

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 wylczonych 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.

Podważane 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 uważany 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 dieśięciu 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 rosnąć.

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 nielicznych pozytywów 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. Załóżmy, 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. Załóżmy, że chcemy zaszcześcić 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 2008, 2009
☺ Euro-Canada Health Consumer Index	Canada 2008, 2009
☺ Provincial Health Consumer Index	Canada 2008, 2009, 2010

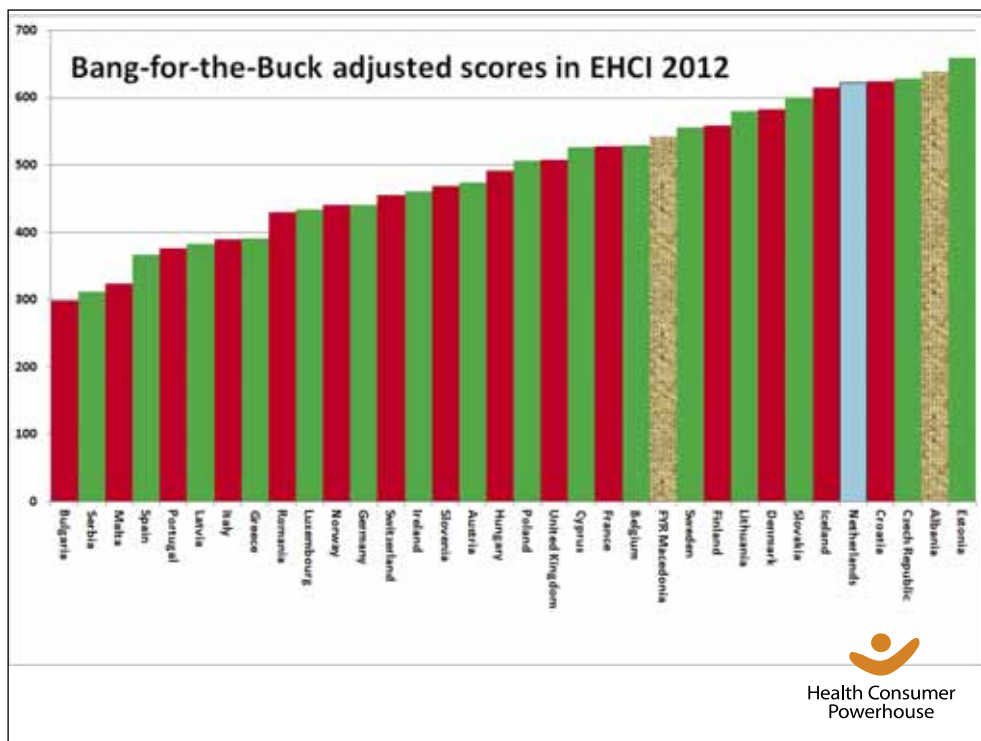
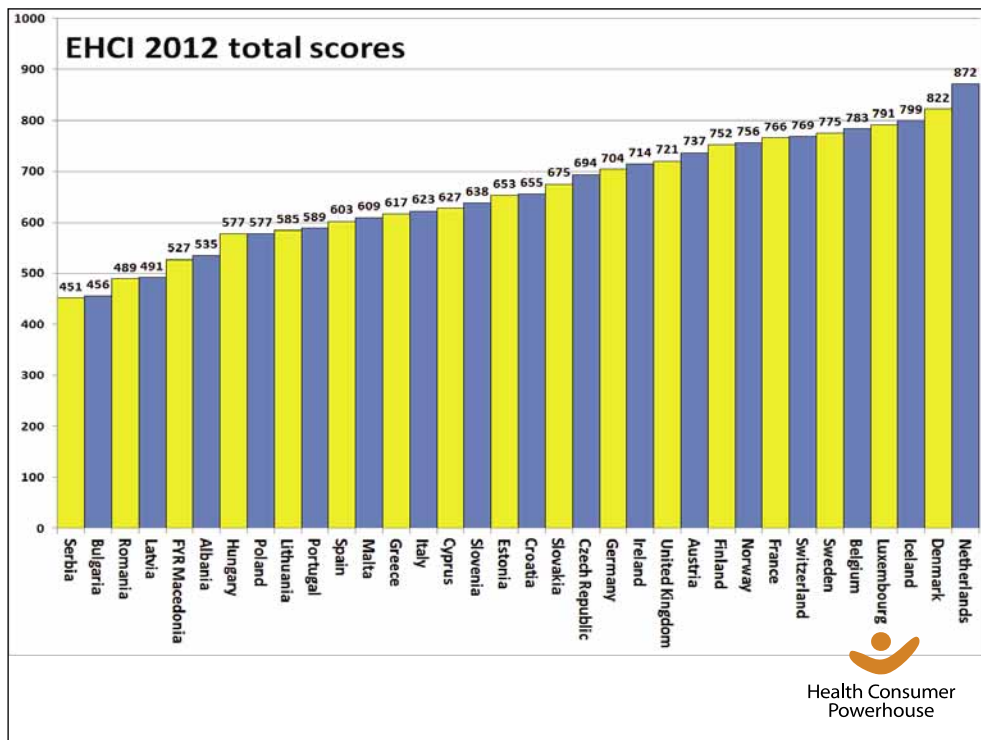


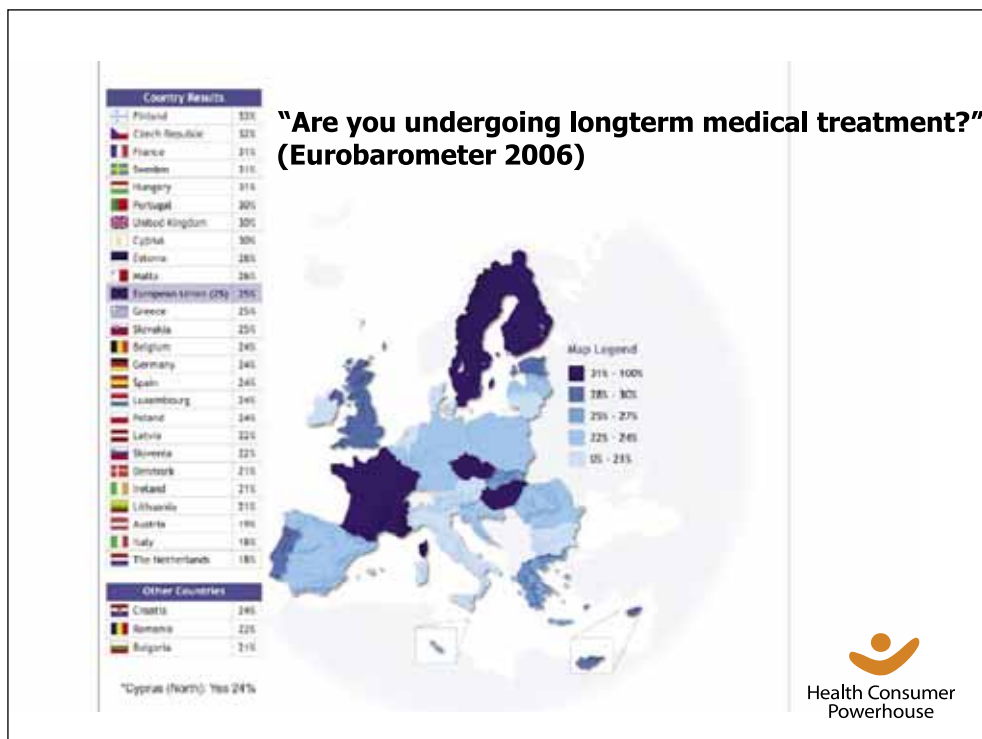
Health Consumer Powerhouse

EHCI growth since 2005



Health Consumer Powerhouse

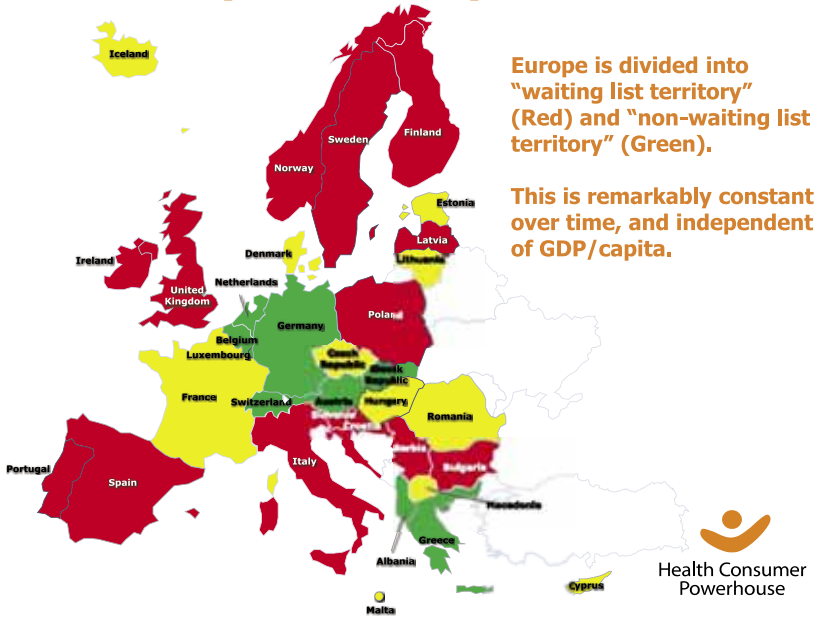




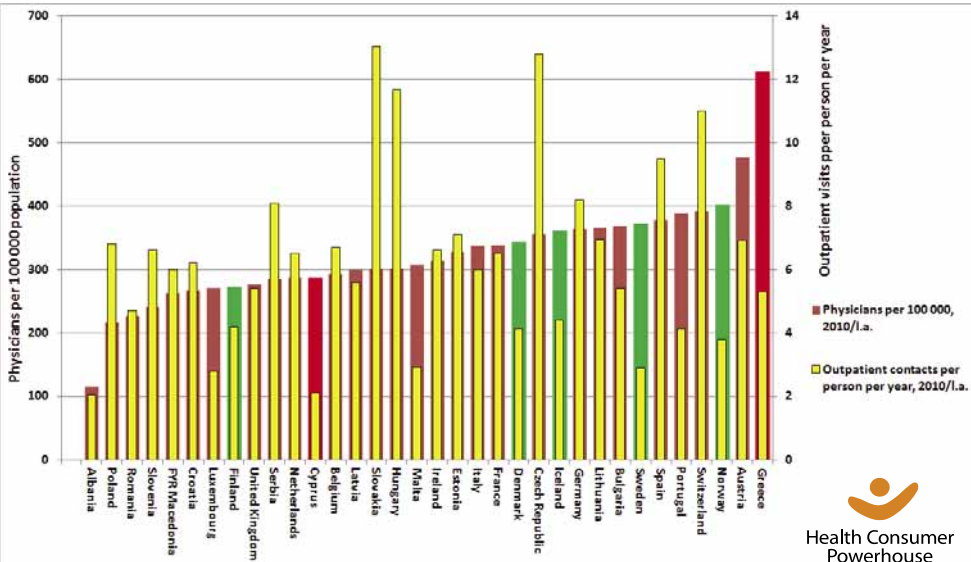
Eurobarometer (2010)

- “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*”.

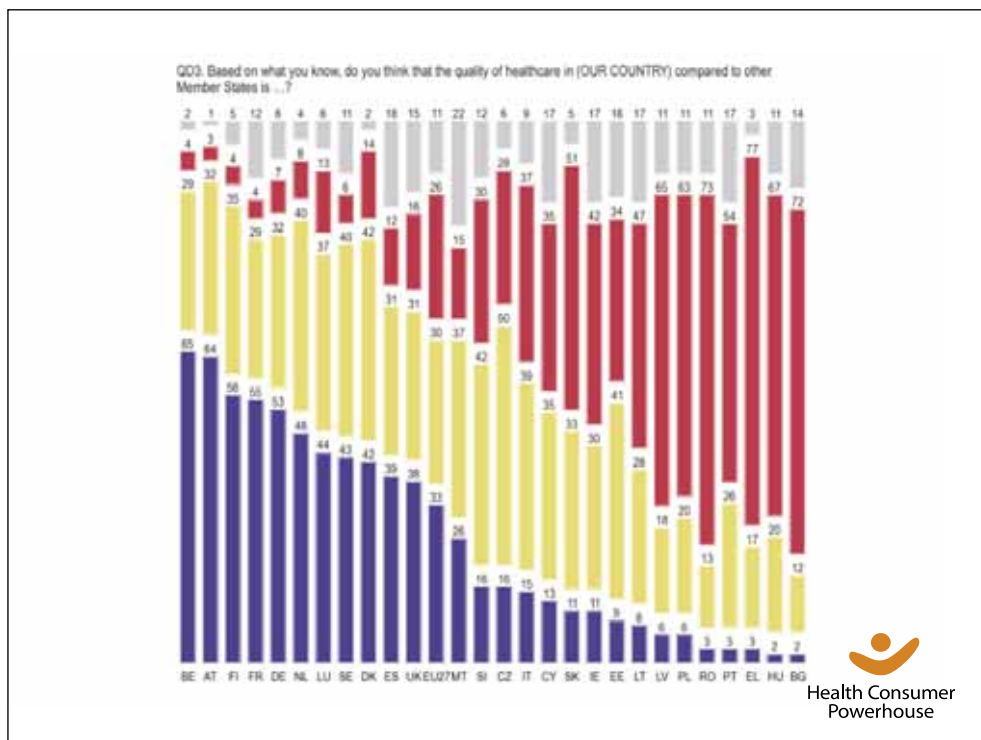
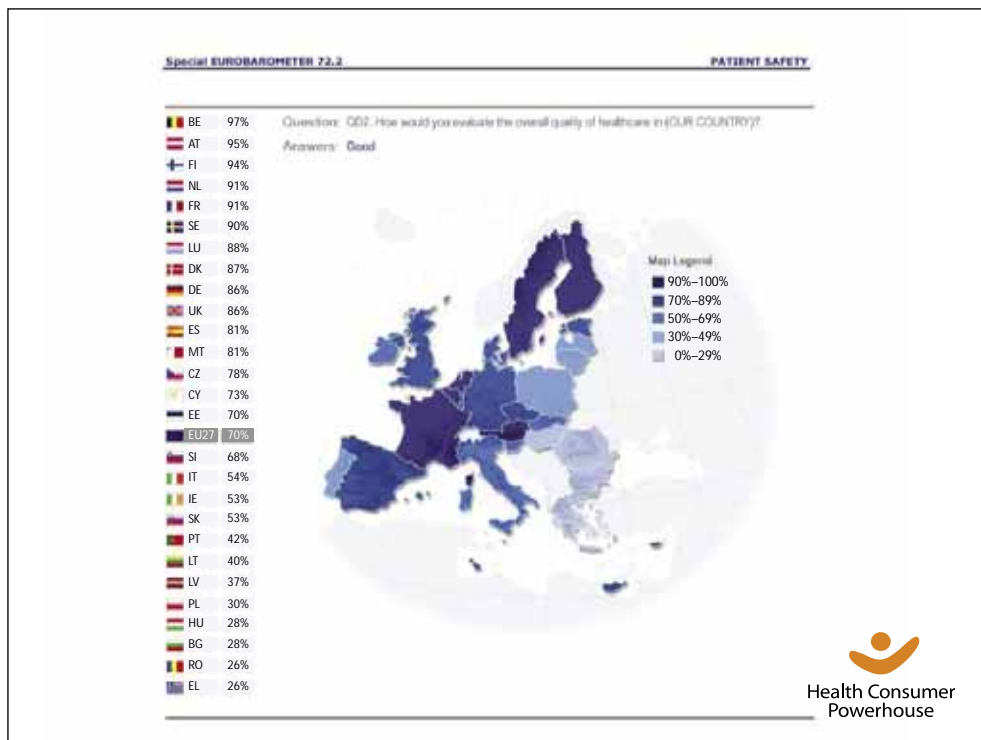
Accessibility of European healthcare (EHCI 2012)



Accessibility poorly correlated with numbers of doctors



Source: WHO Health for All database, January 2012



“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)



4 800 svenska svenska upp till 71 år har ingått i den svenska delen av studien. De telefonintervjuades våren 2011.

Health Consumer Powerhouse

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



Health Consumer Powerhouse

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



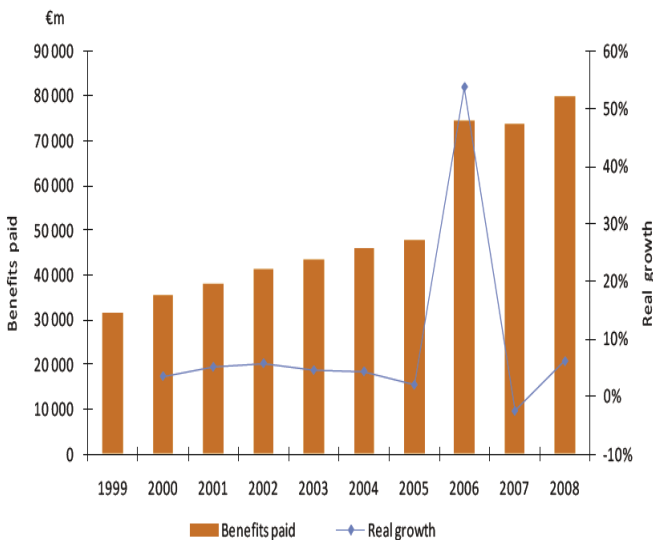
Health Consumer Powerhouse

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.

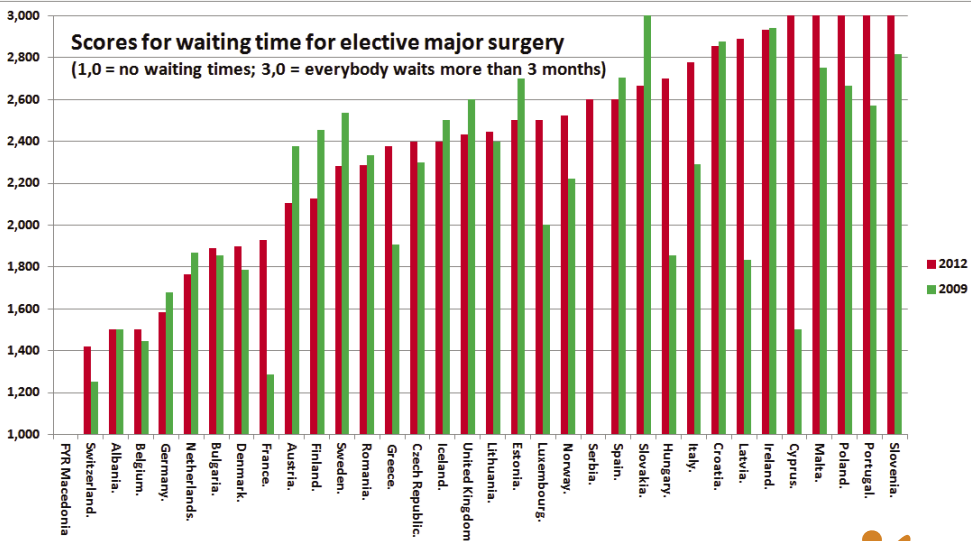
When arriving at the accident and emergency ward of a public hospital, patients presenting an EHIC are asked if they have additional private insurance. If they do, they are treated as private patients. «This is a clear violation of citizens' rights to use the card», says Christian Horemans, international 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#ixzz2RglKmsvH>



Health Consumer Powerhouse

Healthcare somewhat affected by financial crisis?

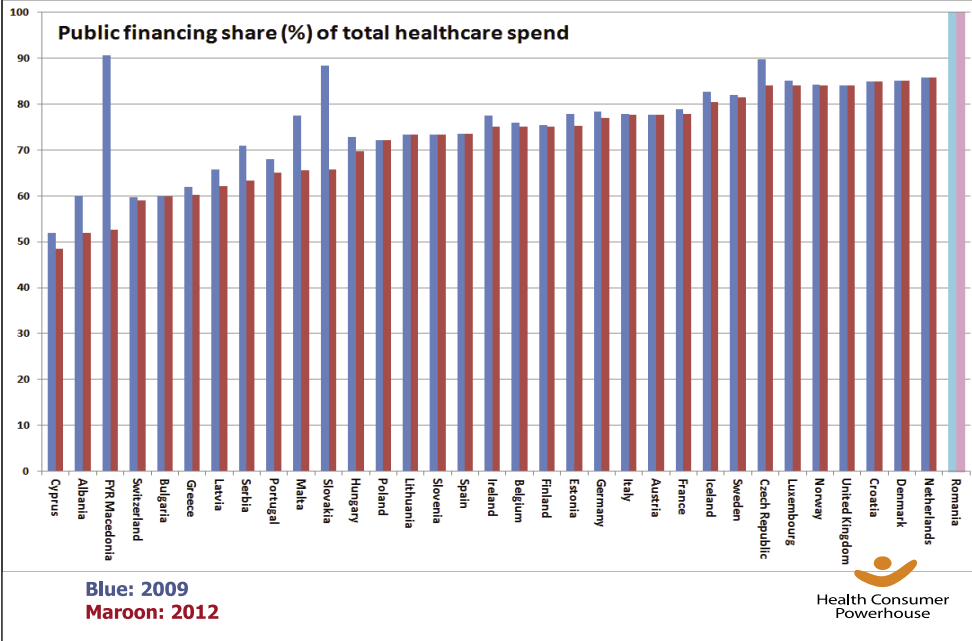


Longer waiting times for (expensive) elective surgery most noticeable in countries hit by financial difficulties!



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.