

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. Brytyjczy 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 pomysłnej 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 krótko 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 przestrzegająca uniwersalnej prawdy, z którą wszyscy możemy się zgodzić.

Po opisaniu 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 nieszczęśliwie 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 miałby 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

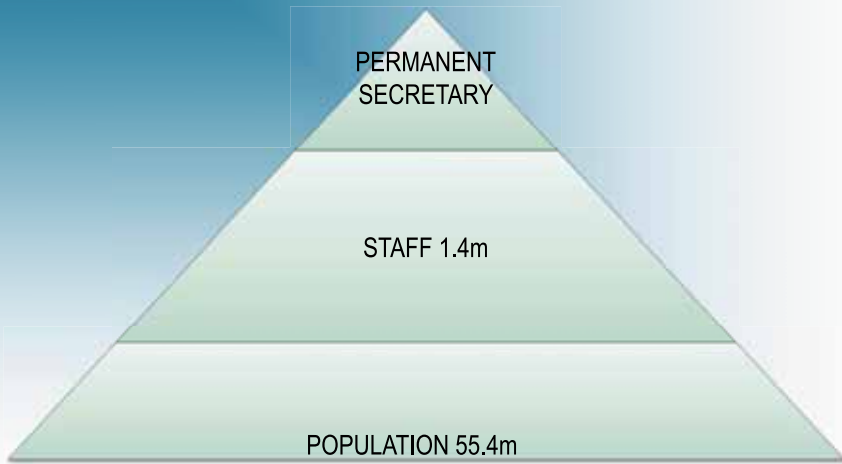


© Assemblée 1

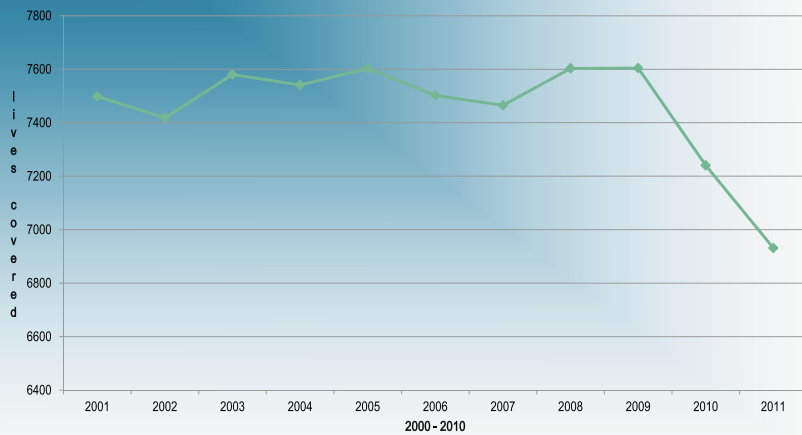
## NHS (England)



## NHS (England)

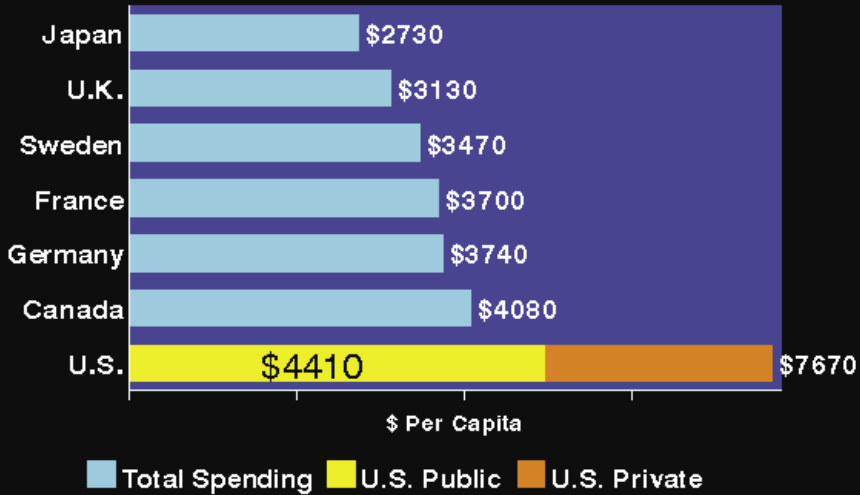


## UK PMI Market 2000 -2010



Source: Laing and Buisson  
2011

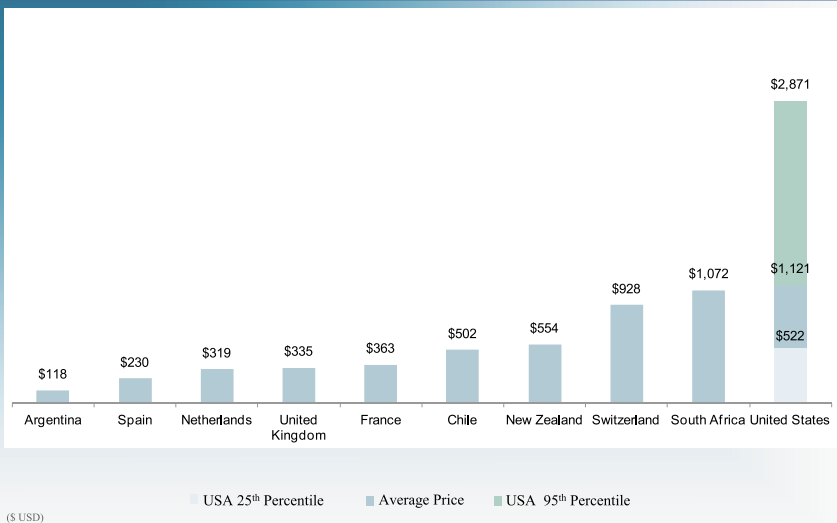
## U.S. PUBLIC Spending Per Capita for Health is Greater than TOTAL Spending in Other Nations



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

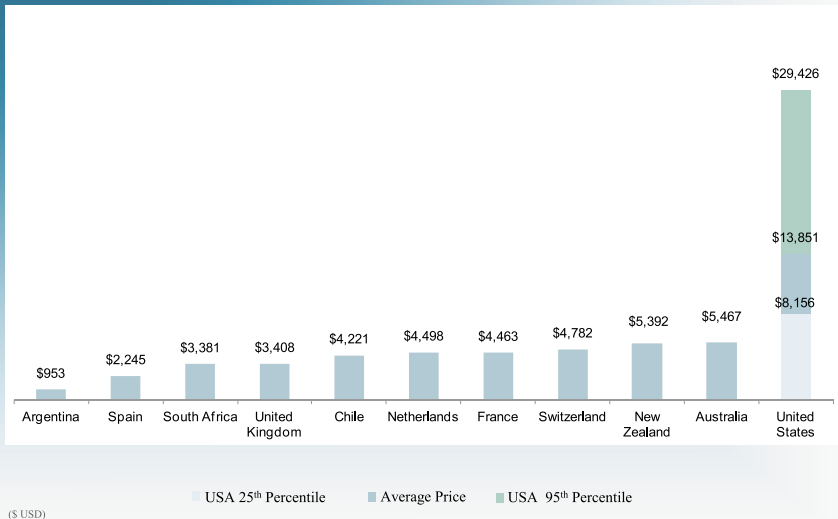
## 2012 Scanning and Imaging: MRI



(\$ USD)



## 2012 Total Hospital and Physician Cost: Appendectomy



10

## Percentage of Population Covered by Private Hospital Insurance

December 1976 to December 2011

