikami UE. Kierownik restauracji zwrócił się do pani Thatcher: „Przepraszam, ale ze względu na tak nagłą wizytę posiadamy w menu tylko dwa dania: mięso lub rybę”. Pani Thatcher odpowiedziała: „mięso brzmi wyśmienicie, dziękuję”. Kierownik – „a jeśli chodzi o warzywa?” Pani Thatcher rozejrzała się wokół siebie i powiedziała – „ryba będzie dla nich odpowiednia”. Może nie jest to styl zarządzania, który powinien być przyjmowany przez wszystkich, ale w jej przypadku pozwolił jej dokonać paru rzeczy.

Jedną z rzeczy, jakich nie udało jej się zreformować, z różnych powodów, które przedstawię później, była opieka zdrowotna. Niestety w swojej przeszłości politycznej miała do czynienia z lekarzami i łatwiejsze dla niej wydawało się wystanie całości sił zbrojnych na południowe wody Oceanu Atlantyckiego w środku zimy i rozpoczęcie wojny domowej ze związkami zawodowymi oraz Europą niż stawienie czoła lekarzom i opiece zdrowotnej. Prawdopodobnie przestrzegała uniwersalnej prawdy, z którą wszyscy możemy się zgodzić.

Po opisanu wszystkich problemów związanych z monolityczną, biurokratycznie zarządzaną strukturą organizacyjną można się spodziewać, że brytyjska prywatna służba zdrowia radzi sobie całkiem dobrze. Ze względu na gamę powodów niestety tak nie jest. Natomiast, jak słyszeliście państwo od Tima [Tim McKeown], prywatna opieka zdrowotna w Irlandii radzi sobie niesamowicie dobrze. Może być to spowodowane tym, zgodnie z wypowiedzią Tima, że irlandzcy ubezpieczyciele czerpią korzyści z ujednolicenia składek, co jest postrzegane jako bardziej uczciwe i wspomaga wykonywanie celów społecznych – a także dlatego, że podlegają ulgom podatkowym w ramach systemu motywacyjnego. Nasz system nie posiada żadnego z tych elementów: informacje przedstawione na schemacie wyświetlonym na ekranie nie prezentują szczęśliwego obrazka. Od około 2009 roku – to jest od momentu upadku banków i początku kryzysu gospodarczego – ubezpieczenia zdrowotne w Wielkiej Brytanii uległy spadkowi z około 11 procent do 10 procent populacji i nadal wykazują tendencję spadkową. Jeśli system publicznych ubezpieczeń zdrowotnych jest w tak opłakanym stanie, dlaczego tak się dzieje?

Słyszeli państwo dwa powody. Składki nie są ujednolicane, a raczej oparte na ryzyku. Dlatego też, jeśli państwo pozwolą, pierwszą moją wskazówką będzie wprowadzenie ujednoliconych składek, jeśli chce się stworzyć rentowny przemysł ubezpieczeń zdrowotnych.

Ponadto w latach 80., gdy rząd pani Thatcher był w silnej pozycji, mieliśmy okazję wprowadzić ulgę podatkową. W Irlandii, zgodnie z wypowiedzią Tima, wprowadzona została ulga podatkowa na poziomie 20 procent. U nas natomiast obecnie nie istnieje żadna ulga podatkowa. Oznacza to, że płacąc podatki, płacisz także na NHS, po czym w przypadku chęci wykupienia prywatnego ubezpieczenia – płacisz jeszcze raz. Ponadto obowiązuje wtedy podatek od składek ubezpieczeniowych, więc zostajesz podwójnie ukarany. Pokazuje to, że nie udzieliliśmy wsparcia politycznego sektorowi prywatnych ubezpieczeń społecznych. Promocja prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przez Partię Konserwatywną, tak zwaną partię centroprawicową, jest jeszcze mniej prawdopodobna niż przez partie nominalnie socjalistyczne: Partia Konserwatywna jest bardziej podatna politycznie w kwestiach zdrowotnych, jako że najprawdopodobniej ich rodziny posiadają prywatne ubezpieczenie i nie chcą się do tego przyznać. Co prawda pani Thatcher wprowadziła (bez niepotrzebnego

rozgłosu] ulgę podatkową dla osób powyżej 65 roku życia. Obowiązywała ona tylko przez kilka lat do momentu, gdy następny rząd objął władzę. Co ciekawe, zlikwidowanie jej obeszło się bez większych protestów, jednak duża liczba starszych osób anulowała swoje ubezpieczenie zdrowotne (włącznie z moją teściową, co w jej przypadku okazało się mieć tragiczne konsekwencje).

Dlaczego pani Thatcher zrezygnowała z wprowadzenia powszechnej ulgi podatkowej? Po części ze względu na to, że przemysł nie przemawiał jednym głosem i nie było zorganizowanej podaży. Częściowo także ponieważ obawiała się, że lekarze ją zdradzą. Można by pomyśleć, że lekarze przyjąłoby wprowadzenie większej ilości finansów do opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie wydatków prywatnej opieki zdrowotnej jako dobry pomysł. Jednakże tylko starsi lekarze, głównie ci posiadający własne praktyki, m.in. w okolicach Londynu, mają szansę uzyskania dochodu z prywatnych praktyk i nieszczególnie chcą się nimi dzielić ze swoimi kolegami i koleżankami po fachu. Taka już jest ludzka natura. Preferują więc niestety, aby wszystko toczyło się dalej, tak jak jest. Prywatna opieka zdrowotna w Wielkiej Brytanii jest na tyle mała, aby pozostać poniżej politycznego radaru. Gdy sektor prywatny znacznie wzrośnie, ludzie zaczną zadawać takie pytania: „Ile zarabiają ci lekarze w systemie prywatnej opieki zdrowotnej?” Wiązałyby się z tym określone konsekwencje.

Zmagalibyśmy się wtedy także z kluczowym problemem politycznym. Wprowadzenie ulgi podatkowej w momencie, gdy pięć lub sześć milionów osób jest już prywatnie ubezpieczonych bez niej, oznacza natychmiastową ulgę podatkową dla najbogatszych ludzi w kraju. Z lewicy i mediów potoczyłyby się fale protestów. Byłaby to zła praktyka polityczna w tym pseudo-egalitarnym społeczeństwie, w którym żyjemy. Rząd Margaret Thatcher uwierzył w argument twierdzący, że we wczesnych latach działania ulgi podatkowej na ubezpieczenie zdrowotne traci się sporo wpływów z podatków i ponosi jednocześnie duże straty polityczne, aby dopiero w przyszłości więcej osób wykupiło prywatne ubezpieczenie zdrowotne i zmniejszyło nacisk finansowy na system publicznej opieki zdrowotnej. Niestety Ministerstwo Finansów nie myśli przyszłościowo. Myślą oni o następnych sześciu miesiącach, może trochę dalej w przód niż politycy, ale niewiele. Stanowi to więc znaczny problem.

Pozwólcie państwu, że przedstawię teraz drugą stronę tego systemu, tj. potencjalne niebezpieczeństwa związane z prawdziwym systemem rynkowym dla służby zdrowia. Chciałem państwu pokazać ten slajd [prezentacja T. Sackvilla po wystąpieniu], ponieważ takie są wyniki wprowadzenia systemu, który nie próbuje w żaden sposób regulować świadczeniodawców w celu kontroli kosztów. Jest to badanie przeprowadzane co roku przez federację. Liczba po prawej – 1121 USD – to średnia cena płacona na rynku przemysłowym w Stanach Zjednoczonych, tj. przez 150 milionów amerykańców posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne, za rezonans magnetyczny. Tak więc w Baltimore płaci się 1121 USD za zabieg, który w Rotterdamie kosztuje 319 USD. Amerykanie mają wolny rynek, który jest wspaniały, ale nie udało im się znaleźć sposobu, aby powstrzymać lekarzy i szpitale przed wprowadzaniem karteli i monopolu. Tak jak i u nas, politycy w Stanach Zjednoczonych obawiają się lekarzy, ponieważ to oni wygrywają wyścigi polityczne. Dlatego też Federalna Komisja Handlu nie atakuje świadczeniodawców ze względu na to, że ludzie płacą więcej niż powinni za rezonans magnetyczny. Mimo skandaliczności takiego systemu, nikt w Białym Domu nie planuje, aby cokolwiek z tym zrobić. Możemy założyć, że wielu znanych amerykańskich polityków otrzymuje spore dotacje na rzecz kampanii politycznych od stowarzyszeń szpitali, stowarzyszeń medycznych i przemysłu farmakologicznego. Jest to interesujący rodzaj systemu. Jeśli więc planujecie państwo podążać tą drogą rynkową, będziecie musieli polegać na czymś więcej niż tylko siły rynkowe i przygotować regulacje cenowe dla wszystkich usług opieki zdrowotnej.

Wystąpienie chciałbym zakończyć przez wspomnienie jednego kraju, który wprowadził mniej więcej odpowiedni system i przewidział wszelkie wspomniane niebezpieczeństwa, zwłaszcza te dotyczące brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej. Mówię tutaj o Australii. Wyświetlony slajd opisuje ich dotychczasową historię służby zdrowia. Do końca lat 90. procent populacji objęty prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym spadł z ponad 50 procent do 29 procent. Rząd Australii, wykazując niespotykany stopień odwagi politycznej, zdecydował się zahamować ten spadek przy wsparciu ze strony zjednoczonego przemysłu. Przeprowadzili dwa działania. Po pierwsze wprowadzili ulgę podatkową. Oznaczało to, że 30 procent z każdej zapłaconej składki na prywatne ubezpieczenie zdrowotne zwracane było w postaci gotówki lub ulgi podatkowej. Stworzyli więc bodziec podatkowy, aby przejść na prywatne ubezpieczenie zdrowotne lub na nim pozostać. Australijczycy nie poprzestali na tym. Postanowili, że każdy, kto nie wykupi prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego do czerwca następnego roku, podlegał będzie opłacie manipulacyjnej w wysokości 2 procent w skali rocznej za każdy rok do ukończenia 50 roku życia. Osoba w wieku 30 lat musiałaby więc płacić 40-proc. opłatę manipulacyjną od składek na ubezpieczenie zdrowotne do końca życia. Australijczycy, jako pragmatyczni ludzie, odpowiedzieli na te zmiany i w przeciągu sześciu miesięcy procent populacji posiadający prywatne ubezpieczenie wzrósł z 29 procent do 44 procent.

Z mojego punktu widzenia, przyglądanie się temu procesowi i niemożność wprowadzenia czegoś podobnego w Wielkiej Brytanii wydawały się pewnego rodzaju cudem. Może to wyjaśnić, dlaczego 80 procent Brytyjczyków chciałoby przeprowadzić się do Australii, jeśli mieliby taką okazję. Nie chodzi tutaj tylko o pogodę i kangury! Drugim cudem jest to, że nawet po zmianie rządu na bardziej lewicowy i wprowadzeniu „kryteriów dochodowych” w celu zmniejszenia wielkości kredytów dla osób zamożnych, 45 procent populacji nadal nie posiada ubezpieczenia. Rząd Australii twierdzi, że zyskuje ogromne kwoty liczone w miliardach dolarów i przewyższające bezpośredni koszt ulgi podatkowej poprzez zmniejszenie presji wywieranej na system publicznej opieki zdrowotnej.

Tak więc radzę wybrać się do Australii i zapytać ich, jak im się to udało, a przy okazji popływać na plaży Bondi. Jeśli chcecie się państwo dowiedzieć, jak nie powinno się tego robić, zapraszam do odwiedzenia nas w Londynie. Dziękuję bardzo.



TOM SACKVILLE – przewodniczący Centrum Leczenia NHS, były parlamentarzysta i minister zdrowia w Wielkiej Brytanii. Od 1998 r. jest dyrektorem naczelnym Międzynarodowej Federacji Planów Zdrowotnych (The International Federation of Health Plans).

International Federation of Health Plans

The leading global network of the health insurance industry

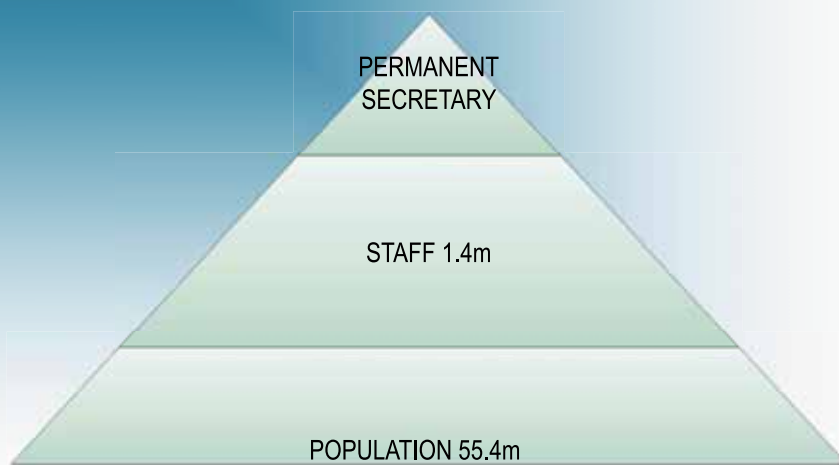


© Association 1

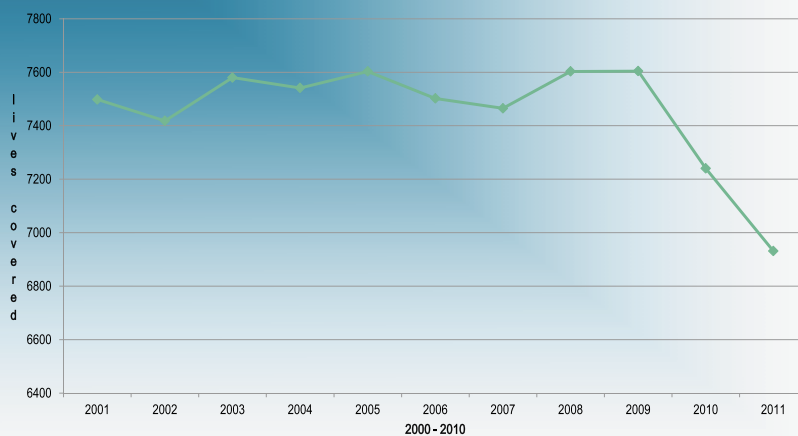
NHS (England)



NHS (England)

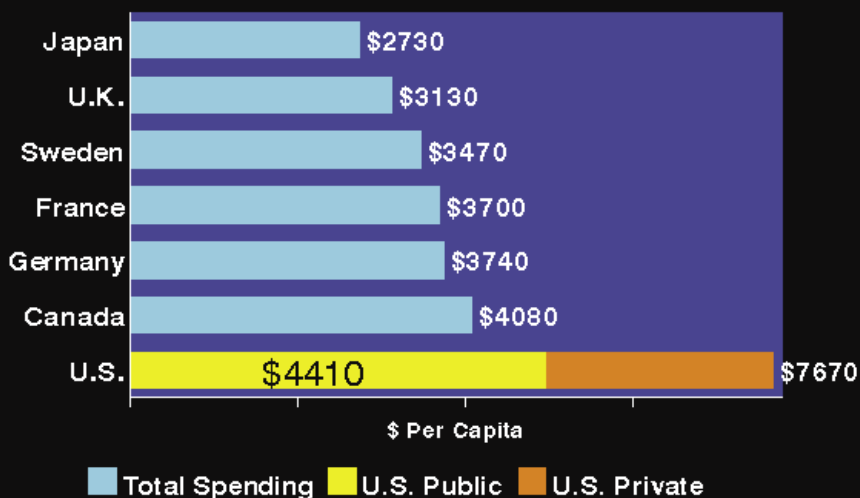


UK PMI Market 2000 -2010



Source: Laing and Buisson
2011

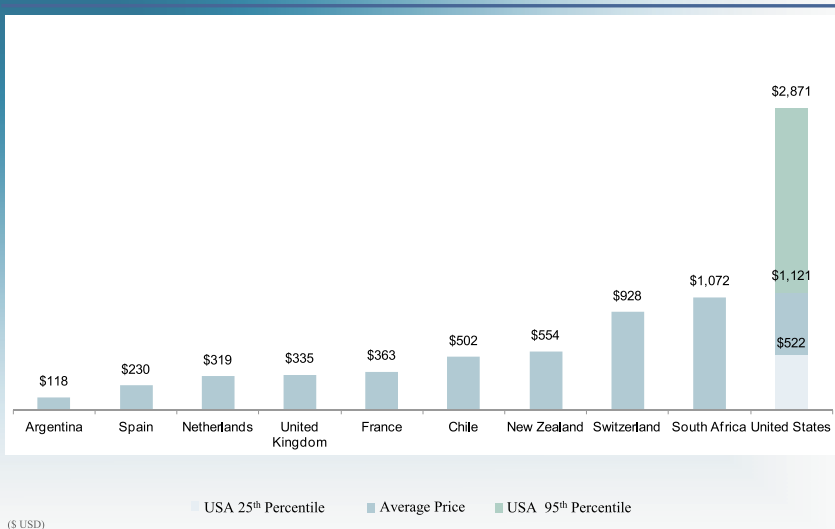
U.S. PUBLIC Spending Per Capita for Health is Greater than TOTAL Spending in Other Nations



Note: Public includes benefit costs for govt. employees & tax subsidy for private insurance

Source: OECD 2010; Health Aff 2002; 21(4):38 - Data are for 2008

2012 Scanning and Imaging: MRI



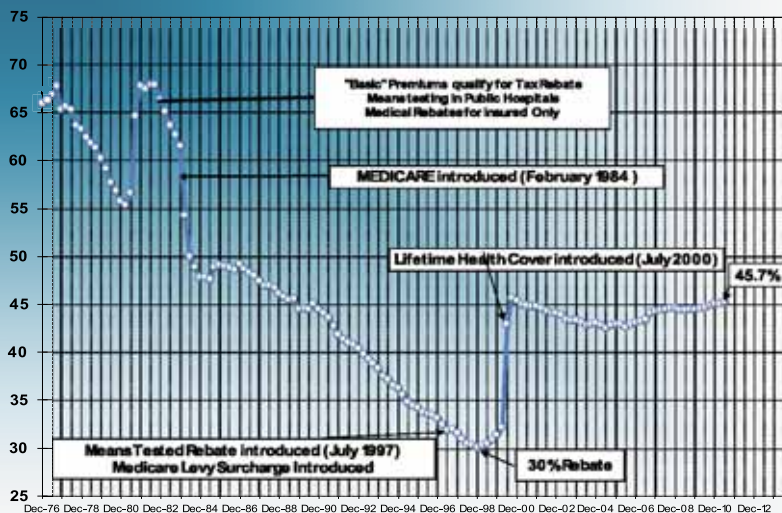
2012 Total Hospital and Physician Cost: Appendectomy



10

Percentage of Population Covered by Private Hospital Insurance

December 1976 to December 2011



Niniejszy numer specjalny „Wiadomości Ubezpieczeniowych” 4/2013 zawiera artykuły powstałe na kanwie wystąpień podczas konferencji pt. „Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich”, która została zorganizowana przez Polską Izbę Ubezpieczeń 17 maja 2013 r.

Honorowy patronat nad konferencją objęło Ministerstwo Zdrowia.



Wydawca: Centrum Edukacji Ubezpieczeniowej Sp. z o.o.
Adres: 00-684 Warszawa, ul. Wspólna 47/49, tel.: (22) 420 51 34
<http://www.piu.org.pl/wydawnictwa>

Nakład 1100 egz. Czasopismo dystrybuowane bezpłatnie.

„Wiadomości Ubezpieczeniowe” są dostępne na stronie internetowej:
<http://www.piu.org.pl/wiadomosci-ubezpieczeniowe>



ISSN 0137-7264