

9. Europejska Konferencja Ekonomiki Zdrowia – Zurych, 18–21 lipca 2012 roku

Ewa Kocot

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Ewa Kocot, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, ewa.kocot@uj.edu.pl

W dniach 18–21 lipca 2012 roku w Zurychu odbyła się po raz dziewiąty Europejska Konferencja Ekonomiki Zdrowia, organizowana przez *International Health Economics Association* (IHEA, Międzynarodowe Stowarzyszenie Ekonomiki Zdrowia). Konferencja ta odbywa się regularnie co dwa lata, na przemian z analogicznym kongresem o zasięgu ogólnosiwiatowym¹.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Ekonomiki Zdrowia to organizacja stworzona w celu usprawnienia komunikacji pomiędzy ekonomistami zdrowia, podniesienia poziomu debaty dotyczącej zastosowania ekonomii w dziedzinie zdrowia i jego ochrony oraz wspierania młodych naukowców u progu ich kariery. Organizowane przez IHEA konferencje i kongresy są okazją do spotkań najwybitniejszych przedstawicieli stosunkowo nowej gałęzi ekonomii, jaką jest ekonomika zdrowia, do wymiany poglądów i doświadczeń oraz przedstawienia najnowszych kierunków i wyników badań. Udział w tych spotkaniach jest szczególnie ważny dla polskich uczestników, jako że w naszym kraju ekonomika zdrowia jest dziedziną, która obecnie intensywnie się rozwija.

Tegoroczne spotkanie ekonomistów zdrowia przebiegało pod hasłem „Postęp w ekonomice zdrowia”, a gospodarzem konferencji był Uniwersytet w Zurychu. Jest to jedna z wiodących placówek dydaktyczno-badawczych w Europie, jednak zgodnie z opinią samych gospodarzy ekonomika zdrowia na tym uniwersytecie, a także ogólnie w Szwajcarii, jest dziedziną pozostającą w tyle za osiągnięciami światowymi. Organizacja konferencji w Zurychu miała za zadanie pomóc we właściwym ukierunkowaniu badań i nauczania ekonomiki zdrowia w Szwajcarii.

Konferencja rozpoczęła się w środę, 18 lipca, dwoma warsztatami: pierwszym na temat projektu EuroDRG oraz drugim, przeznaczonym dla najmłodszych uczestników, dotyczącym zagadnień metodologicznych w badaniach w dziedzinie nauk o zdrowiu. Następnie w ciągu trzech dni, od czwartku do soboty, odbyło się ponad 130

sesji, obejmujących od trzech do pięciu prezentacji każda, co dało w sumie niemal 550 wystąpień – dokonanie wyboru najciekawszych nie było więc łatwe.

W poniższym tekście krótko przedstawiono wybrane wystąpienia, które pojawiły się na konferencji. Całkowicie subiektywnie wybrano sesje, w których brali udział polscy prelegenci oraz dwa zagadnienia uznane przez autorkę za najbardziej interesujące.

Polskie akcenty na konferencji

Współpłacenie i jego skutki

W czwartek po południu odbyła się sesja poświęcona skutkom współpłacenia w ochronie zdrowia. Współpłacenie i zagadnienia z nim związane stanowią bardzo ważny i aktualny temat, jako że mieszkańcy Europy i wielu innych krajów świata coraz częściej spotykają się z koniecznością partycypowania w kosztach opieki zdrowotnej w postaci oficjalnie wprowadzanych opłat, zarówno usankcjonowanych na poziomie systemowym, jak i na poziomie świadczeniodawcy. Nie jest to jednak równoznaczne z całkowitym wyeliminowaniem opłat nieformalnych.

Na początku sesji Galina Besstremyannaya (New Economic School, CEFIR; Central Economics and Mathematics Institute, Moskwa, Rosja) przedstawiła ciekawe wyniki badania przeprowadzonego poza Europą, w Japonii, a dotyczącego wpływu współubezpieczenia na wielkość popytu na świadczenia zdrowotne. Następnie Petra Baji (Health Economics and Health Technology Assessment Research Centr, Corvinus University, Budapeszt, Węgry) zaprezentowała wyniki badań dotyczących wysokości i zmian poziomu opłat nieformalnych na Węgrzech w latach 2005–2008, Marzena Tambor (Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, Kraków, Polska) – rezultaty analizy braku zdolności do płacenia za świadczenia zdrowotne w sześciu krajach Europy Środkowej

i Wschodniej: w Bułgarii, na Węgrzech, Litwie, w Polsce, Rumunii i Ukrainie, a Eva Hromadkova (Economic Institute, Czech Academy of Sciences, Praga, Czechy) – wpływ wprowadzenia opłat pacjentów za korzystanie ze świadczeń ratunkowych na przykładzie Czech.

Analiza japońska, przeprowadzona przy użyciu danych z lat 2000–2007 pochodzących z badania panelowego konsumentów oraz z badania gospodarstw domowych z roku 2009, pokazała, że wzrost nominalnego poziomu współubezpieczenia o 20–30% może spowodować zmniejszenie wydatków na opiekę ambulatoryjną o około 0,7%. Wynik ten może uzasadniać zastosowanie współpłacenia jako instrumentu ograniczenia popytu na świadczenia i w rezultacie kosztów w japońskim systemie ubezpieczeniowym.

Celem drugiego ze wspomnianych badań była weryfikacja tezy mówiącej, że wzrost poziomu formalnego współpłacenia za świadczenia pociąga za sobą spadek wnoszonych przez gospodarstwa domowe opłat nieformalnych. Rzeczywiście, na Węgrzech zaobserwowano istotny spadek opłat nieformalnych, poprzedzony bezpośrednio wprowadzeniem współpłacenia. Zgodnie z wynikami analizy spadek ten dotyczył głównie gospodarstw domowych z najniższym dochodem, przeznaczających relatywnie większą część swoich dochodów na opłaty nieformalne niż w przypadku lepiej sytuowanych. Sugeruje to, że gospodarstwa domowe w gorszej sytuacji finansowej kompensują wzrost wydatków na opłaty formalne ograniczaniem opłat nieformalnych. Autorzy zaznaczyli jednak, że obserwowany spadek może być w pewnym stopniu spowodowany ogólnym zmniejszeniem korzystania ze świadczeń po wprowadzeniu współpłacenia.

Marzena Tambor zaprezentowała wyniki badania przeprowadzonego w ramach projektu ASSPRO CEE 2007², dotyczącego barier w korzystaniu z opieki zdrowotnej pojawiających się w wyniku zwiększania obciążenia finansowego pacjentów. Dane ilościowe do analizy zostały zebrane w sześciu krajach europejskich, w reprezentatywnym badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród konsumentów opieki zdrowotnej. Badanie pokazało, że finansowe bariery w korzystaniu z opieki zdrowotnej pojawiają się najczęściej na Ukrainie i w Rumunii, rzadziej w Bułgarii i na Litwie, problem jest natomiast zdecydowanie mniej istotny w Polsce i na Węgrzech. Rezygnacja ze świadczeń podyktowana względami finansowymi zdarza się najczęściej w opiece ambulatoryjnej, rzadziej natomiast pacjenci rezygnują z tej przyczyny z leczenia szpitalnego. Pewne grupy populacji są istotnie bardziej narażone na ryzyko niemożności zapłacenia za świadczenia. Są to przede wszystkim grupy o niskich zarobkach, złym stanie zdrowia oraz osoby mieszkające na terenach wiejskich.

W badaniu przeprowadzonym w Czechach przeanalizowano natomiast konsekwencje wprowadzenia opłat pacjentów za korzystanie z większości świadczeń zdrowotnych w latach 2008 i 2009 (wizyty w trybie ambulatoryjnym, leczenie szpitalne oraz korzystanie z izby przyjęć, z wyłączeniem świadczeń ratownictwa medycznego). Po wprowadzeniu współpłacenia korzystanie ze

świadczeń zmalało we wszystkich zakresach opieki zdrowotnej, poza medycyną ratunkową – w przypadku tej ostatniej odnotowano nawet wzrost korzystania o 30%. Zjawisko to przypisane zostało częściowo z jednej strony efektowi substytucji kosztownych świadczeń izby przyjęć, z drugiej zaś strony uznane za konsekwencję niedostatecznego korzystania z pozostałych rodzajów opieki zdrowotnej.

Opieka długoterminowa

Dużym zainteresowaniem cieszyła się też inna sesja, na której pojawiły się polskie wyniki badań – *Long-Term Care Systems in Europe: What Makes the Difference?* Opieka długoterminowa, w obliczu gwałtownego starzenia się populacji europejskich, stanowi palącą kwestię we wszystkich niemal krajach – jej problematyka pojawia się jednak w badaniach ekonomiki zdrowia zdecydowanie rzadziej niż pozostałe rodzaje opieki zdrowotnej. Trudno się więc dziwić, że sesja zgromadziła pełną salę słuchaczy, szczególnie że przedstawione na niej zostały wyniki badań związanych z projektem ANCIEN³, w którym wzięli udział najlepsi eksperci europejscy.

Powyższa sesja miała na celu przybliżenie słuchaczom pięciu podstawowych kwestii w zakresie opieki długoterminowej. Są to: demografia i niepełnosprawność, determinanty wysokiego poziomu niesprawności funkcjonalnej i jej skutki ekonomiczne, formalna opieka długoterminowa, opieka nieformalna oraz finansowanie opieki długoterminowej.

Pierwsza prezentacja w tej sesji, Eriki Schulz (German Institute for Economic Research – DIW), dotyczyła problemu zmian demograficznych oraz zależności w krajach europejskich i stanowiła w pewnym sensie nakreślenie tła, w które wpisały się zagadnienia pokazane w następnych wystąpieniach. Wszystkie społeczeństwa Unii Europejskiej stoją wobec problemu starzenia się, jednak tendencje w zmianie liczebności populacji różnią się – 13 krajów, zgodnie z prognozą EUROPOP2010, to kraje o malejącej populacji, w pozostałych liczba ludności będzie rosła. Wiek, jako że wiąże się ściśle z występowaniem ograniczeń funkcjonalnych, jest główną determinantą zapotrzebowania na opiekę długoterminową – starzenie się populacji wpłynie więc znacząco na zwiększenie popytu na tę opiekę oraz potrzebę zwiększania nakładów finansowych. W kontekście opieki długoterminowej szczególnie istotne są zmiany w populacji osób najstarszych, ponieważ zapotrzebowanie na ten rodzaj opieki znacznie rośnie powyżej 75. roku życia. W krajach unijnych w 2010 roku było 23,2 miliona osób powyżej 80. roku życia, przewiduje się natomiast zwiększenie tej populacji do ponad 62 milionów w ciągu następnych 50 lat.

W celu nakreślenia sytuacji w Unii Europejskiej pod względem skali zjawiska braku samodzielności z powodów zdrowotnych skorzystano z badań EU SILC. Zgodnie z nimi 8% osób powyżej 16. roku życia (około 35 milionów) wskazywało w 2009 roku duże ograniczenia aktywności z przyczyn zdrowotnych przez okres co najmniej 6 miesięcy. W wyniku prostej operacji przemnoże-

nia wskaźników pokazujących obciążenie ograniczeniem aktywności w grupach wyodrębnionych pod względem wieku i płci w roku bazowym przez liczebność tych grup w poszczególnych latach prognozy otrzymano ocenę wpływu zmian demograficznych na liczbę osób ze znacznymi ograniczeniami w poszczególnych krajach. Oszacowano w ten sposób, że ich liczba zwiększy się do 2060 roku o około 16 milionów (biorąc pod uwagę populację 15+), a w populacji 65+ nawet podwoi.

W następnej prezentacji, autorstwa Stanisławy Golinskiej i Agnieszki Sowy, poruszony został przede wszystkim problem determinant wysokiego poziomu niepełnosprawności funkcjonalnej w nowych krajach członkowskich i ich konsekwencji ekonomicznych. Na początku przedstawiono definicje niepełnosprawności w kontekście funkcjonalnym i prawnym oraz dane statystyczne związane z problematyką niepełnosprawności w Polsce i wybranych krajach europejskich. Zwrócono uwagę na rozbieżne tendencje w zależności od przyjętej definicji niepełnosprawności – wysoki poziom i zwiększanie się niepełnosprawności funkcjonalnej oraz spadek liczby przypadków niepełnosprawności orzeczonej. Dynamiczne starzenie się populacji oraz zmiany epidemiologiczne prowadzą do zwiększenia niepełnosprawności funkcjonalnej, z powodu częstszego występowania chorób przewlekłych, którą to tendencję można już zauważyć w wynikach badań europejskich (EHIS, SHARE).

Następnym poruszonym zagadnieniem były przyczyny niepełnosprawności. Autorki wymieniły trzy grupy przyczyn: niepełnosprawność jako rezultat choroby, rezultat wypadku lub urazu oraz jako wynik problemów genetycznych, urazów okołoporodowych i chorób przechodzonych we wczesnym dzieciństwie. Powyższe przyczyny zostały omówione i zilustrowane przykładami oraz danymi statystycznymi. Jak wynika ze statystyk, nowe kraje członkowskie charakteryzują się inną strukturą przyczyn niepełnosprawności niż kraje „starej” Unii; więcej przypadków niepełnosprawności spowodowanych jest przez urazy, stąd pojawiająca się tu przestrzeń do działań prewencyjnych.

Największe zainteresowanie słuchaczy wzbudziła część prezentacji dotycząca kosztów niepełnosprawności. Przedstawiono bowiem pierwsze oszacowania kosztów⁴, jakie są generowane w Polsce przez niepełnosprawność – kalkulacje takie nie były wcześniej kompleksowo sporządzane dla Polski, również w innych krajach europejskich są rzadko spotykane. Zgodnie z przedstawionym oszacowaniem koszty bezpośrednie dla Polski stanowiły w 2010 roku około 4,6% PKB, a koszty pośrednie około 0,58% PKB. Wysokie koszty niepełnosprawności są w dużej mierze spowodowane świadczeniami pieniężnymi (renty i zasiłki) oraz brakiem aktywności osób niepełnosprawnych na rynku pracy.

W swoim wystąpieniu autorki podkreśliły, że zwiększający się poziom niepełnosprawności funkcjonalnej (przede wszystkim wśród populacji 50+) jest czynnikiem wpływającym na wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej.

Dwie następne prezentacje przedstawione przez Markusa Krausa i Monikę Riedel (Institute for Advanced

Studies – IHS. Economics & Finance, Wiedeń, Austria) dotyczyły wyników badania organizacji i świadczenia opieki długoterminowej w 21 krajach Unii Europejskiej, wśród których znalazły się również nowe kraje członkowskie. Badanie, którego wyniki zostały przedstawione, skupiało się na trzech aspektach opieki długoterminowej:

1. Na jakim poziomie organów rządowych spoczywa odpowiedzialność za podejmowanie decyzji oraz regulacje?
2. Czy obowiązuje system zapewnienia jakości w zakresie opieki długoterminowej?
3. Jaki jest wpływ zainteresowanych podmiotów na system opieki długoterminowej?

Analiza dotyczyła również organizacji dostępu do świadczeń oraz możliwości wyboru przez osoby zainteresowane pomiędzy różnymi świadczeniodawcami i miejscami opieki.

Wyniki badania pokazały, że w mniej więcej połowie analizowanych krajów główna odpowiedzialność za organizację LTC usytuowana jest na szczeblu krajowym, w pozostałych natomiast występuje podział pomiędzy szczeblami centralnym i lokalnymi. W zakresie systemu zapewnienia jakości – działa on we wszystkich starych krajach Unii, poza Austrią i Finlandią. Dwie trzecie krajów zapewnia dostęp do publicznie finansowanych świadczeń opieki długoterminowej bez weryfikacji możliwości prywatnego sfinansowania tych świadczeń. Analiza wykazała ponadto, że w uwzględnionych krajach prywatni świadczeniodawcy odgrywają większą rolę w opiece domowej niż instytucjonalnej. Zasada ta dotyczy szczególnie nowych krajów unijnych. W niemal wszystkich krajach beneficjenci mają wolny wybór świadczeniodawcy.

Przedstawione przez ekspertów austriackich badanie obejmowało również zagadnienie wsparcia opieki nieformalnej w krajach europejskich. Analiza pokazała, że w niemal wszystkich krajach oferowane są jakieś rodzaje świadczeń pieniężnych, które mogą zostać uznane jako wsparcie opieki o charakterze nieformalnym. Wyjątkiem jest tutaj Francja, Polska i Litwa.

Ostatnim tematem sesji było finansowanie opieki długoterminowej w Europie – zagadnienie to przedstawiła Adelina Comas-Herrera (London School of Economics and Political Science, PSSRU, LSE Health and Social Care, Londyn, Wielka Brytania). Pokazała ona wyniki analizy przeprowadzonej w czterech krajach, reprezentujących cztery różne systemy opieki długoterminowej. Systemy te zostały porównane m.in. pod względem stabilności finansowej oraz możliwości dostosowania się, bez konieczności wprowadzania istotnych reform, do przyszłych wyzwań demograficznych i ekonomicznych.

Ochrona finansowa na Węgrzech po wprowadzeniu współpłacenia

W ramach sesji „Supporting policy” przedstawiono wyniki interesującego badania przeprowadzonego na Węgrzech, dotyczącego ochrony finansowej w kontekście zmian zasad współpłacenia. Prezenterem był Tamás Evetovits (WHO Regional Office for Europe).

W badaniu poddano analizie trendy w wysokości wskaźników ochrony finansowej na Węgrzech w latach 2003–2010. Wykorzystana została do tego metoda stworzona przez WHO, którą dostosowano do lokalnej specyfiki systemu. Przeanalizowane zostały trzy wskaźniki: udział gospodarstw domowych o zubażających bezpośrednich wydatkach zdrowotnych, o wydatkach katastroficznych oraz o wydatkach na wysokim poziomie, a wykorzystane dane pochodziły z badań budżetów domowych przeprowadzanych na Węgrzech. Ponieważ wielkości tych wskaźników w dużej mierze uzależnione są od przyjętej metodologii oraz założeń przy ich kalkulacji, w drugiej części badania dokonano porównania z Estonią, jako że w tym kraju metodologia używana przy analizie ochrony finansowej jest taka sama jak na Węgrzech.

Węgry charakteryzują się stosunkowo wysokim udziałem prywatnego finansowania w ochronie zdrowia, około 30%. Pomimo tego mniej niż 1% gospodarstw domowych wykazało katastroficzne bądź zubażające wydatki zdrowotne w badanym okresie (odpowiednio: 0,31–0,73% oraz 0,003–0,24%). Oznacza to 11 000–28 000 gospodarstw borykających się z wydatkami katastroficznymi oraz 3400–9000 ze zubażającymi. Do roku 2006 trend był malejący, natomiast od roku 2007 wartości wskaźników zaczęły wzrastać. Tłumaczyć to mogą zmiany wprowadzone na początku 2007 roku – m.in. współpłacenie za pobyt szpitalny, wizyty u lekarza oraz leki.

W porównaniu z Estonią, mającą niższy udział finansowania prywatnego (25%), na Węgrzech zaobserwowano lepszą ochronę finansową przy użyciu w analizie metodologii wydatków katastroficznych i zubażających. Udział gospodarstw domowych wykazujących wysoki poziom bezpośrednich wydatków zdrowotnych jest już bardzo zbliżony w obu tych krajach. Najbardziej istotną różnicą pomiędzy Węgrami i Estonią pod względem rozwiązań zapobiegających nadmiernym obciążeniom finansowym grup najbardziej narażonych na zubożenie wydaje się występowanie w pierwszym z tych krajów systemu emerytalnego zapewniającego lepszą ochronę emerytom.

Efekt Eubie Blake'a

Bardzo ciekawą koncepcję, o potencjalnie dużym wpływie na prognozy przyszłych wydatków zdrowotnych, przedstawił na konferencji ekonomista niemiecki, Friedrich Breyer (University of Konstanz and DIW Berlin, Department of Economics, Berlin, Niemcy). Prezentacja wpisała się w prowadzoną od lat dyskusję, czy rosnąca długość życia i starzenie się populacji będą powodować istotny wzrost wydatków na ochronę zdrowia. Przedstawione w niej wyniki opierają się na analizie danych o wydatkach na leczenie członków niemieckich kas chorych z lat 1997–2009. Stwierdzono, że wiek, wskaźniki umieralności oraz wskaźnik 5-letniej przeżywalności są pozytywnie skorelowane z wydatkami zdrowotnymi na osobę. Jako wyjaśnienie ostatniej z tych zależności postawiono hipotezę, że lekarze stosują bardziej skom-

plikowane, zaawansowane i w rezultacie droższe metody leczenia w przypadku pacjentów, którzy mają szansę korzystać z wyników terapii przez dłuższy czas (czyli ich oczekiwana dalsza długość życia jest wyższa).

Wiek może być czasem używany jako kryterium priorytetyzacji alokacji rzadkich zasobów w ochronie zdrowia (racjonowanie oparte na wieku). To, jak długo pacjent ma szansę korzystać z wyników terapii, może stać się podstawą decyzji o stosowaniu, bądź nie, skomplikowanych, kosztownych procedur. Tak więc starszy pacjent z tą samą diagnozą może być leczony z wykorzystaniem tańszych, mniej zaawansowanych technologii niż pacjent młodszy. Wzrastająca stale długość życia oznacza jednak, że osoby w starszym wieku mają przed sobą coraz więcej lat życia – np. za 30 lat 80-latek będzie miał dużo większe prawdopodobieństwo przeżycia następnych dziesięciu lat niż dziś. W rezultacie lekarze mogą w przyszłości podejmować nieco inne decyzje niż dziś – wydawać więcej na leczenie starszych pacjentów, ponieważ będą mieli oni większe szanse dłuższego korzystania z wyników terapii niż obecnie. Tak więc rosnąca oczekiwana długość życia może w ten sposób wpłynąć na wzrost wydatków zdrowotnych na osobę w starszych grupach wiekowych. Zjawisko to zostało nazwane „efektem Eubie Blake'a”. Eubie Blake był amerykańskim kompozytorem, poetą i pianistą, który znany jest m.in. z następującej wypowiedzi: „Jeśli bym wiedział, że będę żyć tak długo, dbałbym o siebie bardziej”. Stwierdzenie to może opisywać właśnie sposób rozumowania lekarza podejmującego decyzję o sposobie leczenia starszego pacjenta w przyszłości.

Zakończenie

Zakres tematów poruszonych na konferencji był tak szeroki, że z pewnością każdy, w którego zainteresowaniach leżą zagadnienia związane mniej lub bardziej ściśle z ekonomią zdrowia, mógł znaleźć interesujące go sesje. Z uwagi na dużą liczbę prelegentów czas każdej prezentacji, jak również czas przeznaczony na dyskusję były bardzo ograniczone. Może to oczywiście rodzić pewien niedosyt – tematy były przedstawiane w większości bardzo skrótowo. Jednak jest to specyfika tego typu konferencji, które mają na celu nie tyle dostarczenie uczestnikom głębszej wiedzy na dany temat, ile raczej zasygnalizowanie, jakie badania prowadzone są w danej dziedzinie, oraz umożliwienie bezpośredniego kontaktu z autorami tych badań.

Dla nas udział w Europejskiej Konferencji Ekonomiki Zdrowia stanowi przede wszystkim inspirację do dalszych działań, pomaga w nawiązaniu kontaktu z ekspertami z krajów, w których ta dziedzina wiedzy jest rozwinięta daleko bardziej niż w Polsce. Wiedza na temat aktualnych trendów w europejskiej i światowej ekonomice zdrowia pozwala również na wprowadzanie najnowszych treści z tej dziedziny do działalności dydaktycznej.

Lista opisanych prezentacji

Sesja: *Effect of Copayments*

1. Galina Besstremyannaya (Rosja): *The effect of co-insurance rate on the demand for health care: a natural experiment in Japan.*
2. Petra Baji (Węgry): *Household Expenditure on Informal Payments in the environment of increasing co-payments – Evidence from pooled cross sectional data from Hungary for 2005–2008.*
3. Marzena Tambor (Polska): *Do patient payments constitute a barrier to use of health care service in CEE countries? Results from six CEE countries.*
4. Eva Hromadkova (Czechy): *Effect of introduction of copayments in the Czech Republic: Case of ER and medical rescue system utilization.*

Sesja: *Long-Term Care Systems in Europe: What Makes the Difference*

5. Erika Schulz (Niemcy): *Demography and dependency in European countries.*
6. Stanisława Golinowska i Agnieszka Sowa (Polska): *Determinants of high levels of functional disability in New Member States and its economic consequences.*
7. Markus Kraus (Austria): *How is formal long-term care organized – an European overview.*
8. Monika Riedl (Austria): *Support for Informal Care Provision in European Countries: Differences and Commonalities.*
9. Adelina Comas-Herrera (Wielka Brytania): *Financing long-term care in Europe.*

Sesja: *Supporting Policy*

10. Tamás Evetovits (Węgry): *Informing Decision Makers: Analysis of Financial Protection Over Time in the Context of Policy Changes.*

Sesja: *Forecasting Health Expenditure*

11. Friedrich Breyer (Niemcy): *Health Care Expenditures and Longevity: Is there a Eubie Blake Effect?*

Przypisy

¹ Następny Światowy Kongres Ekonomiki Zdrowia, pod hasłem *Celebrating Health Economics*, odbędzie się w Sydney (Australia) w dniach 7–10 lipca 2013 roku.

² ASSPRO (*Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects: The case of Central and Eastern Europe; 2008–2013*) to międzynarodowy projekt badawczy realizowany w ramach 7. Programu Ramowego Komisji Europejskiej. Projekt skupia się na tematyce dopłat pacjentów do publicznie finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Celem projektu ASSPRO CEE 2007 jest identyfikacja pełnego zestawu namacalnych, opartych na dowodach naukowych kryteriów do oceny polityk w zakresie partycypacji pacjenta w kosztach leczenia, a także rozwój narzędzia służącego do projekcji wpływu polityki dopłat pacjentów na efektywność, równość i jakość w systemie opieki zdrowotnej.

³ ANCIEN (*Assessing Needs of Care in European Nations; 2009–2012*) międzynarodowy projekt badawczy realizowany w ramach 7. Programu Ramowego Komisji Europejskiej. W projekcie brało udział 20 partnerów z krajów członkowskich Unii Europejskiej. Badania prowadzone w ramach projektu skupiały się wokół problematyki przyszłości opieki długoterminowej dla osób starszych w Europie. Podstawowe pytania, które stawiali sobie eksperci, to: jak będą się kształtować potrzeby, popyt, podaż i wykorzystanie opieki długoterminowej oraz jak funkcjonują różne systemy opieki długoterminowej w Europie.

⁴ Autorką oszacowania jest Katarzyna Piętka-Kosińska, CASE-Doradcy.