



Współpłacenie pacjentów za świadczenia medyczne

Autorzy:

Katarzyna Kolasa, Joanna Leśniowska, Ewa Borek

Warszawa, maj 2018



Spis Treści

| | |
|---|-----------|
| Podziękowania..... | 4 |
| Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia..... | 5 |
| Partnerzy projektu..... | 6 |
| Streszczenie..... | 7 |
| Wstęp..... | 10 |
| 1. Charakterystyka współpłacenia za świadczenia medyczne w systemie ochrony zdrowia..... | 12 |
| 1.1. Istota współpłacenia za świadczenia medyczne..... | 12 |
| 1.2. Konsekwencje i skuteczność współpłacenia za świadczenia medyczne..... | 16 |
| 2. Doświadczenia międzynarodowe dotyczące współpłacenia za świadczenia medyczne..... | 20 |
| 3. Współpłacenie za świadczenie medyczne w systemie ochrony zdrowia w Polsce..... | 28 |
| 3.1. Evolucja współpłacenia w polskim systemie ochrony zdrowia..... | 28 |
| 3.2. Współpłacenie w strukturze źródeł finansowania ochrony zdrowia..... | 34 |
| 4. Współpłacenie za świadczenia medyczne w Polsce w świetle uregulowań prawnych..... | 39 |
| 5. Współpłacenie za świadczenia medyczne w Polsce w opinii pacjentów – wyniki badań własnych..... | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 5.1. Metodologia badania..... | 42 |
| 5.2. Charakterystyka respondentów..... | 43 |
| 5.3. Opinie pacjentów na temat współpłacenia..... | 45 |
| 5.4. Analiza wyników i dyskusja badania..... | 54 |
| 6. Indywidualne wywiady pogłębione – wyniki..... | 57 |
| 6.1. Metodologia badania..... | 57 |
| 6.2. Wyniki badania..... | 57 |
| 7. Analiza dyskusji na warsztatach dialogu społecznego..... | 59 |
| 8. Wnioski i rekomendacje..... | 60 |
| 9. Recenzje | |
| 9.1. Dr Jacek Tomkiewicz - Akademia Leona Koźmińskiego..... | 62 |
| Uwagi wstępne..... | 62 |
| Opłata za świadczenia zdrowotne dla ekonomisty..... | 63 |
| Wartość dodana opracowania dla debaty o systemie ochrony zdrowia..... | 64 |
| 9.2. Prof. Romuald Krajewski - Naczelna Rada Lekarska..... | 66 |
| Bibliografia..... | 70 |
| Spis tabel..... | 73 |
| Wykaz wykresów..... | 74 |

Podziękowania

Chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim osobom i organizacjom pozarządowym aktywnie uczestniczącym w projekcie dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia. Dziękujemy za życzliwość, zaufanie, zaangażowanie i wszelką pomoc, jaką od Państwa uzyskaliśmy. Dziękujemy także za każdy głos w dyskusjach podczas naszych spotkań i szkoleń oraz za pomoc w przeprowadzaniu sondaży opinii. Dzięki aktywności partnerów i uczestników projektu rozwija się idea dialogu społecznego i partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia, a administracja publiczna uzyskuje potrzebne informacje dotyczące oczekiwań pacjentów i zawodów medycznych od omawianych inicjatyw legislacyjnych.

Projekt „Razem dla Zdrowia” realizowany jest przy udziale i dzięki zaangażowaniu partnerów projektu: Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby Aptekarskiej.



Dziękujemy za eksperckie konsultacje kwestionariusza badawczego oraz pomoc w jego rozpowszechnianiu portalowi www.znanylekarz.pl.

znanylekarz.pl

Szczególne podziękowania składamy również organizacjom pacjenckim, które angażują się w pozyskiwanie respondentów dla przeprowadzanych w ramach projektu sondaży i badań opinii.

Serdecznie dziękujemy za wsparcie i współpracę!

W imieniu zespołu Fundacji MY Pacjenci



Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia

Głównym celem projektu Razem dla Zdrowia jest rozwijanie dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez wypracowanie w ramach powołanego partnerstwa trwałych, skutecznych, efektywnych i transparentnych mechanizmów konsultacji społecznych. Realizacja celu pozwoli na wzmocnienie dialogu i współpracy pomiędzy administracją publiczną a partnerami społecznymi (organizacjami pacjenckimi, świadczeniodawcami oraz zawodami medycznymi).

Mamy nadzieję, że wypracowane w ramach projektu stanowiska i rekomendacje będą podstawą do wdrożenia projakościowych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, ułatwiających dostęp do wysokiej jakości usług medycznych.

Zakres projektu:

- przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii zachęcającej pacjentów do udziału w konsultacjach społecznych;
- konsultacje wybranych 10 aktów i/lub zagadnień prawnych;
- konferencje merytoryczne (10) – przedstawienie zagadnień będących przedmiotem konsultacji społecznych;
- warsztaty dla pacjentów (8);
- opracowanie raportów i opublikowanie stanowisk i rekomendacji;
- stworzenie narzędzi wsparcia konsultacji przy udziale pacjentów:
 - portal – nowoczesna platforma konsultacji społecznych online;
 - newsletter;
 - infolinia.

Projekt Razem dla Zdrowia współfinansowany jest w ramach projektu nr POWR.05.02.00-00-0008/16-00 z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Działania 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”.

Partnerzy projektu

Fundacja MY Pacjenci powstała w 2012 roku w celu wspierania partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia i zapewnianiu zaplecza eksperckiego organizacjom pacjenckim, żeby komunikowały skuteczniej swoje problemy i potrzeby. Fundacja prowadzi działalność naukową, badawczą, doradczą i szkoleniową dla pacjentów i ich organizacji.

Naczelna Izba Lekarska to organ lekarskiego samorządu zawodowego. Reprezentuje lekarzy i lekarzy dentyistów na szczeblu państwowym, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia. Dbą o przestrzeganie lekarskiego etosu, a także – poprzez organizację szkoleń zawodowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów – aktywnie włącza się w proces edukacji polskiej kadry medycznej.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych to organ samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu, ustala zasady etyki zawodowej i standardy zawodowe, prowadzi orzecznictwo zawodowe, wydaje prawa wykonywania zawodu. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu, a tym samym nad jakością świadczeń zdrowotnych, współtworzy programy edukacyjne, służące poprawie opieki zdrowotnej, mającej na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego polskiemu społeczeństwu.

Naczelna Izba Aptekarska jest organem samorządu zawodowego farmaceutów, sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu farmaceuty, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia.

Streszczenie

Wprowadzenie dopłat do świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym (współpłacenia) jest instrumentem polityki zdrowotnej kierującym popyt na takie świadczenia zdrowotne, które zapewniają optymalną alokację zasobów oraz optymalny program leczenia. Jest ono alternatywą do wzrostu obowiązkowej składki zdrowotnej oraz dodatkowych komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych i może się przyczynić do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów opieki zdrowotnej. Pokrywanie przez płatnika publicznego wszystkich kosztów usługi zdrowotnej może skłaniać ubezpieczonych do zachowań, zwanych moralnym hazardem. Polegają one na mniejszej dbałości o własne zdrowie i roszczeniowym podejściu do systemu w przypadku choroby (żądanie świadczeń przekraczających rzeczywiste potrzeby i przyspieszenia terminu ich udzielenia, wymuszanie stosowania najdroższych i mało skutecznych sposobów leczenia itp.) Ponieważ źródło moralnego hazardu tkwi w uwolnieniu jednostki od ryzyka finansowego, dopłaty - zwiększając finansową odpowiedzialność pacjenta - mogą to zjawisko ograniczyć. Partycypacja finansowa pacjenta w kosztach leczenia sprawia, że nie ma potrzeby szukania uznaniowych rozwiązań w systemie. Wszyscy pacjenci płacą za świadczenia i wszyscy mają równe prawa. Leczenie „po znajomości” traci sens, ponieważ i tak każdy musi za świadczenie dopłacić. Ta forma finansowania może więc ograniczyć w systemie jedną z jego wad jaką jest uznaniowość.

Pacjenci w Polsce dopłacają z własnej kieszeni do dwu rodzajów świadczeń – do leków wydawanych w aptece i zaopatrzenia w materiały medyczne oraz do leczenia uzdrowiskowego. Te dopłaty są uregulowane prawem. Dopłaty pacjentów do leków refundowanych sięgają 40% wydatków na leki. Poza dopłatami do leków istnieje wiele sytuacji, w których pacjenci pokrywają z własnej kieszeni koszty usług medycznych. Regułą jest płacenie za prywatne wizyty u stomatologa, prywatne wizyty u specjalistów, płacenie za badania diagnostyczne i rehabilitację w lecznictwie otwartym. W przypadku opieki szpitalnej pacjenci dopłacają do podniesienia standardu świadczeń finansowanych głównie przez NFZ np. w przypadku znieczulenia porodów, zakupu implantów do operacji ortopedycznych, szczepień ochronnych czy lepszych soczewek w przypadku operacji okulistycznych. Zgodnie z informacją zawartą w opracowaniu „Diagnoza społeczna 2015”, w okresie jednego kwartału 2,2% gospodarstw domowych wnosi opłaty w szpitalu

publicznym. Przeciętna wysokość tych opłat to 298 zł. Wg raportu „Diagnoza społeczna 2013” pacjenci zostawili w 2013 r. w segmencie usług ambulatoryjnych 12,5 mld zł, a NFZ w tym samym roku zakontraktował w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) świadczenia na sumę 5 mld zł. Tak więc współpłacenie za usługi medyczne zarówno w sektorze lecznictwa otwartego jak zamkniętego jest w Polsce faktem.

Niniejszy raport stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak kwestie wprowadzenia dopłat za świadczenia zdrowotne w systemie ochrony zdrowia postrzegają pacjenci w Polsce. W tym sensie stanowi on krok ku uzupełnieniu istniejącej luki. Dostępne są bowiem liczne opracowania w języku polskim dotyczące funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, źródeł ich finansowania (w tym dopłat) z perspektywy prawnej i ekonomicznej. Jednak znacznie mniej jest opracowań dotyczących przekonań i oczekiwań pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia w Polsce a brakuje opracowań dotyczących opinii pacjentów na temat wprowadzania współpłacenia. Czy są zwolennikami wprowadzenia dopłat do świadczeń medycznych? Pod jakimi warunkami zgodziliby się na wprowadzenie dopłat? Na ile skłonni są ponosić wydatki związane z dopłatami? Odpowiedzi na te i wiele innych pytań dają wgląd w społeczne przekonania o reformie systemu ochrony zdrowia wprowadzającej współpłacenie, z którymi będą musieli się zmierzyć reformatorzy.

Metodologia przeprowadzonego badania jest deskryptywna. Badane zjawiska są przedstawione pod kątem ich struktury i mechanizmów funkcjonowania bez analizy związków i zależności przyczynowych pomiędzy nimi.

Zaprezentowane w niniejszym raporcie wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych potwierdzają, że polscy obywatele już w tej chwili ponoszą wysokie, dodatkowe koszty chcąc korzystać z opieki medycznej. Nasi respondenci są zwolennikami solidaryzmu, ale chcieliby mieć możliwość rezygnacji z opłacania składek. Wielu oczekuje znaczącej poprawy funkcjonowania obecnego systemu wyłącznie dzięki szukaniu oszczędności lub przesunięciu środków z innych pozycji w budżecie państwa na sektor zdrowia. Jednocześnie rozczarowanie stanem obecnym powoduje erozję zaufania zarówno do systemu publicznego, jak i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Respondenci żywią przekonanie, że decydując się na jeszcze wyższe niż dotychczas dopłaty i eliminując pośredników w łańcuchu płatności sami zadysponują środkami na zdrowie znacznie lepiej niż zrobiłaby to za nich administracja publiczna czy ubezpieczyciele, których nie darzą

zaufaniem,. Jednocześnie ponad połowa ankietowanych nie zgadza się ze stwierdzeniem, że w Polsce powinny być wprowadzone dopłaty do świadczeń zdrowotnych, np. za wizytę, badanie lub pobyt w szpitalu.

Przy wprowadzaniu obowiązkowego współpłacenia za usługi medyczne konieczne jest wskazanie dodatkowych korzyści społecznych, jakie mogą z niego mieć obywatele, np. pod postacią określenia limitu czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, wskazanie grup społecznych zwolnionych z konieczności dokonywania dodatkowych opłat oraz wyznaczenie w mechanizmie badań granicy toksyczności współpłacenia, która sprawi, że pacjenci przestają korzystać ze świadczeń dostępnych za dopłatą i rozwiązują swoje problemy zdrowotne w ramach nieodpłatnych świadczeń np. na SOR (szpitalnych oddziałach ratunkowych). Należy rozważyć wprowadzenie rocznego limitu dopłat do świadczeń dla pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Warto rozważyć wprowadzenie rozwiązań z obszaru ekonomii behawioralnej pod postacią niższych dopłat dla osób prowadzących zdrowy tryb życia i biorących udział w badaniach profilaktycznych.

Wstęp

Polski system ochrony zdrowia jest niewydolny i jest finansowany na poziomie niższym, niż przeciętny w krajach OECD. Przykładem niskiego wskaźnika wydolności systemu jest długi czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne, w tym m.in. na operację zaćmy i stawu biodrowego. Zgodnie z danymi OECD, w 2015 roku na operację zaćmy w naszym kraju trzeba było średnio czekać ponad 464 dni, a na operację stawu biodrowego - 405 dni (dla porównania, na Węgrzech było to odpowiednio 88 i 146 dni, a w Hiszpanii - 105 i 158 dni)¹. Ponadto pacjenci oczekujący na operację zaćmy i stawu biodrowego dłużej niż 3 miesiące stanowili w Polsce odpowiednio 85% i 73% wszystkich pacjentów oczekujących na te zabiegi i jest to najwyższy odsetek wśród pacjentów we wszystkich krajach OECD².

Nieustannie prowadzona jest dyskusja dotycząca sposobów uzdrowienia sektora opieki zdrowotnej. W ramach tych dyskusji powracającym tematem jest wprowadzenie dopłat do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych (współpłacenia). Koncepcja ta ma zarówno swoich gorących zwolenników, jak i zagorzałych przeciwników. Trzeba zauważyć, że wiedza dotycząca tego instrumentu jest niewielka zarówno wśród zwolenników jak i przeciwników. Należy również podkreślić, że zmiana formy i wysokości współpłacenia za świadczenia medyczne powinna zależeć głównie od tego jak tę zmianę w systemie finansowania ochrony zdrowia postrzegają pacjenci, tzn. czy akceptują tę zmianę, czy też jej nie akceptują.

Niniejszy raport stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak kwestie wprowadzenia dopłat za świadczenia medyczne postrzegają pacjenci w Polsce. W tym sensie stanowi on krok ku uzupełnieniu istniejącej luki. Istnieją bowiem liczne opracowania w języku polskim dotyczące funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, źródeł ich finansowania (w tym dopłat) z perspektywy prawnej i ekonomicznej. Jednak znacznie mniej jest opracowań dotyczących przekonań i oczekiwań pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia w Polsce a brakuje opracowań związanych z opinią pacjentów na temat

1 Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD Health Statistics 2017, <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167> (dostęp: 26 kwietnia 2017).

2 Ibidem.

wprowadzania współpłacenia. Czy są zwolennikami wprowadzenia dopłat do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych? Pod jakimi warunkami zgodziliby się na wprowadzenie współpłacenia? Na ile skłonni są ponosić wydatki związane ze współpłaceniem? Odpowiedzi na te i wiele innych pytań dają wgląd w potoczne przekonania o reformie systemu ochrony zdrowia związanej z wprowadzeniem współpłacenia, z którym będą musieli się zmierzyć reformatorzy.

Celem niniejszego opracowania jest dokonanie analizy opinii pacjentów w Polsce na temat wprowadzenia partycypacji finansowej w kosztach leczenia. Cel ten został osiągnięty w wyniku analizy literatury i danych statystycznych dotyczących opłat bezpośrednich i dopłat wnoszonych przez pacjentów w krajach OECD i w Polsce oraz w wyniku przeprowadzonych konsultacji społecznych w formie sondażu on-line oraz telefonicznych wywiadów pogłębionych.

Struktura opracowania jest następująca. Rozdział pierwszy obejmuje wyjaśnienie rodzajów współpłacenia i efektów ich wprowadzenia. Drugi rozdział został poświęcony analizie funkcjonowania partycypacji finansowej pacjentów w kosztach leczenia w wybranych krajach OECD. Charakterystyka współpłacenia w systemie ochrony zdrowia w Polsce wraz z ewolucją współpłacenia, wprowadzeniem pierwszych dopłat i analizą bieżących dopłat została przedstawiona w rozdziale trzecim. W rozdziale czwartym przeanalizowano możliwość dokonywania dopłat przez pacjentów w Polsce od strony prawnej. W rozdziale piątym przedstawiono wyniki badania – konsultacji społecznych, wraz z ich omówieniem. Uzupełnieniem jest rozdział szósty, omawiający przeprowadzone wywiady pogłębione oraz rozdział siódmy, w którym przedstawiono wnioski wynikające z dyskusji przeprowadzonej podczas warsztatów dialogu społecznego. Całość zamykają przedstawione w rozdziale ósmym rekomendacje.

1. Charakterystyka współpłacenia za świadczenia medyczne w systemie ochrony zdrowia

1.1. Istota współpłacenia za świadczenia medyczne

Ochrona życia i zdrowia ma zarówno wymiar indywidualny, jak i społeczny. Skutki wystąpienia choroby objawiają się na różnych płaszczyznach: fizjologicznej, psychicznej, społecznej, ekonomicznej i finansowej. Każda z nich wymaga innego zabezpieczenia, aby załagodzić lub ograniczyć następstwa zachorowania³. Specyficzną rolę w tym układzie odgrywa państwo, które tworzy system ochrony zdrowia. Należy zauważyć, że zasady i sposób organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia w danym kraju wynikają głównie z ideowych założeń polityki społecznej oraz politycznych decyzji aktualnej władzy.

Konkretny kształt systemu ochrony zdrowia jest różny i zależy od funkcji, jakie przyjmuje się, że powinno spełniać państwo, a także od polityki, jaką w stosunku do ochrony zdrowia rząd przyjmuje. Wysiłek podejmowany przez państwo w zakresie ochrony zdrowia ma swój wyraz w prawach przysługujących z tego tytułu społeczeństwu. Mogą to być: powszechne prawo do ochrony zdrowia, prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, prawo ochrony zdrowia dzieci i młodzieży oraz ochrony macierzyństwa⁴. Uwaga zwracana na zdrowie przez państwo może wahać się od wysokiej, gdy państwo bierze pełną odpowiedzialność finansową i organizacyjną za zapewnienie opieki zdrowotnej i gdy

3 *Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia. Doświadczenia Polski i Chin*, pod red. D. Walczak - Duraj, Uniwersytet Łódzki, Łódź 1999, s. 55.

4 Jastrzębowski Z., *Spory o model lecznictwa w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX w.*, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1994, s. 5.

świadczenia medyczne udzielane są według potrzeb, poprzez średnią, gdy następuje podział wskazanej odpowiedzialności pomiędzy państwo i jednostkę, do małej, gdy udział państwa w finansowej i organizacyjnej odpowiedzialności za zapewnienie opieki zdrowotnej jest niewielki⁵.

System ochrony zdrowia powinien zapewnić dostępność świadczeń medycznych i równość w dostępie do nich, ze względu na potrzeby zdrowotne, a nie na indywidualną zdolność do ponoszenia kosztów przez pacjenta lub jego rodzinę. Aby osiągnąć ten cel należy określić jakie świadczenia mają być dostępne ze środków publicznych, a jakie wymagają różnych form dopłat do świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym, czyli współpłacenia⁶ (pojęcia te są stosowane zamiennie). Warto podkreślić, że regulacje dotyczące źródeł finansowania opieki zdrowotnej, w tym różnych form współpłacenia są najważniejszym regulatorem alokacji środków finansowych na opiekę zdrowotną.

Do najczęściej wykorzystywanych form dopłat należą selektywne wykluczanie świadczeń z finansowania przez ubezpieczenie (pełne obciążenie pacjenta kosztami), procentowy udział pacjenta w kosztach świadczeń, franszyzy, stałe opłaty kwotowe za każdą jednostkę świadczenia oraz stała dopłata ubezpieczenia do świadczeń (indemnizacja)⁷.

Jedną z najprostszycy form dopłat jest selektywne wykluczenie określonych świadczeń medycznych z zakresu ubezpieczenia. Za świadczenia te pacjent płaci pełną cenę. Przykładem mogą być tu usługi protetyczne w Danii, które nie są włączone do katalogu przysługujących ubezpieczonym świadczeń⁸. W rezultacie zastosowania selektywnego wykluczenia świadczeń możliwe jest pozyskanie dodatkowych środków i odciążenie budżetu systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Im większy jest popyt na wykluczone

5 Frąckiewicz-Wronka A., *Ubezpieczenia zdrowotne jako element systemu ochrony zdrowia obywateli - aspekty społeczne i ekonomiczne*, Akademia Ekonomiczna im. K. Adamieckiego, Katowice 1995, s. 9.

6 *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, pod red. J. Hryniewicz, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001, s. 109.

7 Sowada Ch., *Współpłacenie - szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom II, nr 1/2004.

8 Schneider M., Hofmann U., Köse A., *Dopłaty do świadczeń stomatologicznych w Europie*, Gazeta Lekarska, nr 1/2005.

świadczenia medyczne oraz im mniej mają one substytutów, tym większy jest efekt fiskalny. Główną wadą tej formy współpłacenia jest ryzyko wystąpienia efektów substytucyjnych. Wykluczenie pewnych świadczeń zwiększa bowiem popyt na niewykluczone świadczenia. Jeśli z koszyka świadczeń gwarantowanych wykluczone zostaną świadczenia charakteryzujące się relatywnie niską ceną, może wzrosnąć zapotrzebowanie na drogie substytuty. W efekcie wykluczenie świadczenia nie spowoduje ograniczenia wydatków.

Jedną z najczęściej spotykanych w praktyce ubezpieczeń zdrowotnych form współpłacenia jest stały procentowy udział ubezpieczenia pacjenta w kosztach otrzymanych świadczeń, tzw. współubezpieczenie. Udział ten może odnosić się do wybranych rodzajów świadczeń, np. 15%-owy udział w kosztach hospitalizacji na oddziale okulistycznym w Słowenii⁹. Może też dotyczyć wszystkich świadczeń medycznych uzyskanych w określonym przedziale czasu (np. 5% kosztów wszystkich świadczeń uzyskanych w ciągu roku). Należy podkreślić, iż aby współubezpieczenie stanowiło efektywne narzędzie ograniczające pokusę nadużywania świadczeń medycznych (moralny hazard) to udział pacjenta w kosztach leczenia nie może być symboliczny. Natomiast dla osiągnięcia celu fiskalnego wystarczy niska stopa współubezpieczenia, pod warunkiem, że odnosi się ona do całości świadczeń lub świadczeń, których koszty stanowią znaczącą część ubezpieczenia.

Kolejną formą dopłat jest franszyza. W rozwiązaniu tym osoba ubezpieczona ponosi wszystkie koszty świadczeń sama za pomocą płatności bezpośrednich, aż do osiągnięcia określonej kwoty (kwoty franczyzowej). Koszty świadczeń przekraczające sumę franczyzową opłacane są przez ubezpieczyciela¹⁰. Przykładem zastosowania tego rozwiązania jest finansowanie opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych oraz w Szwecji. W Stanach Zjednoczonych w ramach ubezpieczenia Medicare w 2013 r. obywatele musieli samodzielnie zapłacić 1184 USD (3566 PLN). Po przekroczeniu tej kwoty ubezpieczenie całkowicie pokrywało koszty pobytu w szpitalu do 60. dnia¹¹. Pacjent w Szwecji za opiekę dentystyczną ponosi 100% odpłatność do sumy 700 SEK (328,5 PLN), 65% opłaty do

9 Juszczyk G., *Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Słowenii*, Służba Zdrowia, nr 77-80/2003.

10 Mucha J., *Jeszcze jeden pomysł na zreformowanie sektora opieki zdrowotnej – dopłaty do usług medycznych*, Roczniki Nauk Społecznych, tom XXXV, zeszyt 3/2007, s. 96.

11 Makowska M., Czerw A., *Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych. Zmiany wprowadzane przez Obamacare*, Hygeia Public Health, nr 49(4)/2014.

kwoty 13500 SEK (6337 PLN) i 30% powyżej tej kwoty¹². Franszyza jest „przyjazna” dla tych osób, które są zmuszone do częstego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ nie tworzy ona barier dostępności dla tych osób.

Inną formą współpłacenia jest kwotowy udział pacjenta w kosztach świadczeń medycznych. Polega on na stałych opłatach pacjenta wnoszonych za każdą uzyskaną jednostkę świadczenia. Takie opłaty mogą np. obciążać każdą wizytę u lekarza lub też każdą wystawioną receptę. Przykładem może być tu wprowadzona w 2004 r. w Niemczech opłata za każdą wizytę u stomatologa, w wysokości 10 EUR. Za dwa badania kontrolne w roku pacjenci nie płacą¹³. Podobnie jak w przypadku procentowego udziału w kosztach, ta forma opłaty jest efektywnym instrumentem ograniczającym pokusę nadużywania świadczeń medycznych, jeśli opłaty za świadczenia są przez pacjentów „odczuwalne”, a nie tylko symboliczne. Współpłacenie to może również stanowić efektywny instrument fiskalny, jeśli obciążenia dotyczą świadczeń masowo wykorzystywanych i nie posiadających bliskich substytutów¹⁴.

Ostatnią formą współpłacenia jest stała dopłata ubezpieczenia do świadczeń. Rozwiązanie to polega na tym, że ubezpieczyciel płaci świadczeniodawcy konkretną kwotę za dane świadczenie medyczne a jeśli jej cena (koszt) jest wyższa to różnicę pokrywa z własnych środków pacjent. Przykładem zastosowania tego rozwiązania są opłaty za wyższy standard warunków w szpitalu np. na Węgrzech¹⁵. Jest to narzędzie prowadzące do obniżenia kosztów w systemie, ponieważ skłania ubezpieczonego do poszukiwania niskich cen u świadczeniodawców. Bardzo ważne jest jednak właściwe określenie kwoty opłacanej przez ubezpieczyciela. Powinna ona zostać ustalona na poziomie pokrywającym koszty świadczenia, ponieważ jeśli jest zbyt niska to może generować bariery dostępu do świadczeń.

12 Mucha J., *Jeszcze jeden pomysł na zreformowanie sektora opieki zdrowotnej – dopłaty do usług medycznych*, op. cit., s. 97.

13 Schneider M., Hofmann U., Köse A., *Dopłaty do świadczeń stomatologicznych w Europie*, op. cit.

14 Sowada Ch., *Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego*, op. cit.

15 Mucha J., *Jeszcze jeden pomysł na zreformowanie sektora opieki zdrowotnej – dopłaty do usług medycznych*, op. cit., s. 98.

Warto zauważyć, że poza wymienionymi powyżej formami współpłacenia możliwe są konstrukcje hybrydowe, np. stała opłata kwotowa za każdą jednostkę świadczenia połączona ze współubezpieczeniem (np. w Francji) lub franszyza połączona ze współubezpieczeniem (m.in. w Szwajcarii).

Należy podkreślić, że podstawową funkcją współpłacenia jest poprawa stanu zdrowia jednostek i całego społeczeństwa. Celem dopłat nie jest bowiem redukcja kosztów czy uzyskanie dodatkowych wpływów, ale lepsza alokacja zasobów i zaprzestanie ich marnotrawienia. Świadczenia medyczne powinny być dostarczane (alokowane) zgodnie z kryterium potrzeb zdrowotnych. Jednak bardzo często tak nie jest. Jest to spowodowane koncentracją systemu ochrony zdrowia na płatniku i rozliczeniach, a nie na efektach zdrowotnych i pacjencie oraz nadkonsumpcją świadczeń medycznych w pewnych grupach pacjentów.

1.2. Konsekwencje i skuteczność współpłacenia za świadczenia medyczne

Wprowadzenie współpłacenia spowoduje bardziej efektywną alokację zasobów. Umożliwia ono bowiem pacjentom większy wpływ na „orientację” usługodawców i większe zainteresowanie spełnianiem oczekiwań w pierwszej kolejności. Jego wprowadzenie może doprowadzić do zmniejszenia dostarczania świadczeń medycznych pacjentom, dla których koszt alternatywny konsumpcji świadczeń medycznych jest niski (koszt czasu) oraz pacjentom wyolbrzymiającym potrzeby świadczeń medycznych. Trzeba podkreślić, że dopłaty zwiększają finansową odpowiedzialność pacjenta i ograniczają zjawisko hazardu moralnego.

Hazard moralny odnosi się do każdego zachowania, które wynika z decyzji dotyczącej ubezpieczenia się i jest związane z nadużywaniem usług przy darmowym dostępie. Nieskuteczne chronienie się przed chorobą, ze względu na fakt posiadania ubezpieczenia

zdrowotnego, jest inną formą hazardu moralnego¹⁶. W opiece zdrowotnej skutkiem hazardu moralnego jest nadkonsumpcja usług zdrowotnych. Dopłaty są tak naprawdę jedynym środkiem, który jest w stanie regulować popyt i ograniczyć liczbę udzielanych usług. Należy jednak podkreślić, że wystąpienie zmniejszenia liczby udzielanych świadczeń medycznych zależy od wysokości dopłat. Zbyt mała dopłata nie ograniczy ani dostępności ani nadkonsumpcji świadczeń. Z kolei zbyt wysoka dopłata może doprowadzić do katastroficznych wydatków gospodarstw domowych, wyeliminuje nadkonsumpcję świadczeń, ale jednocześnie stworzy barierę dostępności do nich¹⁷.

Najważniejszym i najczęściej zgłaszanym argumentem przeciwko wprowadzeniu współpłacenia jest zmniejszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych. Jest ono związane z możliwością powstania barier dochodowych w dostępie do świadczeń zdrowotnych wśród najbardziej wrażliwych grup (dzieci, osoby starsze, najubożsi, osoby przewlekle chore). Zmniejszenie tej dostępności jest tym większe im wyższy jest poziom współpłacenia. Dlatego przeważnie podczas wprowadzania metody współpłacenia do systemu zdrowia występują różne formy ograniczenia obciążenia finansowego gospodarstw domowych. Mogą one przyjmować formę zwolnienia części ubezpieczonych całkowicie lub częściowo z obowiązku dopłaty (np. Irlandia) lub wprowadzenia maksymalnych limitów dopłat powiązanych z dochodami (np. Niemcy)¹⁸.

Kolejnym argumentem zgłaszanym przeciwko wprowadzeniu współpłacenia jest „przerzucanie” pacjentów z obszarów opieki zdrowotnej mniej kosztownych do obszarów bardziej kosztownych. Przykładem może być wprowadzenie opłat za opiekę ambulatoryjną, którego negatywną konsekwencją jest zwiększone prawdopodobieństwo korzystania przez pacjentów z porad szpitalnych¹⁹. Jest ono spowodowane tym, że pacjenci kierując się motywem oszczędnościowym mogą wstrzymać się z wizytą u lekarza

16 Folland S., Goodman A. C., Stano M., *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall, New York 2004, p. 153.

17 Mucha J., *Jeszcze jeden pomysł na zreformowanie sektora opieki zdrowotnej – dopłaty do usług medycznych*, op. cit., s. 103.

18 Ros C., Groenewegen P., Delnoij D., *All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems*, Health Policy, vol. 52, no 1/2000.

19 Mucha J., *Jeszcze jeden pomysł na zreformowanie sektora opieki zdrowotnej – dopłaty do usług medycznych*, op. cit., s. 106.

i zdecydują się na nią dopiero w sytuacji dalszego pogarszania się stanu zdrowia. Rozwój choroby może być jednak wówczas tak zaawansowany, że będzie wymagał dłuższego i bardziej kosztownego leczenia specjalistycznego. W konsekwencji powoduje to wzrost ogólnych kosztów systemu opieki zdrowotnej. Istotne jest więc wprowadzenie rocznego pułapu dopłat do świadczeń dla pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe.

Należy podkreślić, że wprowadzenie współpłacenia za świadczenia medyczne nie jest łatwym zadaniem. Aby było ono skuteczne trzeba podjąć wiele decyzji, które na siebie wpływają. Pierwsza decyzja, która powinna zostać podjęta dotyczy dokładnego określenia tego, co wchodzi w zakres ubezpieczenia zdrowotnego, czyli precyzyjnego zdefiniowania koszyka świadczeń gwarantowanych. Trzeba zauważyć, że świadczenia znajdujące się w koszyku świadczeń gwarantowanych nie muszą być świadczeniami bezpłatnymi i mogą być objęte dopłatami. Z tego względu kolejna decyzja związana jest z ustaleniem granicy maksymalnego obciążenia z tytułu korzystania ze świadczeń medycznych, ustaleniem wysokości kwoty franszyzowej i określeniem podmiotu rozliczającego się (może być nim osoba ubezpieczona lub rodzina). Następną decyzją dotyczy tego, które elementy systemu ochrony zdrowia i w jakim zakresie powinny podlegać współpłaceniu. Należy wziąć pod uwagę wszystkie elementy systemu ochrony zdrowia (m.in. POZ, AOS, opiekę stacjonarną i leki) i rozważyć możliwości substytuowania (zastępowania) świadczeń medycznych z różnych elementów systemu (np. AOS i opieka stacjonarna). Niezbędne jest również rozważenie możliwości zastosowania zwolnień przedmiotowych, które dotyczą określonych stanów zdrowotnych (np. udary i zawały) oraz zwolnień podmiotowych, które dotyczą populacji podlegających specjalnej ochronie (np. dzieci i osoby niepełnosprawne)²⁰.

Ostatnia decyzja dotyczy przeznaczenia środków uzyskanych dzięki wprowadzeniu współpłacenia za świadczenia medyczne. Środki te stanowią bowiem dodatkowy przychód w systemie i można proporcjonalnie do jego wysokości obniżyć składkę zdrowotną. Można też w zamian za większe wydatki prywatne, związane z wprowadzeniem współpłacenia, określić ustawowy czas oczekiwania na świadczenia medyczne. Trzeba podkreślić, że w debacie publicznej obecna jest dyskusja o tym, czego państwo potrzebuje od społeczeństwa w sferze ochrony zdrowia i co państwo może dać w zamian. Mówił o tym

20 Ibidem, s. 111.

m.in. prezes NFZ, Pan Andrzej Jacyna w dniu 26 kwietnia br. w trakcie II Kongresu Zdrowia Pracodawców RP „Zdrowie a odpowiedzialny rozwój” podczas sesji „Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela a odpowiedzialny rozwój”²¹: „Nasz poziom składki jest najniższy w Europie. U nas duże grupy społeczne płacą dużo mniej lub są dotowane z budżetu państwa (.....) Jeśli chcemy podnosić składkę ubezpieczeniową, trzeba coś zaproponować w zamian. Taką propozycją może być ustawowe określenie dostępu do świadczeń w określonych terminach. Dziś to jest nieokreślone. W tym kierunku trzeba iść. Trzeba dyskutować, co chcemy od społeczeństwa i co w zamian możemy dać”²².

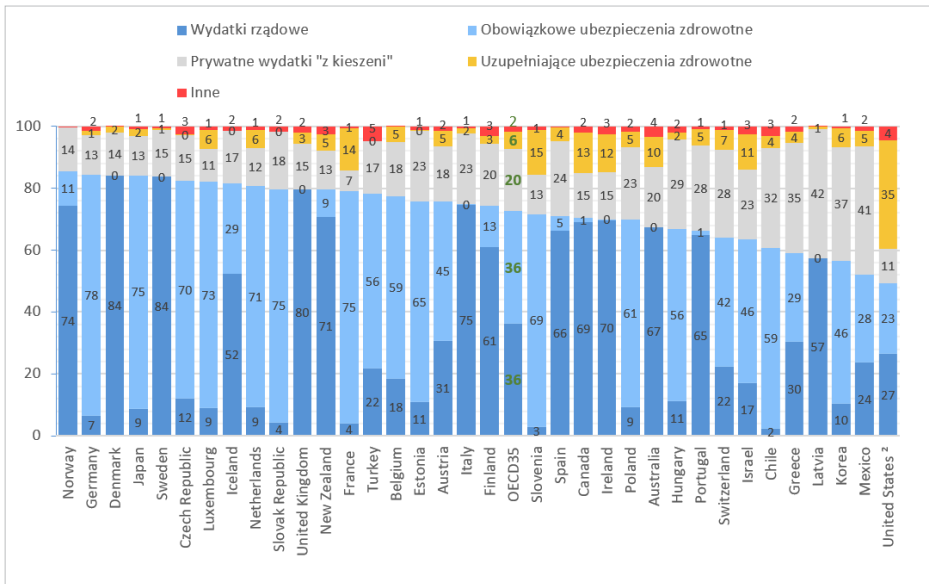
21 <http://www.politykazdrowotna.com/31103,a-jacyna-o-wzrosnie-skladki-na-zdrowie-i-tym-co-w-zamian> (dostęp: 28 kwietnia 2018).

22 <https://www.zdrowie.abc.com.pl/artykuly/andrzej-jacyna-warto-podniesc-skladke-zdrowotna.119479.html> (dostęp: 6 maja 2018).

2. Doświadczenia międzynarodowe dotyczące współpłacenia za świadczenia medyczne

Współpłacenie stanowi prywatne źródło finansowania ochrony zdrowia. Niestety brakuje danych statystycznych obrazujących udział różnych form współpłacenia w prywatnych wydatkach z własnej kieszeni w finansowaniu ochrony zdrowia. Można jedynie przeanalizować udział bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych (prywatnych wydatków z własnej kieszeni) w finansowaniu usług zdrowotnych. Jak wynika z poniższego wykresu, wydatki te stanowią przeciętnie w krajach OECD 20% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. W Polsce wydatki te są wyższe od średniej OECD i wynoszą 23%.

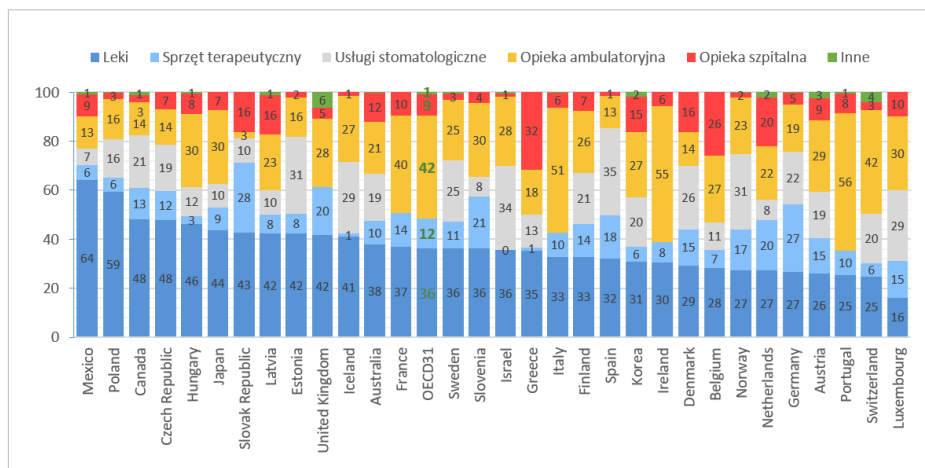
Wykres 1. Źródła finansowania ochrony zdrowia w 2015 r. (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Współpłacenie jest stosowane w większości krajów Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Najczęściej dotyczy ono usług dentystrycznych i farmaceutyków a najrzadziej hospitalizacji. Prywatne wydatki z własnej kieszeni przeznaczane są w krajach OECD najczęściej na opiekę ambulatoryjną, w skład której wchodzi usługi stomatologiczne (patrz wykres 2, poniżej). Analizując strukturę bezpośrednich wydatków pacjentów (prywatnych wydatków z własnej kieszeni) można zauważyć, że w Polsce wydatki te są najczęściej przeznaczane na leki. Polska jest drugim krajem w OECD, w którym pacjenci najwięcej pieniędzy wydają na zakup leków.

Wykres 2. Struktura bezpośrednich wydatków pacjentów w 2015 r.



Źródło: jak do wykresu 1.

W krajach Europy Zachodniej współpłacenie jest ważnym elementem zarządzania popytem na świadczenia zdrowotne w ramach ubezpieczeń obowiązkowych. Najczęściej przyjmuje ono formę franszyzy redukcyjnej, czasem w połączeniu ze współodpłatnością. Obowiązujące zasady współpłacenia w tych krajach można podzielić na następujące:

1. jest określona maksymalna suma płatności, którą każdy ubezpieczony musi wyłożyć na początku roku z własnej kieszeni i dopiero po wyczerpaniu tej kwoty leczenie opłacane jest ze składki

2. nie jest określona maksymalna suma płatności ze strony pacjenta po przekroczeniu której leczenie jest opłacane ze składki, ale każdy ubezpieczony opłaca pełne koszty, a następnie może ubiegać się o zwrot ich części
3. są określone niewysokie formy współpłacenia, które każdy ubezpieczony wnosi do świadczeniodawcy i nie ubiega się o zwrot ich części.

Przykładem krajów, w których występuje pierwsza zasada współpłacenia jest Holandia i Szwajcaria. W Holandii standardowo udział własny wynosi 385 euro (807,06 zł)²³. Po wyczerpaniu tej kwoty leczenie jest opłacane ze składki. Trzeba podkreślić, że z udziału własnego wyłączone są koszty usługi lekarza rodzinnego, opieki okołoporodowej, opieki domu spokojnej starości oraz opieki zdrowotnej dla dzieci poniżej 18. roku życia²⁴. Współpłacenie występuje dla większości środków pomocniczych, jak np. protezy, aparaty słuchowe. W Szwajcarii udział własny wynosi od 300 do 2500 franków (1086 zł- 9050 zł)²⁵. Z udziału własnego wyłączone są koszty opieki okołoporodowej. Po wyczerpaniu tej kwoty leczenie jest opłacane ze składki, ale pacjenci są nadal zobowiązani współfinansować koszty dostarczanych świadczeń. Pacjenci finansują je poprzez współubezpieczenie w wysokości 10% wartości określonych świadczeń. Nie może być ono wyższe niż 700 franków rocznie dla osoby dorosłej (2534 zł). W przypadku hospitalizacji dodatkowo obowiązuje klasyczne współpłacenie w wysokości 15 franków (54 zł) za każdy dzień pobytu w szpitalu²⁶.

Do kraju, w których występuje druga zasada współpłacenia należy m.in. Francja. Francuski system opieki zdrowotnej jest oparty na relatywnie dużym udziale własnym pacjenta w finansowaniu świadczeń. Pacjent opłaca pełne koszty a następnie może ubiegać się o zwrot ich części w lokalnej kasie chorych. Płatności ubezpieczyciela pokrywają tylko częściowo wydatki medyczne, ponadto wprowadzone są górne limity cen świadczeń refundowanych przez płatnika (taryfa umowna - tarif conventionné), co powoduje,

23 Walutę przeliczono według parytetu siły nabywczej zgodnie z danymi dostępnymi na stronie internetowej OECD.

24 Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J., van Ginneken E., Netherlands: *Health system review. Health Systems in Transition*, vol. 18, no. 2/2016, s. 87.

25 De Pietro C., Camenzind P., Sturmy J., Crivelli L., Edwards-Garavoglia S., Spranger A., Wittenbecher F., Quentin W., Switzerland: *Health system review. Health Systems in Transition*, vol 17, no. 1/2015, s. 107-108.

26 Ibidem.

że rzeczywiste dopłaty pacjentów są wyższe. Zwrot wydatków za świadczenia jest następujący²⁷:

- opieka ambulatoryjna – 60-70%
- opieka dentystryczna – 70%
- leczenie szpitalne – 80%
- badania diagnostyczne – 60%

Trzeba podkreślić, że występują istotne zwolnienia z dopłat. Dotyczą one świadczeń związanych m.in. z poważniejszymi zabiegami chirurgicznymi, pobytem w szpitalu powyżej 31 dni, porodem i macierzyństwem oraz koszty opieki zdrowotnej dla osób chorych na AIDS i niektóre choroby przewlekłe, w tym m.in. cukrzycę. Ponadto pacjenci wnoszą dzienną opłatę ryczałtową za pobyt w szpitalu w wysokości 18 euro (76 zł.) W przypadku placówek związanych z opieką psychiatryczną opłata ta wynosi 13,5 euro (57 zł). Z opłat za pobyt zwolnione są m.in. noworodki do 30 dnia pobytu w szpitalu oraz osoby przebywające w szpitalu z powody wypadku przy pracy²⁸.

Każda ambulatoryjna porada lekarska oraz badanie diagnostyczne związane jest z opłatą w wysokości 1 euro (4,22 zł), która nie podlega zwrotowi. Wynosi ona jednak nie więcej niż 1 euro dziennie i 50 euro (211 zł) rocznie. Opłata ta nie dotyczy dzieci poniżej 18. roku życia i kobiet od 6 miesiąca ciąży²⁹.

Przykładem kraju, w którym występuje trzecia zasada współpłacenia są m.in. Niemcy. W Niemczech wprowadzono niewielką odpłatność za świadczenia zdrowotne dla członków ustawowych kas chorych. Za wizytę u lekarza lub u stomatologa opłata wynosi 10 euro (42 zł) kwartalnie płacone przy pierwszej wizycie w gabinecie (pacjent nie płaci za dalsze skierowanie go do lekarza specjalisty). Opłata za leczenie szpitalne wynosi 10 euro (42 zł) za dzień pobytu. Jeśli w ciągu jednego roku łączna długość pobytów

27 Chevreur K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C., France: *Health system review. Health Systems in Transition*, vol. 17, no. 3/2015, s. 74-75.

28 Ibidem.

29 Ibidem, s. 76.

w szpitalu przekroczy 28 dni, pacjent zostaje zwolniony z dalszych opłat dziennych³⁰. Koszty świadczeń ponadstandardowych dostępnych w szpitalu, np. pokój jednoosobowy, leczenie przez ordynatora, pacjent ponosi w całości we własnym zakresie.

Odpłatność za leki i materiały opatrunkowe na receptę wynosi 10% ceny (co najmniej 5 euro – 21 zł, a maksymalnie 10 euro – 42 zł), ale nie więcej niż pełna cena leku. Odpłatność za środki lecznicze wynosi 10% ceny oraz 10 euro (42 zł) za wypisanie środka leczniczego. Koszty leków bez recepty, takich jak środki przeciwbólowe lub syrop na kaszel, pacjent pokrywa w całości. Opłaty te nie obowiązują dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia oraz kobiety w ciąży.

Przy zakupie sprzętu medycznego i opiece domowej nad chorym dopłata ze strony pacjenta wynosi 10% plus 10 euro (42 zł) za skierowanie, zlecenie lub receptę. Dla pacjentów chronicznie chorych maksymalna stawka dodatkowych wpłat do ustawowej kasy chorych jest ograniczona do 1% ich rocznych dochodów (dla pozostałych pacjentów jest to stawka do 2% ich rocznych dochodów brutto)³¹.

Warto zauważyć, że w niektórych krajach „starej UE” występują dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne jako substytut dopłat. Głównym elementem tych dodatkowych ubezpieczeń jest pokrycie dopłat pacjentów w ramach systemu publicznego. Przykładem mogą być ubezpieczenia we Francji i w Irlandii.

We Francji w celu otrzymania maksymalnego zwrotu dopłat za wszystkie świadczenia zdrowotne, należy dodatkowo ubezpieczyć się u prywatnego ubezpieczyciela. Od stycznia 2016 roku jest to obowiązkowe dla wszystkich zatrudnionych w oparciu o umowę na pracę. Ubezpieczyciela można wybrać samodzielnie lub skorzystać z oferty zaproponowanej przez pracodawcę³². Ubezpieczenie dodatkowe jest dostępne w trzech wariantach: podstawowym, rozszerzonym i maksymalnym.

30 Busse R., Blümel M., Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, vol. 16, no. 2/2014, s. 135.

31 Ibidem, s. 136.

32 Chevreul K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C., *France: Health system review. Health Systems in Transition*, op. cit., s. 88.

W Irlandii jedynie 29% populacji ma wolny dostęp do lekarzy rodzinnych, opieki ambulatoryjnej, szpitalnej, leków i sprzętu pomocniczego. Pozostali mają gwarantowaną opiekę szpitalną i opiekę ambulatoryjną w szpitalach publicznych, za którą muszą dopłacać. Za pozostałe usługi medyczne albo płaci się z własnej kieszeni, bądź z wykorzystaniem prywatnych ubezpieczeń. W Irlandii 43% procent obywateli ma wykupione prywatne ubezpieczenie zdrowotne³³.

Analizując dopłaty do świadczeń zdrowotnych warto zwrócić uwagę na nordycki model ochrony pacjentów przed nadmiernymi dopłatami. Wysokość opłat pacjenta ustala się w krajach nordyckich lokalnie a przed nadmiernymi obciążeniami finansowymi zabezpiecza limit opłat pacjenta. Limit tych opłat zapewnia zabezpieczenie dla pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Jako przykład można podać limit opłat w Szwecji. W przypadku świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wysokość opłat wynosi od 100 do 300 koron szwedzkich (42 zł - 126 zł), w zależności od decyzji władz rady okręgu. Natomiast w przypadku świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej maksymalna opłata wynosi 350 koron szwedzkich (147 zł)³⁴. Pułap opłat za porady medyczne wynosi 1100 koron szwedzkich (459.5 zł) w ciągu 12 miesięcy (od daty pierwszej opłaty). W kosztach leków pacjent partycypuje również do 1100 koron szwedzkich rocznie (459.5 zł). Maksymalna opłata roczna za świadczenia zdrowotne wynosi więc 2200 koron szwedzkich (919 zł)³⁵.

W krajach Europy Środkowo-Wschodniej wprowadzenie współpłacenia pacjentów za świadczenia opieki zdrowotnej jest stosunkowo nowym działaniem. Niektóre z tych krajów, jak np. Słowacja, Węgry i Czechy, mają podobne doświadczenia z implementacją dopłat. Próby wprowadzenia współfinansowania przez pacjentów świadczeń medycznych napotykały zazwyczaj na duży opór i w rezultacie często kończą się niepowodzeniem. Opłaty te spotkały się z ograniczoną akceptacją zarówno społeczną, jak i polityczną, na

33 Goldrick-Kelly P., Healy T., *Equality in Irish Healthcare – Time for a New Deal*, NERI WP no 54/2018, s. 15.

34 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Sweden: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283572-en>

35 Ibidem.

Słowacji i na Węgrzech co w rezultacie doprowadziło do ich zniesienia³⁶.

Wprowadzone na Słowacji drobne opłaty za wizyty (wówczas ok. 3 zł za poradę u specjalisty) i pobyt w szpitalu (ok. 6 zł za dzień) zostały po gorących sporach obniżone do zera (nie zniesiono ich) we wrześniu 2006 r. Stało się tak pomimo tego, że odniesiono zamierzony skutek, tj. spadła liczba świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (brak wpływu na poważniejsze procedury), nastąpiło skrócenie pobytu w szpitalach (pomimo podobnej liczby pacjentów) i spadły koszty refundacji leków³⁷.

W Czechach opłaty wprowadzono 1 stycznia 2008 r. i trzeba podkreślić, że szybko przyniosły one oczekiwane rezultaty. Jednak jeszcze jesienią 2008 r., pod hasłem ich zniesienia, wybory samorządowe wygrała opozycyjna w parlamencie partia socjaldemokratyczna. Należy podkreślić, że władze samorządowe nie miały żadnych kompetencji ustawowych i z tego względu zdecydowano, że dopłaty będą refundowane przez samorzady wojewódzkie. Doprowadziło to do ogromnego chaosu, ponieważ dokonywano tego w formie darowizn, które wymagały każdorazowego głosowania w sejmikach wojewódzkich³⁸. Z kolei na Węgrzech opłaty odrzucili w powszechnym referendum sami obywatele po zaledwie dwóch latach ich obowiązywania³⁹.

Należy podkreślić, że zgodnie z badaniem „Diagnozy Społecznej” około połowa obywateli w Polsce deklaruje skłonność do współpłacenia za pewne świadczenia medyczne (w tym tzw. usługi dodatkowe – np. zabiegi rehabilitacyjne). Zgodnie z badaniem przeprowadzonym na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej, dotyczącym postrzegania usług medycznych w Polsce, 38% Polaków dopuszcza możliwość dopłacania za usługi w ramach

36 Baji P., Boncz I., Jenei G., Gulacsi L., *The short story of co-payments for health care services in Hungary – lessons for neighbouring countries*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom VIII, nr 1/2010.

37 Pažitny P., *User fees constitute an inherent of the healthcare system in various countries in transformation*, Into Balance no. 03/2007.

38 Owoc J., *Czy współpłacenie lub suplementarne ubezpieczenia zdrowotne mogą poprawić działanie polskiego systemu ochrony zdrowia – polemika z raportem Ernst & Young*, Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 4/2011.

39 Baji P., Boncz I., Jenei G., Gulacsi L., *The short story of co-payments for health care services in Hungary – lessons for neighboring countries*, op. cit.

publicznej opieki, aby uzyskać do nich dostęp na lepszych warunkach i równocześnie 37% Polaków preferuje samodzielne dysponowanie kwotą przeznaczoną na leczenie, niż płaconie, tak jak obecnie przez NFZ⁴⁰.

40 Postrzeganie usług medycznych w Polsce i zawodów medycznych, https://nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0008/128726/Postrzeganie-uslug-medycznych-w-Polsce-i-zawodow-medycznych.pdf (dostęp 25.05.2018).

3. Współpłacenie za świadczenie medyczne w systemie ochrony zdrowia w Polsce

3.1. Ewolucja współpłacenia w polskim systemie ochrony zdrowia

Głównym celem współpłacenia nie jest pozyskanie dodatkowych środków finansowych dla systemu ochrony zdrowia. Istotne jest natomiast wprowadzenie mechanizmów racjonalizujących funkcjonowanie systemu. Może się to bowiem przyczynić do bardziej efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów.

Analizując historię współpłacenia za świadczenia medyczne w systemie ochrony zdrowia w Polsce można zauważyć, że pierwsza próba jego wprowadzenia miała miejsce w dwudziestoleciu międzywojennym.

W Polsce w latach 1920-1933 głównym filarem systemu zabezpieczenia społecznego była ustawa z 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby⁴¹. Zakładała ona powstanie terytorialnych kas chorych - miejskich i powiatowych. Z tytułu członkostwa w kasie należało opłacać składkę, której wysokość zmieniała się w granicach od 6,5% do około 7,5% płacy ustawowej. Według tej zasady świadczenia kas były dla pacjentów nieodpłatne. Ustawa z 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby efektywnie spełniała swoją rolę do czasu zaistnienia globalnego kryzysu gospodarczego pod koniec lat dwudziestych XX w. Kryzys ten spowodował duże bezrobocie, obniżenie zarobków oraz obniżenie przychodów kas chorych, które gwałtownie utraciły

41 Dz.U nr 44, poz. 272 z późn. zm., <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19200440272/O/D19200272.pdf> (dostęp: 28 kwietnia 2018).

płynność finansową⁴². Wpływy ze składek do kas zmalały w latach 1929-1933 aż o 40%, jednocześnie podwoiły się zaległości we wpłatach pracodawców. W powyższym okresie pojawiały się też głosy krytykujące jakość opieki medycznej zapewnianej w ramach ubezpieczenia. Przykładem może być opinia środowiska lekarskiego, które zarzucało obowiązującemu systemowi zaniżanie rzeczywistych kosztów usług medycznych i nadmierną biurokrację. Aby doprowadzić do stabilizacji sytuacji władze państwowe zdecydowały się na zmniejszenie liczby kas, a następnie je zlikwidowały na mocy ustawy z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym⁴³. Ich funkcje przejęły instytucje nazwane ubezpieczalniami społecznymi.

Należy zauważyć, że w nowej ustawie ubezpieczeniowej obniżono wysokość składki. Kwota ta dla różnych grup zawodowych wahała się od 4,6% do 5,8% wynagrodzenia. Obniżenie wysokości składki zmniejszyło obciążenia pracodawców (koszty pracy) i miało na celu poprawę konkurencyjności gospodarki znajdującej się w kryzysie. Ponadto w ustawie wprowadzono zapisy dotyczące dopłat za poszczególne świadczenia i w rezultacie odstąpiono od zasady bezpłatności pomocy leczniczej. Zgodnie z zapisami zawartymi w artykule 96 ustawy, ubezpieczalnia społeczna pobierała od ubezpieczonych dopłaty za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze a cennik tych dopłat ustalał w drodze rozporządzeń Minister Opieki Społecznej⁴⁴. Ubezpieczony miał prawo do bezpłatnego leczenia i utrzymania szpitalnego o najniższym standardzie (zgodnie z zapisem ustawy „o najniższej klasie”), zamiast ambulatoryjnej pomocy leczniczej, która mogła być udzielana nie dłużej niż przez 26 tygodni w poszczególnym wypadku choroby i była objęta opłatami. Ponadto koszty leczenia tzw. ubogich chorych pokrywały gminy⁴⁵. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 r. o dopłatach za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze, ubezpieczalnia społeczna pobierała od ubezpieczonych oraz członków

42 Zakrzewski K. M., *Współpłacenie jako metoda racjonalizacji kosztów w opiece zdrowotnej*, PULS, nr 5/2010.

43 Dz.U. nr 51, poz. 396 z późn. zm., <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19330510396/O/D19330396.pdf> (dostęp: 28 kwietnia 2018).

44 Ibidem.

45 Zakrzewski K. M., *Współpłacenie jako metoda racjonalizacji kosztów w opiece zdrowotnej*, op. cit.

ich rodzin następujące opłaty⁴⁶:

- za każdą poradę lekarską - 20 groszy,
- za każdy zabieg leczniczy - 10 groszy,
- za każde lekarstwo, środek leczniczy i pomocniczy - 10 groszy,
- za każdy specyfik farmaceutyczny i preparat organo-terapeutyczny - 30 groszy.

W rozporządzeniu wymieniono świadczenia, za które opłaty nie były pobierane. Należały do nich m.in. zabiegi chirurgiczne i rozpoznawcze. Analizując ówczesny poziom zarobków i siłę nabywczą złotówki można stwierdzić, że przedstawione opłaty nie były wysokie. W 1935 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie robotnika i kobiety z klasy robotniczej wynosiło bowiem 95,6 zł oraz 49,6 zł⁴⁷. Z kolei w przypadku pracowników umysłowych mężczyźni zarabiali miesięczne 280,5 zł a kobiety 170,8 zł⁴⁸. Biorąc pod uwagę ceny żywności warto zauważyć, że przeciętna cena 1 kg chleba wynosiła 30 groszy⁴⁹. Trzeba podkreślić, że wprowadzenie dopłat spowodowało uzyskanie stabilności finansowej ubezpieczalni społecznych. Jako przykład można podać rachunek działalności ubezpieczalni społecznej w Bydgoszczy w 1938 r., który zamknięto z nadwyżką 154 451 zł⁵⁰. Wprowadzenie dopłat spowodowało też w pewnym stopniu sanację systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Niestety została ona przerwana przez wybuch II wojny światowej a po jej zakończeniu przez wprowadzenie socjalistycznego systemu ochrony zdrowia. Po II wojnie światowej w Polsce wprowadzono model opieki zdrowotnej oparty na wzorach radzieckich, dawniej określany jako socjalistyczna służba zdrowia, a w nowszej literaturze nazywany modelem Siemaszki⁵¹.

46 Dz.U. nr 103, poz. 815 z późn. zm., <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19331030815/O/D19330815.pdf> (dostęp: 28 kwietnia 2018).

47 *Mały Rocznik Statystyczny 1939*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1939, s. 270.

48 *Ibidem*, s. 276.

49 *Ibidem*, s. 254

50 *Sprawozdanie Ubezpieczalni Społecznej w Bydgoszczy za rok 1938*, Bydgoszcz 1938, s. 3.

51 Nazwa ta pochodzi od nazwiska radzieckiego komisarza do spraw zdrowia, Mikołaja Siemaszki, twórcy bardzo wpływowej koncepcji upaństwowienia służby zdrowia.

Polski system ochrony zdrowia przez wiele lat ideologizowano. Funkcjonowało przekonanie o bezpłatnej opiece zdrowotnej, możliwości zaspokajania wszystkich potrzeb oraz konieczności dominacji państwa jako organizatora i płatnika opieki zdrowotnej. Jednak głoszone wówczas zasady w organizacji ochrony zdrowia, w tym zasada bezpłatności, były fikcją. Wbrew obiegowym stereotypom, w Polsce nigdy nie wprowadzono w życie koncepcji uniwersalnego prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych dostępnych wszystkim obywatelom. Konstytucyjny zapis o bezpłatnej pomocy lekarskiej w przypadku choroby, pochodzący z 1952 r. pozostawał polityczną deklaracją. Jeszcze 20 lat po jego uchwaleniu niemal jedna trzecia społeczeństwa - indywidualni rolnicy - była pozbawiona uprawnień do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Trzeba również podkreślić, iż większość tych, którzy korzystali z uprawnień wносиła swój wkład w finansowanie opieki zdrowotnej. W krajach demokratycznych wkład ten następował w postaci podatków lub składek, natomiast w PRL gromadzenie środków odbywało się poprzez arbitralne przechwytywanie przez państwo wytwarzanych w gospodarce wartości. Organy władzy państwowej - a więc formalnie rząd i sejm, a faktycznie Biuro Polityczne PZPR - podejmowały decyzje o przekazywaniu określonej puli środków na działania sektora zdrowotnego. Nie zawsze były to decyzje finansowe. W niektórych okresach znacznie ważniejsze dla działania i rozwoju sektora były decyzje rzeczowe o rozdziale surowców i materiałów⁵².

Do końca 1998 r. w Polsce funkcjonował system publicznej opieki zdrowotnej oparty na finansowaniu ze środków budżetu państwa i współpłacenie nie zostało wprowadzone. Reforma systemu ochrony zdrowia, zapoczątkowana wejściem w życie z dniem 1.01.1999 r. Ustawy z dnia 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, całkowicie zmieniła zasady finansowania świadczeń zdrowotnych⁵³.

Ogólny mechanizm funkcjonowania nowego systemu przewidywał obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego dla osób określonych w ustawie, który obejmował prawie całość populacji⁵⁴. W art. 8 ustawy o PUZ wymieniono szczegółowo osoby podlegające

52 Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998, s. 52.

53 Szykuła C., *Reforma ochrony zdrowia...*, op. cit.

54 Koźmiński J., *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych*, *Polityka Społeczna*, nr 2/2001.

obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, w art. 31 umieszczono natomiast katalog świadczeń, które przysługiwały ubezpieczonym na zasadach określonych w ustawie. Pozostała część obywateli mogła ubezpieczyć się dobrowolnie na swój wniosek. Ustawa zmieniła dotychczasowe zasady gromadzenia środków na opiekę zdrowotną, decydującą rolę wyznaczając przychodom ze składek od ubezpieczonych. Każdy ubezpieczony zobowiązany został do płacenia składki na ubezpieczenia zdrowotne. Za niektóre świadczenia płacił jednak budżet państwa, a za inne w całości lub w części - sam pacjent. Było to wynikiem tego, że w nowym systemie przyjęto mieszany, budżetowo-ubezpieczeniowy system zasilania opieki zdrowotnej, co oznacza, że część niezbywalnych zadań państwa była finansowana z budżetu. I tak, należały do nich m. in. procedury wysokospecjalistyczne (np. przeszczepy narządów), nadzór epidemiologiczny, publiczna służba krwi. W systemie wprowadzono również zasadę współpłacenia przez ubezpieczonego za niektóre świadczenia medyczne. Pacjent wносił udział własny m. in. za przedmioty ortopedyczne, wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach. Świadczenia ponadstandardowe, określone w rozporządzeniu pacjent finansował w 100% ze środków własnych. Należały do nich zabiegi chirurgii plastycznej (nie będące wynikiem urazu czy wady wrodzonej), świadczenia stomatologiczne inne niż podstawowe, akupunktura⁵⁵.

Funkcjonujący po wprowadzeniu reformy w 1999 r. w Polsce system finansowania ochrony zdrowia okazał się nieadekwatny do możliwości finansowych kraju. Niekorzystną konsekwencją przyjętego systemu finansowania ochrony zdrowia było niezapewnienie członkom kas chorych dostępu do świadczeń medycznych odpowiednio do istniejącej infrastruktury. Limity usług wykupionych w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej przez kasy chorych, a także dominująca zasada „jeden zakład opieki zdrowotnej – jedna kasa” powodowały nieuzasadnione, geograficzne oddalenie świadczeniodawcy od miejsca zamieszkania⁵⁶.

W 2003 r. działający dotąd system kas chorych zastąpiono Narodowym Funduszem Zdrowia i wprowadzono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. W 2004 r. została ona zastąpiona ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej

55 *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 2001, s. 176.

56 Rudnicka L., Durlik M., *Założenia do efektywnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, System „Zdrowie 20002”, Antidotum, nr 2/2001.

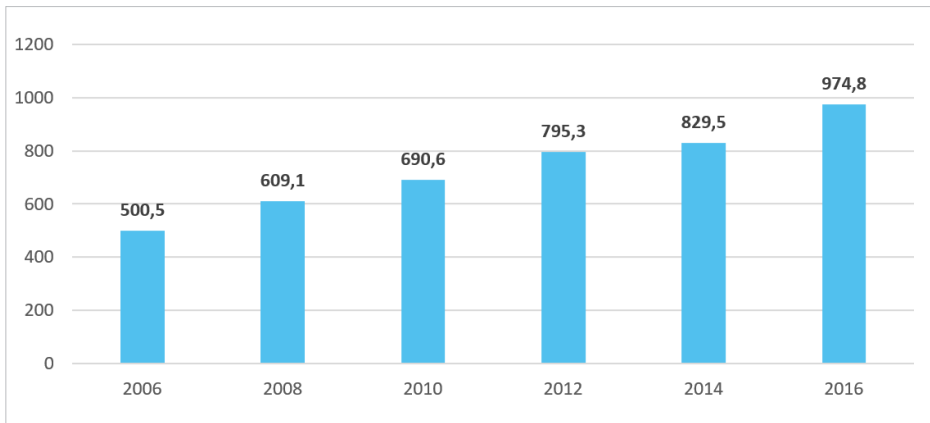
finansowanych ze środków publicznych. W 2011 r. wprowadzono ustawę o działalności leczniczej. Wymienione ustawy nie wprowadziły zmian w zasadach współpłacenia za świadczenia medyczne.

3.2. Współpłacenie w strukturze źródeł finansowania ochrony zdrowia

Poziom wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w danym kraju jest znacznie zróżnicowany w zależności od wielkości sektora usług prywatnych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w tym kraju. Trzeba podkreślić, że jest on również zależny od wprowadzonych form współpłacenia i jego wielkości.

Analizując wydatki prywatne na ochronę zdrowia w Polsce można zauważyć, że w ciągu ostatnich 10 lat nastąpił ich istotny wzrost (patrz wykres 3.).

Wykres 3. Prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, per capita (w zł)

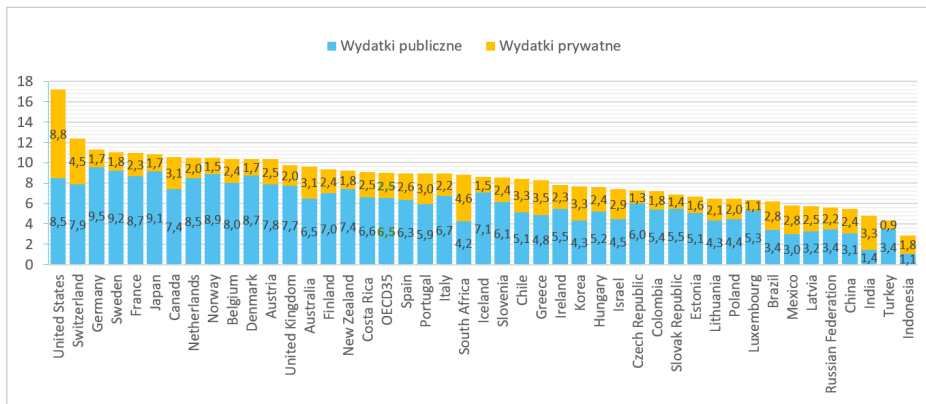


Źródło: jak do wykresu 1.

Analizując powyższy wykres można zauważyć, że w ciągu 10 lat wydatki prywatne na osobę wzrosły w opiece zdrowotnej o 95%. W tym samym czasie wydatki publiczne wzrosły o 92%.

Trzeba podkreślić, że w Polsce udział prywatnych wydatków w całości kosztów ochrony zdrowia jest wysoki (patrz wykres 4.).

Wykres 4. Struktura wydatków na ochronę zdrowia jako % PKB w 2016 r.



Źródło: jak do wykresu 3.

Z analizy danych zawartych na powyższym wykresie wynika, że Stany Zjednoczone są krajem, w którym wydatki prywatne stanowią ponad połowę całkowitego finansowania ochrony zdrowia. W przypadku Polski wydatki te stanowią ponad 31% łącznego finansowania ochrony zdrowia (2,0% PKB wobec łącznie 6,4%). Jest to udział wysoki w porównaniu z wieloma innymi krajami OECD, w tym m.in. z Czechami (1,3% wobec 7,3% a więc prawie 17%), Wielką Brytanią (2,0% wobec 9,7% czyli ponad 20,5%) i Niemcami (1,7% wobec 11,3%, czyli ponad 15%).

Dokonując analizy wydatków prywatnych w sferze ochrony zdrowia trzeba pamiętać, że wydatki te obejmują wydatki podstawowych podmiotów gospodarczych tj. gospodarstw domowych i przedsiębiorstw, ponoszone zarówno bezpośrednio na zakup artykułów farmaceutycznych i usług medycznych, jak i w formie zakupu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz abonentów uprawniających do korzystania ze świadczeń w prywatnych placówkach ochrony zdrowia.

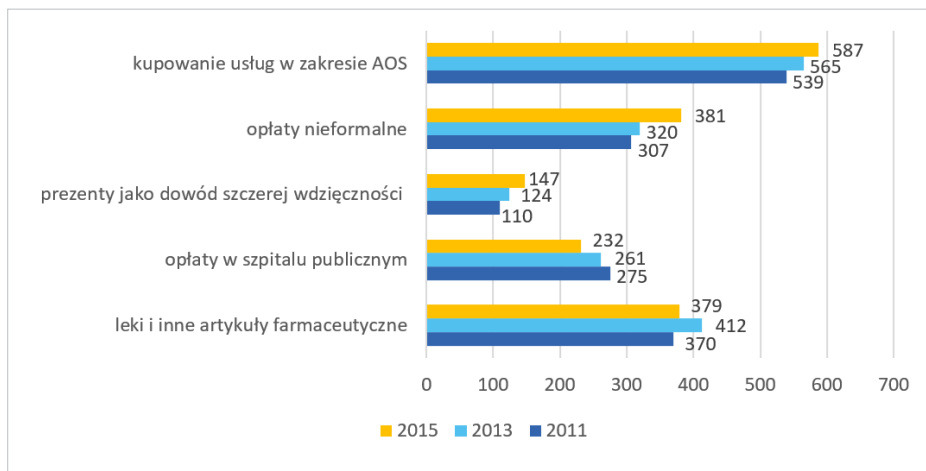
Na podstawie analiz „Narodowego Rachunku Zdrowia”, sporządzanego przez Główny Urząd Statystyczny można zaobserwować, że w latach 2013-2015 bieżące wydatki

prywatne zwiększyły się o ponad 10,5% a bieżące wydatki publiczne zwiększyły się o 7%⁵⁷. W strukturze wydatków bieżących na ochronę zdrowia wydatki publiczne stanowią 70% a wydatki prywatne 30%. W ramach wydatków prywatnych dominują bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych, które stanowią ponad 77% tych wydatków oraz 23,2 % wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Należy zauważyć, że wskaźnik wydatków gospodarstw domowych, tj. wskaźnik opłat z kieszeni jest niezwykle ważnym wskaźnikiem i jest on również monitorowany przez OECD i WHO. Wskaźnik ten pokazuje jakie koszty ponosi pacjent dodatkowo, poza ubezpieczeniem zdrowotnym. Zgodnie z danymi OECD wskaźnik ten jest wyższy od średniej OECD i wynosi 23%. Można więc stwierdzić, że Polacy płacą w niemal jednej czwartej za swoje zdrowie, całkowicie ze swojej kieszeni. Jak już zostało wspomniane w drugim rozdziale niniejszego raportu Polacy najwięcej pieniędzy wydają na leki (ponad 20% więcej niż średnia w krajach OECD). Dużą część naszych środków na zdrowie pochłaniają także leczenie i opieka dentystyczna, na którą składa się działalność profilaktyczna, lecznicza i rehabilitacyjna całej jamy ustnej. Zarówno leczenie jak i opieka dentystyczna stanowi około 16% całkowitych wydatków na zdrowie w Polsce. Wobec średniej OECD wydajemy zdecydowanie mniej na opiekę terapeutyczną i urządzenia terapeutyczne.

Niezależnie od wymienionych powyżej badań, w Polsce prowadzone są jeszcze inne badania na temat warunków życia i ich jakości, które zawierają informacje o wydatkach ludności na wiele celów, w tym na ochronę zdrowia. Najbardziej popularnym badaniem tego rodzaju jest tzw. „Diagnoza Społeczna”. Trzeba podkreślić, że w „Diagnozie Społecznej” zastosowana jest inna klasyfikacja wydatków na ochronę zdrowia niż klasyfikacje stosowane w badaniach GUS oraz inne wskaźniki wydatków. Uniemożliwia to zarówno bezpośrednie porównania z wynikami badań GUS, jak również wykorzystanie wyników Diagnozy do oszacowania na ich podstawie wydatków całej ludności Polski. Jednak wyniki te są istotne do analizy i pewnego rodzaju kontroli niektórych wydatków, w tym zwłaszcza nieformalnych opłat i prezentów. Zgodnie z wynikami ostatniego badania Diagnozy w ostatnich czterech latach w całych próbach znacząco wzrosły wydatki gospodarstw domowych na opłaty nieformalne, „łapówki” - o 16,6% oraz usługi ambulatoryjne - o 1,1% (patrz wykres 5. na następnej stronie).

57 *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2015 r.*, GUS, Warszawa 2017.

Wykres 5. Wydatki gospodarstw domowych związane z ochroną zdrowia w ostatnich trzech miesiącach w 2011, 2013 i 2015 r. w próbie panelowej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015, s. 122.

Należy zauważyć, że przedstawione wydatki wnoszone przez pacjentów za udzielone im świadczenia zdrowotne nie umożliwiają osobnej i precyzyjnej analizy wysokości współpłacenia. Współpłacenie może przyjmować formę dopłat do ponadstandardowych świadczeń jak również dopłat do leków wydawanych w aptece, świadczeń lecznictwa uzdrowskiego oraz niektórych zabiegów i materiałów stomatologicznych.

Najbardziej aktualnym badaniem umożliwiającym analizę wydatków Polaków na ochronę zdrowia oraz analizę ich opinii na temat współpłacenia jest badanie przeprowadzone w 2018 r. na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej („Postrzeganie usług medycznych w Polsce i zawodów medycznych”).

Jak wynika z przeprowadzonego badania, 87% dorosłych Polaków skorzystało w ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz z usługi medycznej⁵⁸. 17% ogólnej liczby usług

58 *Postrzeganie usług medycznych w Polsce i zawodów medycznych*, op. cit.

medycznych opłacane było z własnych środków pacjentów / prywatnego ubezpieczenia. Warto zauważyć, że w ramach refundacji z NFZ jest opłacane niemal 90% wizyt u lekarzy POZ, 80% pobytów w szpitalu i 3/4 wizyt w SOR a prawie połowa wizyt u lekarza dentysty jest opłacana z własnych środków.

W ramach przeprowadzanego badania poproszono ankietowanych o ich opinie na temat wprowadzenia dodatkowych opłat „z własnej kieszeni”. Należy podkreślić, że propozycja wprowadzenia współpłacenia polaryzuje społeczeństwo, a odsetek jej przeciwników jest wyższy niż zwolenników (odpowiednio 34% i 29%). Równocześnie 37% badanych nie ma na ten temat wyrobionego zdania. 38% Polaków dopuszcza możliwość dopłacania za usługi w ramach publicznej opieki, aby uzyskać do nich dostęp na lepszych warunkach a 28% jest przeciwnych tej idei.

Trzeba zauważyć, że 37% Polaków preferuje samodzielne dysponowanie kwotą przeznaczoną na leczenie, niż płacenie, tak jak obecnie przez NFZ. 31% ankietowanych jest przeciwnych tej idei i woli obecny system, a 1/3 badanych nie ma wyrobionego zdania na ten temat.

Uregulowania prawne dotyczące współpłacenia przedstawiono w następnym rozdziale.

4. Współpłacenie za świadczenia medyczne w Polsce w świetle uregulowań prawnych

Wynikający z art. 68 Konstytucji RP równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie oznacza automatycznie, że opieka zdrowotna ma być bezpłatna. Po prostu, z zasady nie pobiera się pieniędzy od pacjenta, lecz świadczenie zdrowotne jest finansowane przez NFZ lub organy administracji publicznej. Jednak świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za całkowitą lub częściową odpłatnością i jest to związane z ograniczonymi możliwościami finansowymi systemu. Trzeba podkreślić, że opłaty za udzielanie świadczeń zdrowotnych mogą być pobierane jedynie w przypadku, gdy przepis szczególny nie formułuje wprost zakazu takiego zachowania. Zasadą jest zatem prawo, a nie obowiązek do pobierania opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych, a wyjątkiem - zakaz ich pobierania. Przykładem zakazu jest niedopuszczalność pobierania opłat za świadczenia objęte umową o udzielanie świadczeń z NFZ, a więc świadczeń refundowanych ze środków publicznych. Trzeba podkreślić, że ustawodawca musi jednoznacznie wskazać, które świadczenia są nieodpłatne, a które wymagają chociażby częściowej odpłatności. Podział ten lub zasady jego dokonywania musi być określony na poziomie ustawy⁵⁹.

Zasady odpłatności za leki reguluje ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 z późn. zm.). Zgodnie z zapisami ustawy obowiązują następujące poziomy odpłatności za leki⁶⁰:

59 Trzciński J., Wiącek M., *Komentarz do art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, w: Garlicki L. i inni (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Wyd. Sejmowe, Tom II, Warszawa 2016.

60 Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz. U. 2017 poz. 1844 z późn. zm.

- bezpłatny - do wysokości limitu,
- ryczałtowy - kwota 3,20 zł do wysokości limitu,
- 50% - do wysokości limitu,
- 30% - do wysokości limitu.

Kwalifikacji do odpowiedniej odpłatności dokonuje Minister Zdrowia. W przypadku leków recepturowych odpłatność ryczałtowa wnoszona przez pacjenta wynosi 7,5 zł.

Trzeba podkreślić, że dla leków refundowanych określone zostały wysokości limitów finansowania, do wysokości których leki te są refundowane. Limit ceny leku jest górną granicą kwoty refundowanej za dany lek. Jeżeli cena detaliczna leku refundowanego jest wyższa od ustalonej wysokości limitu finansowania tego leku, pacjent dopłaca różnicę między ceną leku a limitem.

Należy również zauważyć, że pacjentowi przebywającemu i leczonemu w szpitalu należy się w ramach tego leczenia bezpłatny dostęp do wszystkich niezbędnych leków. Zakazane jest wystawianie recept i zmuszanie pacjentów do wykupienia leków koniecznych do prowadzenia leczenia w szpitalu.

Współpłacenie występuje również w przypadku leczenia stomatologicznego. Pacjentowi bezpłatnie przysługują gwarantowane świadczenia stomatologiczne z użyciem gwarantowanych materiałów stomatologicznych. Ich wykaz określa w drodze rozporządzenia Minister Zdrowia⁶¹. Dentysta, który świadczy usługi w ramach kontraktu z NFZ, nie może żądać od pacjenta dopłat za dodatkowe świadczenia. Opłatę za świadczenia stomatologiczne i za materiały stomatologiczne, które nie są umieszczone w wykazie materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych, ponosi pacjent. Świadczeniodawca jest zobowiązany do każdorazowego poinformowania o tym pacjenta. Wyłączone ze świadczeń gwarantowanych, a więc objęte odpłatnością, są m.in. następujące usługi: lakierowanie zębów stałych dla pacjentów powyżej 18. roku życia, naprawa protez nie częściej niż 1 raz na 2 lata.

61 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2017 poz. 2397.

Zaopatrzenie pacjenta w wyroby medyczne jest także objęte współpłaceniem. Zgodnie z *Ustawą o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* i rozporządzeniem Ministra Zdrowia, pacjentowi wydawane są na zlecenie określone wyroby medyczne. W rozporządzeniu określono limit finansowania ze środków publicznych oraz wysokość udziału własnego pacjentów w limicie finansowania z tych środków. Jeżeli cena wyrobu medycznego jest niższa niż limit finansowania ze środków publicznych, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy jest liczona od tej ceny⁶². Przykładem może być soczewka okularowa korekcyjna do dali, gdzie limit finansowania wynosi 25 zł a udział pacjentów dorosłych 30%.

Wnoszenie opłat w publicznym systemie ochrony zdrowia występuje również w przypadku leczenia uzdrowiskowego. Pacjent ponosi koszty przejazdu do sanatorium (i z powrotem) a także częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania. Odpłatność za pobyt w sanatorium uzdrowiskowym jest różna ze względu na sezon oraz standard zajmowanego pokoju. Stawki określa minister zdrowia w drodze rozporządzenia⁶³. Odpłatność za pokój 1-osobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym w drugim (droższym) okresie rozliczeniowym (od 1 maja do 30 września) wynosi 36,10 zł.

Pacjenci mają wybór dotyczący wnoszenia opłat w przypadku świadczeń ponadstandardowych, które nie są finansowane przez NFZ. Szpital może np. pobierać opłatę za usługi ponadstandardowe zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach kiedy nie są one następstwem wady wrodzonej.

62 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, Dz. U. 2017 poz. 1061.

63 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, Dz. U. 2012 poz. 14.

5. Współpłacenie za świadczenia medyczne w Polsce w opinii pacjentów – wyniki badań własnych

5.1. Metodologia badania

W ramach realizacji projektu dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia Fundacja MY Pacjenci wraz z portalem www.znanylekarz.pl przeprowadziła wśród pacjentów, przedstawicieli zawodów medycznych i obywateli konsultacje społeczne w formie sondażu on-line. Dotyczył on ich opinii o sposobach organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, w tym wprowadzenia dopłat do świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. Do przeprowadzenia badania wykorzystano kwestionariusz ankiety, zawierający 20 pytań jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Kwestionariusz ankiety był obszerny i uwzględniał zagadnienia poruszane podczas sesji moderowanego dialogu, dotyczącego badanych tematów. Był także przedmiotem szerokich konsultacji z uwzględnieniem stron reprezentowanych podczas sesji dialogu – pacjentów, przedstawicieli zawodów medycznych, świadczeniodawców oraz administracji publicznej. Ankiety dystrybuowano za pośrednictwem portalu znanylekarz.pl oraz współpracujących z Fundacją organizacji pacjenckich w okresie 19.10.2017 – 03.12.2017.

W badaniu wzięło udział 1386 osób, które dobrowolnie wyraziły chęć wypełnienia ankiety on-line. Ze względu na charakter konsultacji społecznych próba miała charakter uznaniowy i nie była reprezentatywna, gdyż z zasady w konsultacjach biorą udział wyłącznie osoby zainteresowane danym problemem społecznym. Jego wyniki dają jednak wyobrażenie tego, jak w opiniach respondentów zainteresowanych problematyką powinien być rozwiązywany problem współpłacenia w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

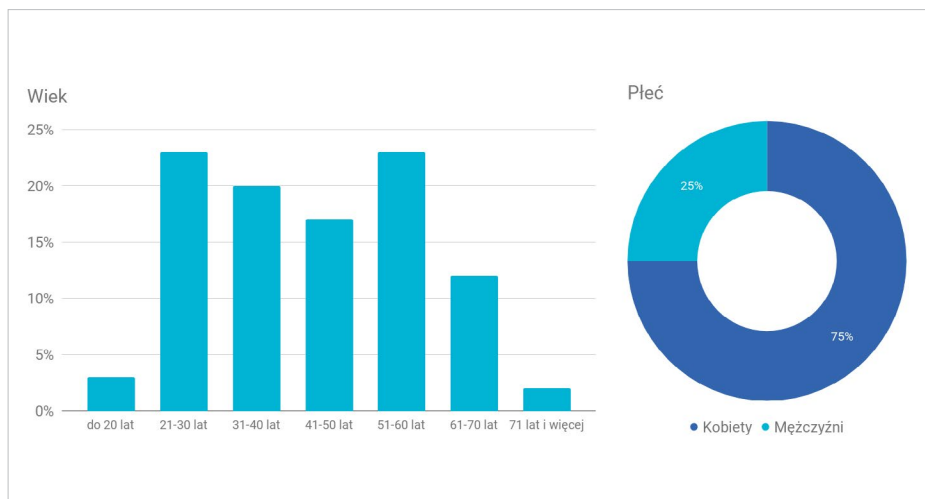
W pracy zastosowano deskryptywną metodę analizy wyników ankiety, bez badania

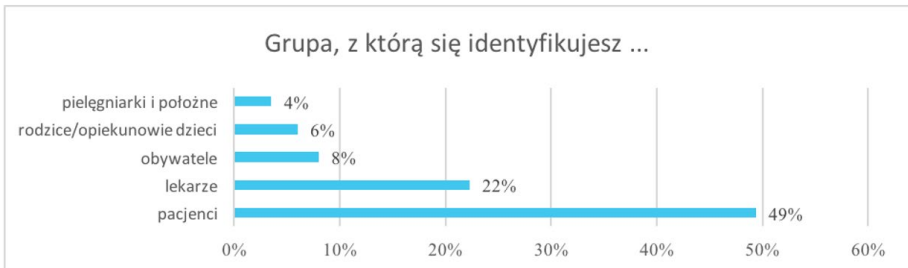
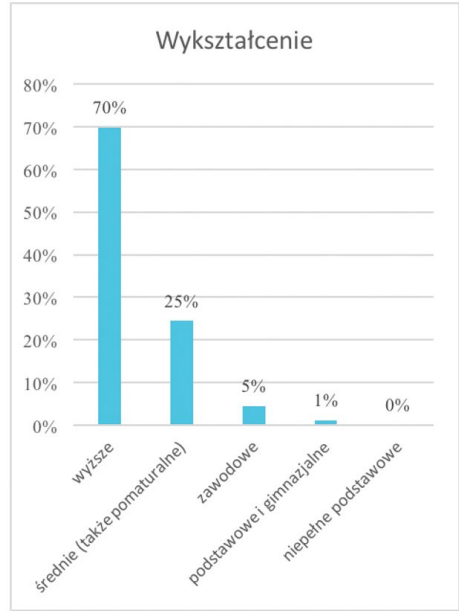
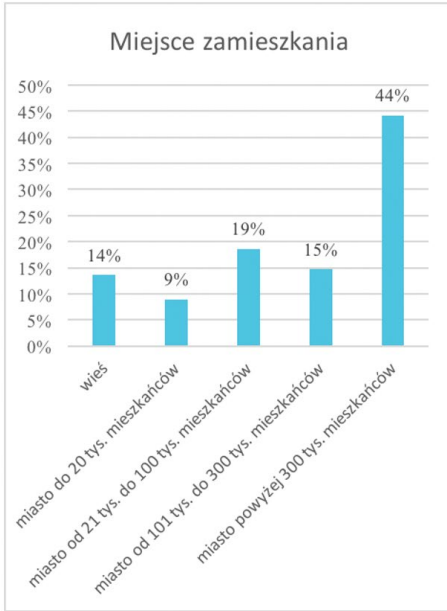
związków i zależności przyczynowych między określonymi zjawiskami (bez badania korelacji). Nie oceniano istotności statystycznej.

5.2. Charakterystyka respondentów

Na pytania ankiety odpowiadali respondenci w wieku 16 – 82 lata. Wśród badanych dominowały osoby w wieku 30 lat. Średnia wieku respondentów wynosiła 44 lata. 75% biorących udział w badaniu osób stanowiły kobiety. Dominowały osoby z wykształceniem wyższym (70%) oraz osoby zamieszkujące przede wszystkim w dużych miastach (44%). Najliczniej reprezentowane grupy respondentów stanowiły osoby, które określają się jako pacjenci (49%) i lekarze (22%), obywatele (8%), rodzice i opiekunowie dzieci (6%) oraz pielęgniarki i położne (4%).

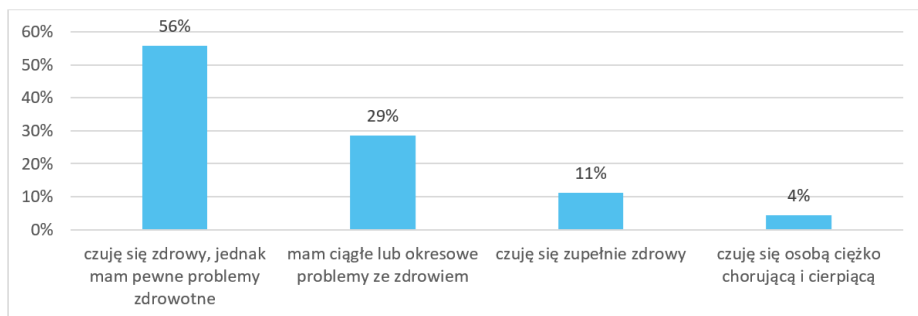
Wykres 6. Charakterystyka respondentów, n=1386 [opracowanie własne]





Osoby określające swój stan zdrowia jako dobry, tj. osoby dokonujące pozytywnej oceny swojego stanu zdrowia, stanowiły 2/3 badanych (67% osób udzieliło pozytywnej odpowiedzi na pytanie dotyczące samooceny własnego stanu zdrowia; odpowiedzi „czuję się zupełnie dobrze” lub „czuję się zdrowy, jednak mam pewne problemy zdrowotne”). Co trzeci z badanych wskazywał na występowanie problemów zdrowotnych – patrz wykres 7 na następnej stronie.

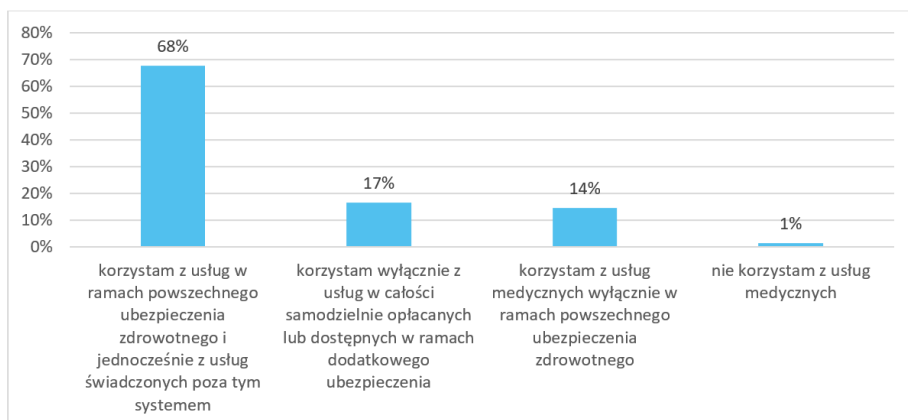
Wykres 7. Samoocena własnego stanu zdrowia, n=1386 [opracowanie własne]



5.3. Opinie pacjentów na temat współpłacenia

Biorący udział w badaniu przedstawiciele pacjentów, zawodów medycznych oraz obywateli, którzy dokonali oceny obecnego stanu opieki zdrowotnej korzystają przede wszystkim ze świadczeń udzielanych w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej (patrz wykres 8 poniżej).

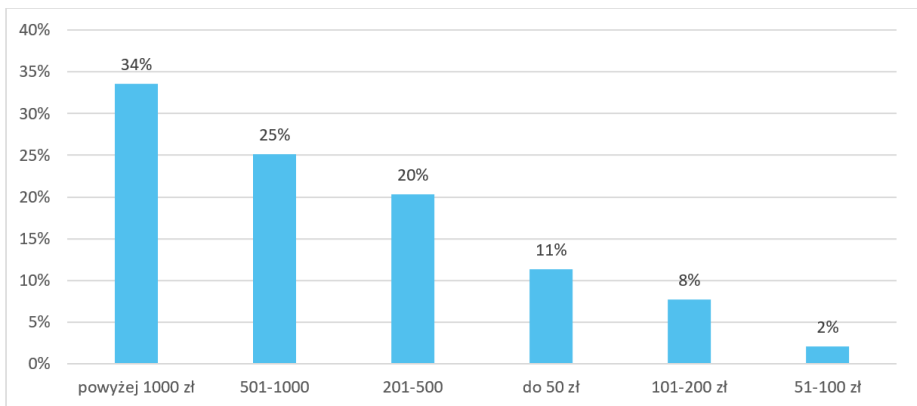
Wykres 8. W przypadku wystąpienia problemu zdrowotnego lub konieczności uzyskania pomocy medycznej korzystam ..., n=1385 [opracowanie własne]



Jak wynika z analizy powyższego wykresu 68% ankietowanych korzysta z usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i jednocześnie z usług świadczonych poza systemem, a 14% korzysta wyłącznie z usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Brak dostępu lub niezadowolenie z jakości świadczonych usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego sprawia, że pacjenci/obywatele korzystają coraz częściej z usług świadczonych w ramach prywatnego systemu opieki zdrowotnej⁶⁴. Osoby, które decydują się na taki krok, zmuszone są do ponoszenia dodatkowych kosztów za świadczenia zdrowotne. Potwierdzają to również wyniki badań własnych, z których wynika, że co trzeci z badanych w okresie ostatnich 12 miesięcy na prywatne wizyty i badania wydał powyżej 1000,00 zł, a co czwarty między 501,00-1000,00 zł. Warto zaznaczyć, iż wydatki na prywatne świadczenia medyczne w badanej grupie kształtowały się średnio na poziomie 1551,61 zł, a najczęściej wskazywaną wartością był 1000,00 zł (patrz wykres 9).

Wykres 9. W okresie ostatnich 12 miesięcy wydałem(am) na prywatne świadczenia zdrowotne (wizyty i badania) około ..., n=1385 [opracowanie własne]

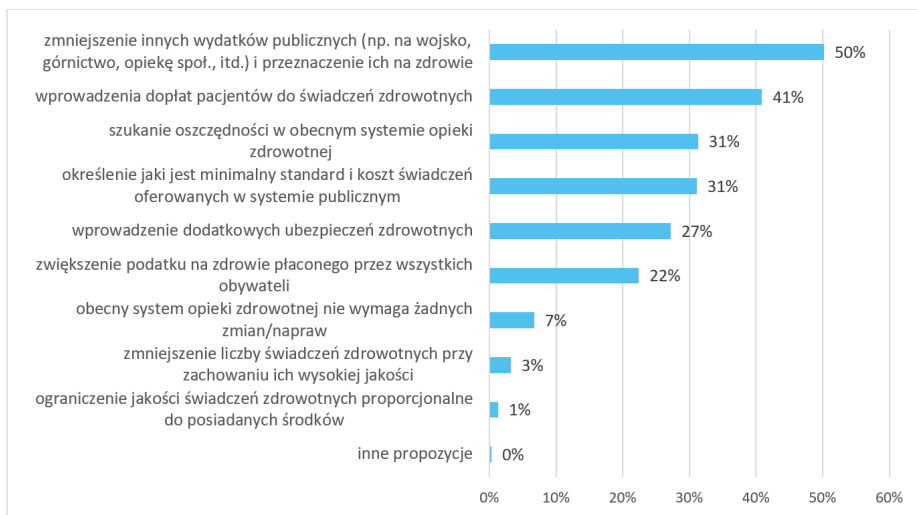


Obecny sposób organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej nie jest w stanie w ramach przeznaczonych na zdrowie środków zapewnić dobrej jakości świadczeń

64 Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r., GUS, Warszawa 2014.

wszystkim potrzebującym. Wiąże się to z brakiem równowagi między środkami przeznaczanymi na zdrowie a oczekiwaniami dobrej jakości opieki zdrowotnej. W ankiecie on-line zostało zawarte pytanie o to, w jaki sposób można rozwiązać omawiany problem. Odpowiedzi badanych przedstawiono na wykresie 10. poniżej.

Wykres 10. Sposoby rozwiązania problemu braku równowagi między środkami przeznaczanymi na zdrowie a oczekiwaniami dobrej jakości opieki zdrowotnej, n=1386 [opracowanie własne]

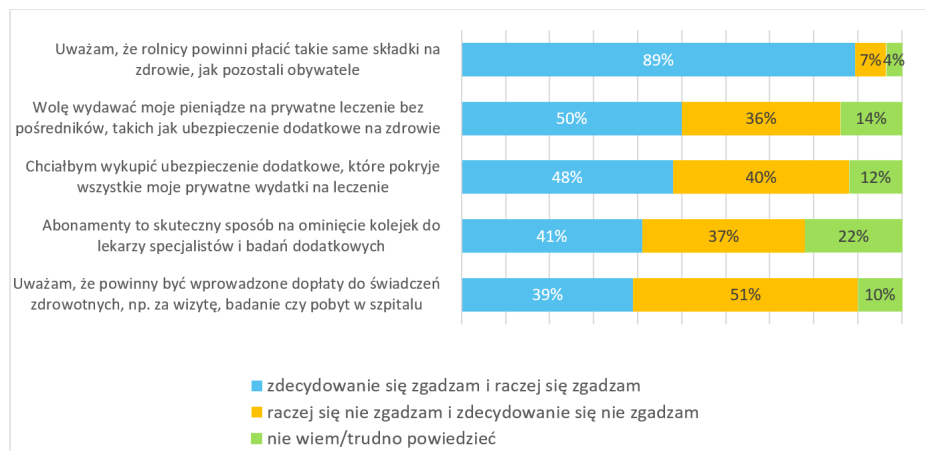


Analizując powyższy wykres można zauważyć, że zdaniem połowy badanych należy zmniejszyć wydatki publiczne przeznaczane na inne sektory i przeznaczyć je na zdrowie. Innym, nieco rzadziej wskazywanym przez respondentów, rozwiązaniem jest wprowadzenie dopłat do świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez pacjentów (41%). Liczną grupę osób stanowią również zwolennicy szukania oszczędności w obecnym systemie opieki zdrowotnej (31%) oraz zwolennicy określenia minimalnych standardów i kosztów świadczeń oferowanych w systemie publicznym (31%). Zwolennicy wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych stanowią zaledwie 27% a zwolennicy zwiększenia podatku na zdrowie zaledwie 22% respondentów.

W celu poznania opinii badanych na temat sposobów poprawy sytuacji w opiece zdrowotnej zostało im zadane jeszcze jedno pytanie. Dotyczyło ono tego, w jakim stopniu

badani zgadzają się z przedstawionymi im sposobami rozwiązania problemu (patrz wykres 11. poniżej).

Wykres 11. W jaki sposób zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami j, n=1386 [opracowanie własne]



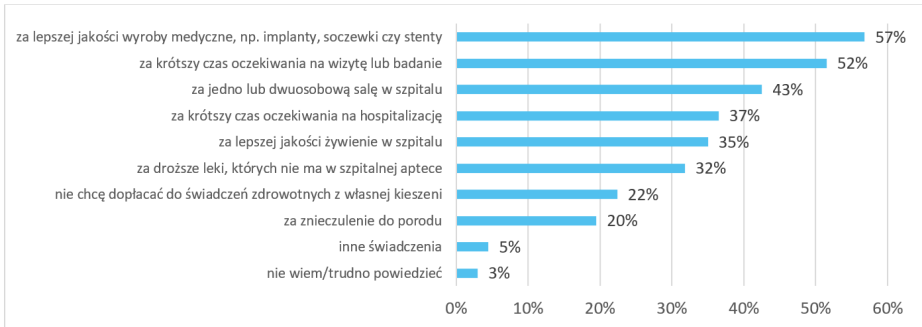
Z odpowiedzi uzyskanych od respondentów wynika, że są oni zwolennikami braku różnicowania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne w różnych grupach zawodowych. 89% badanych zgadza się bowiem ze stwierdzeniem, że rolnicy powinni płacić takie same składki na zdrowie jak pozostali obywatele. Połowa ankietowanych preferuje wydawać swoje pieniądze na prywatne leczenie bez jakichkolwiek pośredników, takich jak dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

W celu poznania skłonności badanych do wnoszenia dodatkowych opłat w systemie opieki zdrowotnej zapytano ich za jakie usługi byliby skłonni dopłacić z własnej kieszeni (patrz wykres 12. na następnej stronie). Więcej niż połowa badanych jest skłonna dopłacić za lepszej jakości wyroby medyczne (np. soczewki) oraz za krótszy czas oczekiwania na wizytę lub badanie. 22% badanych w ogóle nie chce dopłacać do świadczeń zdrowotnych z własnej kieszeni.

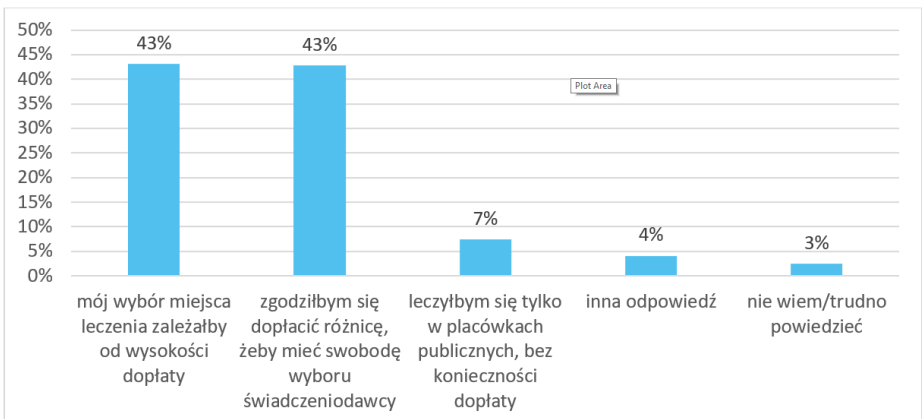
Istotna jest wiedza dotycząca tego czy ankietowani akceptowaliby dopłacanie, gdyby rzeczywista cena świadczenia była wyższa niż finansowanie przez NFZ tego

świadczenia. W tym celu zadano im pytanie na temat możliwości dopłacenia przez nich świadczeniodawcom różnicy kosztów związanej z tym, że koszty leczenia u tych świadczeniodawców są wyższe od opłacanych przez NFZ (patrz wykres 13. poniżej).

Wykres 12. Za jakie usługi zdrowotne był(a)byś skłonny dopłacić z prywatnej kieszeni, n=1386 [opracowanie własne]



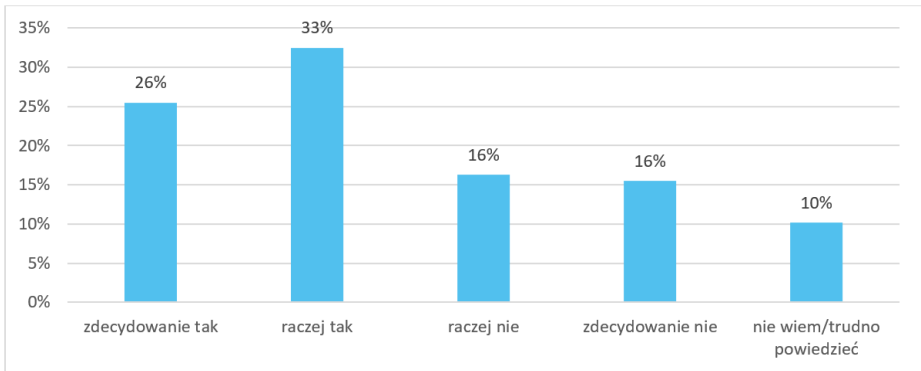
Wykres 13. Załóżmy, że NFZ opublikuje swój cennik świadczeń zdrowotnych w publicznym systemie opieki zdrowotnej i będzie płacił za świadczenia dowolnie wybranym przez pacjentów świadczeniodawcom (publicznym lub prywatnym) zgodnie z tym cennikiem. W placówkach publicznych obowiązują ceny ustalone przez nfz. Jeśli koszty świadczenia u wybranego przez pacjenta świadczeniodawcy są wyższe, jaka jest twoja opinia na temat możliwości dopłacenia przez ciebie różnicy tych kosztów?, N=1386 [opracowanie własne]



Na podstawie analizy odpowiedzi uzyskanych od respondentów można zauważyć, że nie akceptują oni bezwzględnie dopłacania, w sytuacji gdyby rzeczywista cena świadczenia była wyższa niż finansowanie przez NFZ tego świadczenia. 43% badanych odpowiedziało bowiem, że ich wybór miejsca zależy od wysokości dopłaty. Z drugiej strony taki sam procent ankietowanych udzielił odpowiedzi, że zgodziłby się dopłacić świadczeniodawcy różnicę w kosztach po to aby mieć swobodę wyboru świadczeniodawcy. Jedynie 7% ankietowanych odpowiedziało, że leczyliby się tylko w tych placówkach, gdzie nie musieliby wносить dopłaty.

W badanej próbie ponad 1380 osób obserwujemy stosunkowo dużą grupę osób deklarujących zgodę na ponoszenie drobnych opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne – stanowią oni 59% wszystkich respondentów (patrz wykres 14.).

Wykres 14. Gdyby w Polsce wprowadzono drobne opłaty ryczałtowe za świadczenia zdrowotne, czyli stałe opłaty określonej wysokości za wizyty, badania lub pobyt w szpitalu, czy zgodzi(a)byś się na ponoszenie takich opłat?, N=1386 [opracowanie własne]



Gdyby w Polsce wprowadzono drobne opłaty ryczałtowe za świadczenia zdrowotne, czyli stałe opłaty określonej wysokości za wizyty, badania lub pobyt w szpitalu 59% respondentów zgodziłaby się je ponosić, a 32% nie wyraża na nie zgody (patrz tabela 1. na następnej stronie).

Tabela 1. W przypadku wprowadzenia opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne, ile był(a) byś skłonny/a płacić za ...?, N=804 [opracowanie własne]

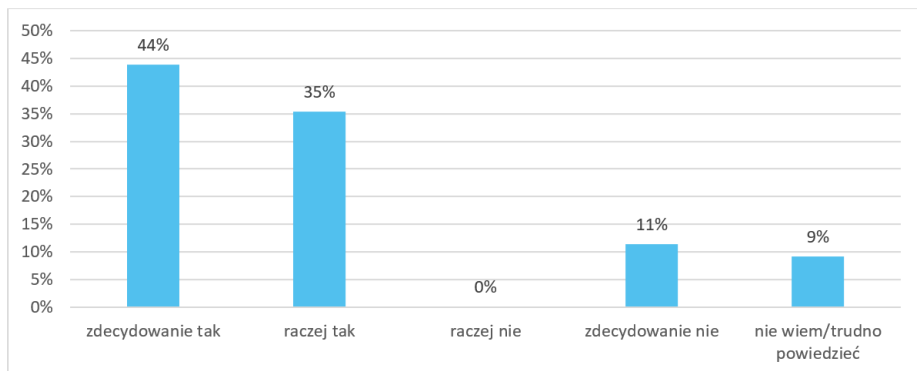
| | wizytę u lekarza rodzinnego | wizytę u lekarza specjalisty | dzień pobytu w szpitalu | badania diagnostyczne |
|------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 0 zł | 4% | 0% | 5% | 5% |
| 1-50 zł | 93% | 84% | 79% | 80% |
| 51-100 zł | 2% | 12% | 10% | 10% |
| 101-150 zł | 0% | 2% | 1% | 2% |
| 151-200 zł | 0% | 0% | 2% | 2% |
| >200 zł | 0% | 0% | 2% | 2% |
| średnia | 18,46 | 42,33 | 40,09 | 41,94 |
| dominanta | 10,00 | 50,00 | 10,00 | 10,00 |

Na poziomie deklaracyjnym respondenci gotowi są dopłacać niewielkie sumy, nieprzekraczające 50 PLN do wizyt u lekarza specjalisty czy 10 PLN do wizyt lekarza rodzinnego, jak również za dzień pobytu w szpitalu czy badania diagnostyczne.

Respondenci popierają określenie maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenie, po upływie którego pacjentowi przysługiwałoby prawo do skorzystania z usługi poza sektorem publicznym. Uznają je za rozwiązanie, które może wpłynąć na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia skracając kolejki do lekarzy. W niektórych krajach określono maksymalny czas oczekiwania na wizytę, badanie lub leczenie, po przekroczeniu którego pacjent może się udać do dowolnie wybranego publicznego lub prywatnego świadczeniodawcy, a publiczny płatnik musi temu świadczeniodawcy zapłacić za leczenie pacjenta zgodnie z ustalonym, publicznie dostępnym cennikiem. Za wprowadzeniem podobnego rozwiązania w Polsce opowiedziało się 79% badanych (patrz wykres 15. na następnym stronie).

94% respondentów uznało, że w przypadku wprowadzenia takiego rozwiązania, ogólnodostępny ranking placówek ochrony zdrowia, zawierający informacje o skuteczności, jakości i bezpieczeństwie leczenia w każdej z placówek (zarówno publicznej, jak i prywatnej) byłby pomocny pacjentom w wyborze miejsca leczenia.

Wykres 15. Czy uważasz, że powinien zostać określony maksymalny czas oczekiwania na wizytę, badanie lub leczenie, po przekroczeniu którego pacjent może się udać do dowolnie wybranego publicznego lub prywatnego świadczeniodawcy, a publiczny płatnik musi temu świadczeniodawcy zapłacić za leczenie pacjenta zgodnie z ustalonym, publicznie dostępnym cennikiem (jeśli koszt świadczenia jest wyższy niż wycena płatnika, różnicę dopłaca pacjent)?, N=1386 [opracowanie własne]

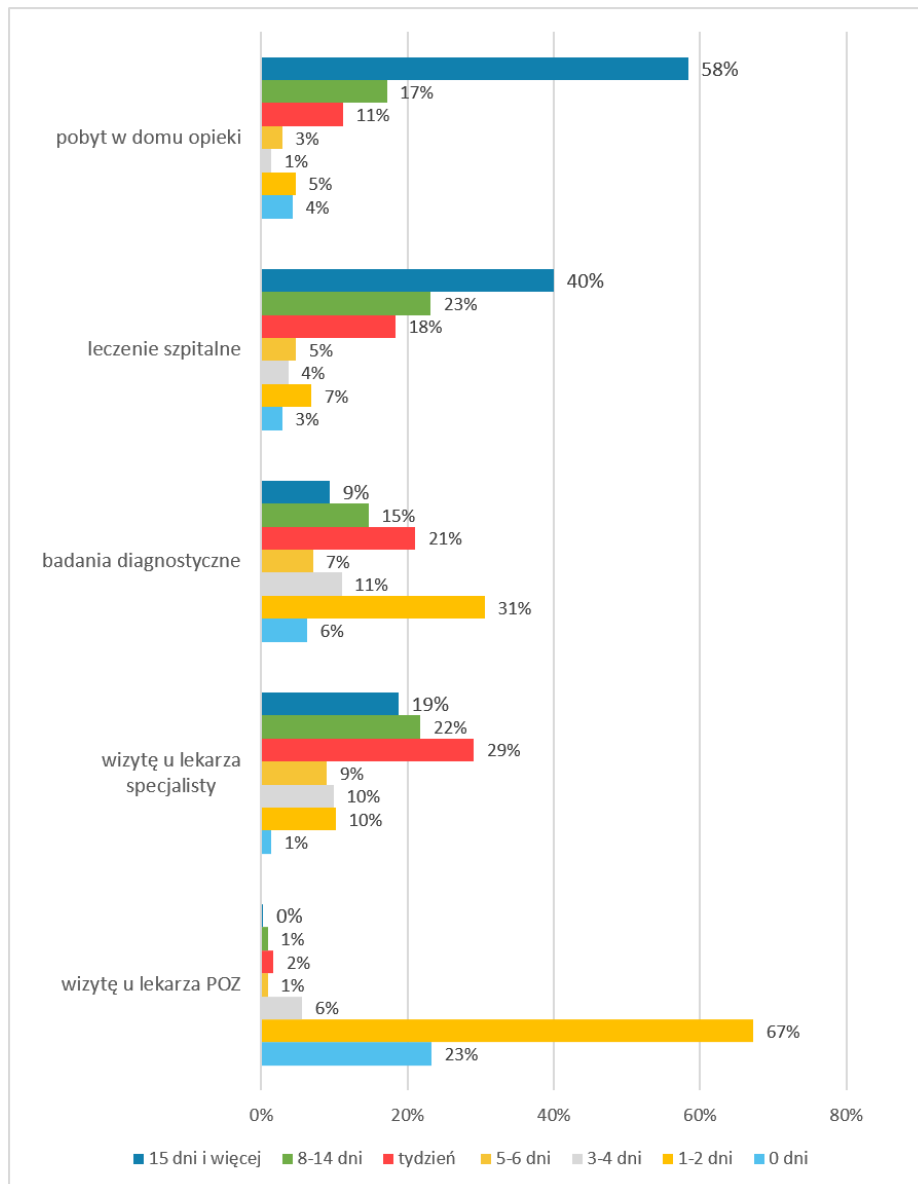


Większość respondentów wskazało, że czas oczekiwania na wizytę u lekarza POZ powinien przekroczyć dwóch dni (uważa tak 90% respondentów; średni spodziewany czas oczekiwania wynosi 1,31 dnia), wizytę u lekarza specjalisty nie powinien przekroczyć tygodnia (70% respondentów; średni spodziewany czas oczekiwania 12,54 dnia), badania diagnostyczne nie powinien przekroczyć 2 dni (31%; średni spodziewany czas oczekiwania 7,54). Badani dopuszczają możliwość oczekiwania powyżej 14 dni na planowe leczenie szpitalne oraz pobyt w domu opieki (odpowiednio 40% i 58%; średni spodziewany czas oczekiwania odpowiednio 22,53 i 33,13 dnia) – patrz tabela 2. i wykres 16.

Tabela 2. Jak długo Twoim zdaniem pacjent powinien najdłużej czekać na ...?, N=1386 [Opracowanie własne]

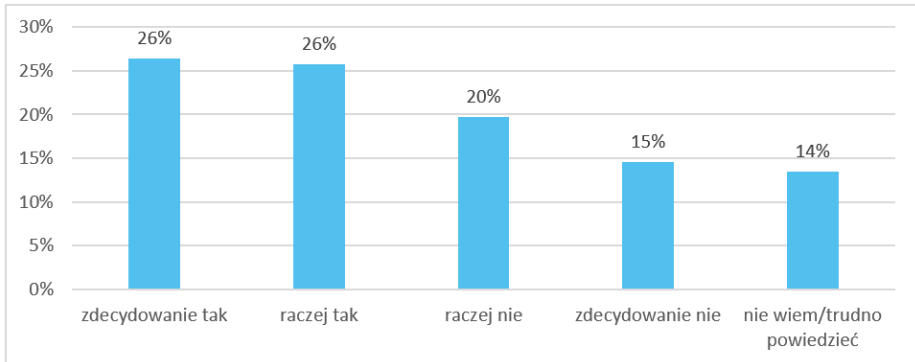
| DNI | wizytę u lekarza POZ | wizytę u lekarza specjalisty | na badania diagnostyczne | na leczenie szpitalne | na pobyt w domu opieki |
|-----------|----------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| Średnia | 1,31 | 12,54 | 7,54 | 22,53 | 33,13 |
| Dominanta | 1 | 7 | 1 | 30 | 30 |

Wykres 16. Jak długo twoim zdaniem pacjent powinien najdłużej czekać na ...?, N=1386 [opracowanie własne]



Ostatnie pytanie jakie zadano respondentom miało na celu poznanie ich opinii na temat rocznego limitu prywatnych wydatków na leki na receptę (patrz wykres 17. poniżej).

Wykres 17. Czy uważasz, że w Polsce powinien zostać wprowadzony roczny limit prywatnych wydatków na leki na receptę, po przekroczeniu którego leki są wydawane w danym roku pacjentowi w aptece bezpłatnie?, N=1386 [opracowanie własne]



Co drugi z respondentów zgadza się z tym, że w Polsce powinien zostać wprowadzony roczny limit prywatnych wydatków na leki na receptę, po przekroczeniu którego leki są wydawane w danym roku pacjentowi w aptece bezpłatnie. Według badanych limit ten powinien wynosić przeciętnie 1977,13 zł. Pytanie zostało sformułowane nieprecyzyjnie, ponieważ „na receptę” wydawane są zarówno leki refundowane jak i nier refundowane. W przypadku leków nier refundowanych nie ma możliwości wprowadzenia górnego limitu wydatków. Pytanie dotyczyło wyłącznie leków refundowanych.

5.4. Analiza wyników i dyskusja badania

Zdaniem 41% badanych brak równowagi pomiędzy środkami przeznaczonymi na zdrowie a oczekiwaniami dobrej jakości opieki zdrowotnej można rozwiązać poprzez wprowadzenie dopłat do świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez pacjentów.

Trzeba podkreślić, że niemal 60% respondentów deklaruje zgodę na ponoszenie drobnych opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne. Analizując usługi, za jakie respondenci

byliby skłonni dopłacić z własnej kieszeni warto zauważyć, że ponad połowa badanych jest skłonna dopłacić za lepszej jakości wyroby medyczne (np. soczewki) oraz za krótszy czas oczekiwania na wizytę lub badanie (odpowiednio 57% i 52%). Natomiast 22% badanych jest przeciwnych jakimkolwiek dopłatom do świadczeń zdrowotnych z własnej kieszeni.

Należy zauważyć, że ankietowani nie akceptują bezwzględnie dopłacania różnicy kosztów, w sytuacji gdyby rzeczywista cena świadczenia była wyższa niż finansowanie przez NFZ tego świadczenia. 43% badanych odpowiedziało bowiem, że ich wybór miejsca, w którym będą mieli udzielane świadczenie zależy od wysokości dopłaty. Ponadto jedynie 39% badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że w Polsce powinny być wprowadzone dopłaty do świadczeń zdrowotnych, np. za wizytę, badanie lub pobyt w szpitalu.

Dokonując analizy wyników trzeba zwrócić uwagę na ograniczenia analizy. Należy podkreślić, że niniejsza praca badawcza jest pracą deskryptywną. W pracy nie przeprowadzono badania związków i zależności przyczynowych pomiędzy określonymi zjawiskami.

W związku z powyższym generalizowanie dyskusji jest ograniczone.

Analizując wyniki badania ankietowego w Polsce warto je porównać z wynikami badań przeprowadzonych w innych krajach. Przykładem mogą być badania przeprowadzone w Danii w celu oceny możliwości wprowadzenia dopłat do usług świadczonych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

W Danii 80 proc. świadczeń zdrowotnych finansowanych jest ze środków publicznych. Dla pacjentów całkowicie bezpłatne jest leczenie szpitalne, POZ i ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W kraju tym, podobnie jak w większości innych krajów, problemem jest starzejące się społeczeństwo a przewidywana długość życia wynosi ponad 81 lat. Ponadto wzrasta liczba osób z przynajmniej jedną chorobą przewlekłą. W rezultacie na wizyty do lekarzy rodzinnych przychodzą pacjenci z coraz bardziej złożonymi chorobami, których leczenie wymaga większych nakładów finansowych. Roczne wydatki ponoszone w ramach

podstawowej opieki zdrowotnej wynoszą w Danii ponad 2,2 mld zł⁶⁵. Wydatki te wzrosły w latach 2007-2013 o 15%. W związku z tym władze Danii zaczęły rozważać możliwość wprowadzenia dopłat w podstawowej opiece zdrowotnej. W 2011 r. przeprowadzono badanie ankietowe wśród ogółu ludności Danii (1200 osób powyżej 15. roku życia) a w 2013 r. przeprowadzono badanie wśród lekarzy rodzinnych w Danii (458 lekarzy). Badanie zostało przeprowadzone przez instytucję CASA, zajmującą się analizą problemów społecznych i tworzeniem raportów dotyczących aspektów społecznych. Wyniki badania wykazały, że Duńczycy są przeciwni wprowadzeniu dopłat do świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. 73% badanych odpowiedziało, że w związku z opodatkowaniem ich dochodu dla celów opieki zdrowotnej mają oni prawo do pełnego dostępu do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Z kolei według 14% badanych, kwoty wprowadzonych dopłat powinny być ustalane w zależności od wysokości osiąganego dochodu⁶⁶. 78% lekarzy rodzinnych jest całkowicie przeciwnych wnoszeniu przez pacjentów dopłat. Zdaniem 60% badanych lekarzy wprowadzenie partycypacji finansowej pacjentów w kosztach leczenia spowoduje spadek udzielanych konsultacji lekarskich, zarówno tych niezbędnych, jak i tych niepotrzebnych. To z kolei spowoduje pogorszenie stanu zdrowia wśród uboższej części społeczeństwa⁶⁷.

Porównując wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w Danii z badaniem sondażowym on-line przeprowadzonym w Polsce należy zauważyć, że w przypadku wprowadzenia dopłat do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej pacjenci są skłonni dopłacać do konsultacji u lekarza rodzinnego najmniejszą kwotą, tj. nieprzekraczającą 10 zł. Ponadto zgodnie z wynikami pogłębionych wywiadów indywidualnych, pacjenci w Polsce dopłacają najczęściej do wizyt u lekarzy specjalistów i badań. Można więc stwierdzić, że wyniki badań przeprowadzonych w Polsce są zbieżne z wynikami badań przeprowadzonymi w Danii. Duńczycy są bowiem przeciwni wprowadzeniu dopłat do konsultacji u lekarza rodzinnego.

65 Hansen C., Andriotti D., *Co-payments for general practitioners in Denmark: an analysis using two policy models*, BMC Health Services Research, vol. 17, no. 9/2017.

66 Ibidem.

67 Ibidem.

6. Indywidualne wywiady pogłębione – wyniki

6.1. Metodologia badania

Równoległe do konsultacji społecznych przeprowadzono serię pogłębionych wywiadów indywidualnych z przedstawicielami organizacji pacjentów, pacjentami, pielęgniarkami, dotyczących postrzegania problemu. Były to wywiady telefoniczne. W wywiadach tych wzięło udział 40 osób (w tym 3 pielęgniarki), z czego 5 osób udzieliło odpowiedzi on-line (były to osoby niedosłyszące). Realizatorem wywiadów pogłębionych była Naczelna Izba Lekarska. Celem przeprowadzonych wywiadów było uzyskanie opinii na temat współpłacenia. W pracy zastosowano deskryptywną metodę analizy wyników wywiadów, bez badania związków i zależności przyczynowych między określonymi zjawiskami (bez badania korelacji).

6.2. Wyniki badania

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że współpłacenie jest jednym z rozwiązań, które mogłoby poprawić funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

Większość badanych już dopłacała do badań i leczenia, które było finansowane przez NFZ, przy czym wypowiedzi wskazują, że część osób traktuje płacenie za usługi niefinansowane przez NFZ z własnych środków też jako współpłacenie. Zdecydowanie najczęściej dopłaty dotyczyły wizyt u lekarzy specjalistów i badań. Badani widzą pozytywne skutki wprowadzenia dopłat, ale tylko w sytuacji, gdyby wiązało się to ze skróceniem kolejek. Jako negatywny skutek wymieniane są głównie konsekwencje społeczne i trudności finansowe osób mających małe dochody. Badani twierdzą, że na dopłaty nie byłoby stać osób starszych, emerytów, rencistów. Zdaniem respondentów dopłaty mogłyby dotyczyć usług, które w standardzie oferuje NFZ, ale wtedy, gdyby spowodowało to szybsze udzielenie świadczeń. Natomiast nie widzą nic negatywnego w dopłatach do usług oferowanych ponad standard, które w ich opinii w chwili obecnej są powszechnie stosowane (znieczulenie do porodu, dodatkowa opieka pielęgniarska). Uważają też, że

dopłaty powinny bezpośrednio wpływać do placówek medycznych wykonujących usługi medyczne, a nie do NFZ. Ponadto, respondenci twierdzą, że dopłaty mogą być sposobem na szybsze uzyskanie danego świadczenia, a także mogą przyczynić się do ograniczenia korzystania z usług zdrowotnych, nienadużywania świadczeń, jeśli nie istnieje konieczność ich uzyskania. Sądzą, że współpłacenie może przyczynić się do poprawy zdrowia Polaków, między innymi poprzez skrócenie kolejek, co byłoby ze znaczną korzyścią dla pacjenta. Respondenci uważają, że dopłaty powinny być niewygórowane, dobrze skalkulowane i najlepiej, gdyby dopłatę stanowiła określona kwota. Zdecydowanie twierdzą, że trudności w dostępie do świadczeń finansowanych przez NFZ należy zmniejszyć poprzez możliwość uzyskania świadczenia w dowolnej placówce, także prywatnej lub za granicą i następnie uzyskania zwrotu kosztów od NFZ. Podkreślają przy tym znaczenie możliwości wyboru przez pacjenta.

7. Analiza dyskusji na warsztatach dialogu społecznego

W ramach projektu Razem dla Zdrowia, przeprowadzono w ramach warsztatów dialogu społecznego debatę dotyczącą współpłacenia. W dyskusji brali udział przedstawiciele organizacji pacjentów, pacjentów niezrzeszonych, izb zawodów medycznych, świadczeniodawców oraz eksperci. Debata dostarczyła wiedzy dotyczącej potrzeb i oczekiwań pacjentów, które umożliwiły sformułowanie ankiety online oraz końcowych rekomendacji dla decydentów, dotyczących wprowadzenia współpłacenia w systemie ochrony zdrowia. Wyniki przeprowadzonych konsultacji wskazują na kilka istotnych zjawisk. Pierwszym jest niechęć pacjentów do zwiększania składki zdrowotnej (Raport „Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów”, marzec 2018.). Pomimo wysokiej skali współpłacenia za świadczenia i leki (30%) pacjenci preferują tę drogę niż wzrost składki zdrowotnej czy dodatkowe ubezpieczenia. Z przeprowadzonych dyskusji wynika, że pacjenci bardzo źle oceniają czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Z tego względu w procesie wprowadzania współpłacenia oczekują limitu czasu oczekiwania na świadczenia jako gwarancji publicznego płatnika. Po przekroczeniu limitu czasu oczekiwania świadczeniodawcę wybieraliby pacjenci i pokrywali różnicę kosztów. Z przeprowadzonego badania wynika też, że pacjenci są zwolennikami niewielkich dopłat do świadczeń ambulatoryjnych i do pobytu w szpitalu (tzw. opłaty hotelowe). Oczekują też możliwości wprowadzenia rocznej stawki odpłatności za leki, po przekroczeniu której leki będą im wydawane w aptece nieodpłatnie.

8. Wnioski i rekomendacje

Analizując wyniki przeprowadzonych badań trzeba podkreślić, że Polacy podchodzą do współpłacenia z rezerwą. Ponad 51% ankietowanych nie zgadza się ze stwierdzeniem, że w Polsce powinny być wprowadzone dopłaty do świadczeń zdrowotnych, np. za wizytę, badanie lub pobyt w szpitalu. Współpłacenie za świadczenia zdrowotne jest jednak w Polsce faktem. Zaledwie 14% respondentów korzysta wyłącznie ze świadczeń dostępnych w sektorze publicznym. Współpłacenie jako mechanizm finansowania opieki zdrowotnej darzymy wyższym zaufaniem niż dodatkowe ubezpieczenie czy wzrost obowiązkowej składki zdrowotnej. Uważamy, że współpłacenie skraca łańcuch pośredników i bezpośrednio wpływa na jakość opieki zdrowotnej a także buduje pozycję pacjenta w systemie opieki zdrowotnej.

NFZ przeznaczają na leczenie ok. 70 mld zł⁶⁸, a z prywatnych kieszeni (na leki, badania, wizyty) wydajemy ponad 26,5 mld zł⁶⁹. Główną przyczyną bezpośrednich dopłat pacjentów do usług zdrowotnych jest długi czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne. Z tego względu pacjenci korzystają z tych świadczeń w ramach prywatnej opieki zdrowotnej. Polska jest jednym z krajów UE, w którym obywatele wydają na leczenie z własnej kieszeni najwięcej w UE⁷⁰.

Wprowadzenie współpłacenia za świadczenia medyczne nie jest łatwym zadaniem. Aby było ono skuteczne trzeba podjąć wiele decyzji, które na siebie wpływają. Współpłacenie powinno być zaprojektowane w następujący sposób:

1. Wprowadzając współpłacenie, warto korzystać z doświadczeń innych krajów (w tym z naszych pozytywnych doświadczeń w latach 30. XX wieku). Trzeba mieć również na uwadze przypadki nieudanych reform tego typu na Węgrzech i na Słowacji.

68 Dane na podstawie analizy: „Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 rok, NFZ, Warszawa 2017”.

69 Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., GUS, Warszawa 2017, s. 158.

70 Dane OECD.

2. Możliwa jest umowa społeczna polegająca na pozyskaniu współpłacenia w zamian za deklarację płatnika publicznego dotyczącą określenia maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenie. Po przekroczeniu tego czasu pacjent mógłby udać się do dowolnie wybranego świadczeniodawcy a płatnik publiczny powinien mu zapłacić zgodnie z ustalonym, publicznie dostępnym cennikiem; pacjent pokryłby z własnej kieszeni pozostałą część kosztów świadczenia.
3. Można rozważać wprowadzenie systemu rocznego limitu prywatnych wydatków na leki na receptę, po przekroczeniu którego leki byłyby wydawane w danym roku pacjentowi w aptece bezpłatnie⁷¹.
4. Należy w mechanizmie badań społecznych określić granicę toksyczności współpłacenia dla różnych poziomów świadczeń tzn. poznać wartość współpłacenia, która będzie powodowała unikanie szukania pomocy dostępnej odpłatnie i kierowanie się pacjentów do nieodpłatnych świadczeń udzielanych np. na SOR. Ten mechanizm generuje większe koszty dla systemu opieki zdrowotnej, który zajmuje się leczeniem bardziej zaawansowanych i powikłanych przypadków.
5. Należy rozważyć wprowadzenie rozwiązań z obszaru ekonomii behawioralnej pod postacią niższych dopłat dla osób prowadzących zdrowy tryb życia i biorących udział w badaniach profilaktycznych.
6. Należy wprowadzić system osłon i wsparcia dla szczególnych grup społecznych tj. osoby starsze, niepełnosprawne, dzieci oraz pacjenci z chorobami nowotworowymi i przewlekłymi⁷².

71 Takie rozwiązanie wprowadzono w Szwecji.

72 Takie rozwiązania wprowadzono m.in. we Francji i w Niemczech.

9. Recenzje

9.1. Dr Jacek Tomkiewicz -

Akademia Leona Koźmińskiego

Recenzja opracowania pt. **„Współplacenie pacjentów na świadczenia medyczne”** autorstwa Joanny Leśniowskiej i Ewy Borek pod nadzorem prof. ALK dr hab. Katarzyny Kolasy

Uwagi wstępne

Poniższe uwagi zostały sformułowane z uwzględnieniem mojej specjalności zawodowej, tj. ekonomii. Jestem przekonany, że lekarz czy prawnik zwróciłby uwagę na inne aspekty poruszane w omawianym opracowaniu.

Problem finansowania ochrony zdrowia jest przedmiotem szerokiej dyskusji wśród społeczeństwa i w ramach debaty politycznej. Ochrona zdrowia zawsze budzi uzasadnione emocje, bo dotyczy podstawowego aspektu naszego życia. Formułowane uwagi często są oparte o własne doświadczenie lub zasłyszane opinie (jedne i drugie zwykle negatywne), a nie o obiektywne dane i informacje. Powoduje to, że obraz stanu systemu ochrony zdrowia wyłaniający się z publicznej dyskusji jest bardzo negatywny i w obiegu funkcjonuje sporo pomysłów tzw. cudownych rozwiązań (np. sprywatyzować szpitale, oddać ludziom ich składki itd.), które nie wynikają z rzetelnej wiedzy i znajomości podstawowych danych. Z tego punktu widzenia, wskazane wyżej opracowanie należy powitać z dużym uznaniem, bo zawiera ono sporo danych i informacji z rzetelnych źródeł, co powinno podnieść poziom debaty o systemie ochrony zdrowia poprzez formułowanie twierdzeń opartych na danych, a nie wyobrażeniach, zasłyszanych opiniach czy wycinkowych doświadczeniach pojedynczych pacjentów.

Oплата za świadczenia zdrowotne dla ekonomisty

Autorki słusznie wskazują, że problem braku bezpośredniej odpłatności za świadczenia medyczne jest podstawową kwestią, jaką bierze pod uwagę ekonomista analizujący system ochrony zdrowia. Obok wspomianej przez autorki pokusy nadużycia⁷³ nie można zapominać o elementarnym modelu równowagi rynkowej. Jeśli dla klienta (pacjenta) cena usługi wynosi zero i jednocześnie koszt jej wytworzenia jest wyższy od zera, siłą rzeczy na rynku występuje niedobór, czyli przewaga wielkości popytu na wielkością podaży, co w przypadku usług zdrowotnych oznacza po prostu kolejki do lekarza. Konieczność współpłacenia powoduje, że znajdujemy się na innym miejscu krzywej popytu, a tym samym skala nierównowagi rynkowej (długość kolejki) się zmniejsza. Oczywiście w tym miejscu należy zadać sobie pytanie na ile zmniejszenie wielkości popytu będące skutkiem konieczności współpłacenia jest spowodowane działaniem mechanizmu pokusy nadużycia (dbam o swoje zdrowie, bo wiem, że będę musiał zapłacić za wizytę u lekarza), a na ile mniejsza wielkość popytu wynika z tego, że część osób rezygnuje z wizyty u lekarza na skutek niemożności poniesienia opłaty. Z tego punktu widzenia, pewną słabością opracowania jest brak analizy tzw. efektów zewnętrznych wynikających z dostępu (lub raczej jego braku) do świadczeń medycznych. Autorki wspominają o nadużywaniu w korzystaniu ze szpitalnych oddziałów ratunkowych, co w sumie podnosi koszty całego systemu, wobec niemożności (na skutek odpłatności) skorzystania z tzw. lekarza pierwszego kontaktu. Warto jednak wziąć także pod uwagę takie kwestie jak niebezpieczeństwo rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych czy negatywne skutki dla gospodarki wynikające z gorszego stanu zdrowia części społeczeństwa. Tego typu problematyka jest często prezentowana m.in. w przypadku analizy systemu ochrony zdrowia w USA, gdzie utrudniona dostępność znacznej części społeczeństwa do usług medycznych jest podstawowym problemem społecznym i ekonomicznym.

73 W raporcie stosuje się zwrot „hazard moralny”, co jest niezbyt szczęśliwym tłumaczeniem angielskiego moral hazard. W polskiej literaturze ekonomicznej określenie „pokusa nadużycia” jest wystarczająco mocno ugruntowane, żeby je stosować w naukowych opracowaniach.

Wartość dodana opracowania dla debaty o systemie ochrony zdrowia

Najcenniejszym wkładem w/w raportu jest przytoczenie całego szeregu obiektywnych danych o ekonomicznych aspektach funkcjonowania ochrony zdrowia w różnych krajach, co powinno znakomicie podnieść jakość debaty publicznej. Równie cenna jest analiza różnych wariantów, które mogą być stosowane jako forma współpłacenia za świadczenia medyczne. Ta analiza jest tym bardziej przydatna, że nie ogranicza się tylko do rozważań teoretycznych, ale przedstawia rozwiązania, które stosowane są w różnych krajach świata. W ewentualnych dalszych badaniach na pewno warto sprawdzić, jakie są skutki dla rynku usług medycznych i stanu zdrowia mieszkańców, funkcjonowania poszczególnych rozwiązań w zakresie współpłacenia za świadczenia medyczne.

Podstawowym celem opracowania było poznanie opinii pacjentów o propozycji współpłacenia za świadczenia medyczne. Spojrzenie na problem od strony pacjenta ma oczywiście swoje uzasadnienie, bo to oni są „klientami” instytucji ochrony zdrowia oraz podatnikami i wyborcami, czyli tymi, którzy powinni mieć decydujący wpływ na kształt systemu.

Pytania ankietowe były podporządkowane raczej znalezieniu odpowiedzi na to czego oczekują pacjenci za dodatkowe opłaty niż ocenie na ile wprowadzenie opłat może wpłynąć na racjonalizację wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dane z Wykresu nr 14. i Tabeli 1. wskazują, że większość pacjentów jest gotowa ponosić drobne dodatkowe opłaty za świadczenia, ale z punktu widzenia celu opracowania dużo ważniejszą informacją byłoby określenie okoliczności, które sprawiają, że pacjent zrezygnuje ze świadczenia. Chodzi mi tutaj o pytanie np.: przy jakiej kwocie odpłatności zrezygnowałbyś ze świadczenia? Szkoda również, że nie pytano wprost o opinie pacjentów nt. różnych rodzajów systemu współpłacenia, które to systemy zostały opisane w punkcie 1.1. opracowania.

Generalnie wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że Polacy raczej są skłonni ponosić dodatkowe opłaty za świadczenia, ale oczekują za to ponadstandardowych usług. Przeprowadzone badanie daje na pewno bardzo cenny zbiór informacji, które można traktować jako punkt wyjścia do dyskusji o ewentualnym współpłaceniu. Wyniki te jednak

należy traktować z dużą rezerwą, na pewno nie można jednoznacznie stwierdzać na ich podstawie o generalnej opinii Polaków o przedmiocie badania. Warto bowiem pamiętać, że:

- grupa badawcza była stosunkowo niewielka,
- na pewno grupa nie jest reprezentatywna, np. wyraźnie dominują w grupie kobiety i osoby z wyższym wykształceniem, trudno również zakładać, że 22% obywateli korzystających z systemu ochrony zdrowia to lekarze,
- nie wiemy nic, oprócz tego ile wydają na leczenie, o sytuacji ekonomicznej respondentów, a takie dane są przecież kluczowe dla kwestii współpłacenia za świadczenia zdrowotne.

Z wymienionych wyżej powodów nie uważam także za wskazane poszukiwania zależności ilościowych (korelacje, elastyczności itd.) w zebranych danych i wyciąganiu uogólnionych wniosków. Tego typu badania ilościowe wymagają starannego doboru grupy badawczej i powinny się raczej opierać na szeregu czasowym, a nie jednorazowym badaniu.

Podsumowując, w/w opracowanie jest niewątpliwie bardzo cenną pozycją w dyskusji o kształcie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jego podstawowym walorem są przytoczone dane statystyczne oraz przegląd rozwiązań stosowanych w różnych krajach. Przeprowadzone badanie daje ciekawy obraz opinii pacjentów nt. ewentualnego współpłacenia na świadczenia zdrowotne i z pewnością wyznacza właściwy kierunek dla prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

9.2. Prof. Romuald Krajewski

Naczelna Rada Lekarska

Ocena raportu projektu RAZEM DLA ZDROWIA pt. „Współpłacenie pacjentów za świadczenia medyczne”

Raport dotyczy często dyskutowanego zagadnienia współpłacenia za usługi medyczne, które jest uważane za istotny sposób racjonalizacji finansowania i funkcjonowania tych usług. Dyskusje te powinny uwzględniać powszechnie znany, choć niechętnie i raczej negatywnie przedstawiany fakt funkcjonowania współpłacenia w obecnym systemie ochrony zdrowia. Kiedy więc mowa jest o „przyzwoleniu” na współpłacenie czy o jego wprowadzeniu, należy zawsze bardzo precyzyjnie określać okoliczności, w jakich miałyby ono funkcjonować. Dotyczy to też badań opinii społecznej i opinii pacjentów.

W raporcie omówiono istniejące dane o zjawisku współpłacenia w Polsce oraz przedstawiono informację o istniejących w systemach ochrony zdrowia rozwiązaniach umożliwiających pacjentom dopłacanie do usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych lub z ubezpieczenia albo zobowiązujących ich do współpłacenia. Przedstawiono także wyniki sondażu, w którym wzięło udział 1386 osób. Udział w sondażu był możliwy dla wszystkich osób chcących wypełnić ankietę i sprawia, że próba osób, które ankietę wypełniły jest próbą uznaniową. W streszczeniu stwierdzono, że badanie było „deskryptywne”, ale w rozdziale 5. prawidłowo wskazano, że to raport jest deskryptywny.

Raport ma przejrzysty i zrozumiały układ oraz zawiera liczne ważne informacje o zjawisku współpłacenia i o możliwych rozwiązaniach w tym zakresie. Istnieje tu mnóstwo możliwych rozwiązań i nie jest możliwe ich wyczerpujące omówienie ani tym bardziej zbadanie opinii społecznej o poszczególnych rozwiązaniach. Wyniki i rekomendacje należy więc traktować jako dobrą podstawę do dalszych opracowań i pogłębionych badań.

W rozdziale 1. i 2. opisano istniejące w zagranicznych systemach ochrony zdrowia sposoby współpłacenia wskazując przy tym na mnogość i złożoność rozwiązań. Wskazano, że jak każde działanie związane z wydatkami ponoszonymi przez obywateli, obowiązkowe dopłaty wprowadzają etyczny problem negatywnego wpływu na dostępność do usług

medycznych dla osób biednych. Mogą zmniejszyć ten problem różne formy pomocy, limity dopłat i wyłączenia. Bardzo słusznie wskazano tu na złożoność tego działania wynikającą zarówno z wpływu dopłat na funkcjonowanie systemu jak i z oczekiwań pacjentów. Szczególną uwagę zwracają przykłady Czech i Słowacji, gdzie osiągnięto korzystne efekty dopłat, ale zniesiono je z powodów politycznych. Wskazują one, że po pierwsze uzależnianie rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia od gry politycznej nie jest właściwe, a po drugie, że podejście do problemów ochrony zdrowia przyjęte w całym projekcie, którego elementem jest także ten raport, jest bardzo ważne bowiem tylko rozwiązania oczekiwane i akceptowane przez pacjentów mają szansę poprawić system ochrony zdrowia, a o skutkach nawet wydawałoby się najbardziej uzasadnionych rozwiązań można mówić dopiero po ich wypróbowaniu w praktyce i po dokonaniu wiarygodnej i obiektywnej oceny tych skutków.

Analiza finansowania polskiej ochrony zdrowia w rozdziale 3. zawiera bardzo ciekawe informacje o finansowaniu ochrony zdrowia w okresie międzywojennym, wskazujące na pozytywną rolę współpłacenia przy ogólnie niskich nakładach na ochronę zdrowia. Widoczne jest tu znaczenie rozumienia „współpłacenia” i zależnie od tego można mówić, że w Polsce pacjenci współpłacą za nieco ponad 30% usług (jeżeli przyjmiemy, że normą jest płacenie w 100% przez państwo), 23% albo mniej. Ponieważ nie wiadomo, jak duże współpłacenie powinno być, te wskaźniki mają ograniczoną wartość. Nie wiadomo, czy i jak należy liczyć wydatki określane jako nieformalne czy prezenty, których

wysokość najszybciej rośnie w ostatnich latach. Przytoczono też wyniki badań wskazujące, że opinia Polaków o współpłaceniu jest podzielona, a ogólnie liczby zwolenników i przeciwników są podobne.

Kwestionariusz ankiety zawierał 20 pytań dotyczących podstawowych cech demograficznych oraz wybranych aspektów płacenia za usługi zdrowotne. Badanie ankietowe typu CAWI zostało uzupełnione 40 wywiadami CATI z udziałem osób aktywnych w organizacjach pacjentów umożliwiającymi zadawanie dodatkowych pytań i zbieranie sugestii uczestników. W rozdziale 6. przedstawiono szczegółowo wyniki ankiety. Ważne dla dyskusji o współpłaceniu i ogólnie o systemie ochrony zdrowia jest wskazanie, że jest on postrzegany jako bardzo ważny element wydatków społecznych i połowa badanych uważa, że nakłady w tej dziedzinie należy zwiększyć kosztem innych dziedzin, a nie ma zupełnie poparcia propozycja obniżania jakości na rzecz liczby świadczeń. Poparcie dla dopłat w badanej grupie wyraziło 41%. Zwraca uwagę duża aprobata dopłacania w celu pokrycia różnicy pomiędzy finansowaniem NFZ a ceną u świadczeniodawcy. Wniosek w raporcie o braku „bezwzględnej akceptacji” wydaje się oczywisty, bo o ile nie wprowadzono by dopłaty ryczałtowej wysokość dopłaty najprawdopodobniej byłaby zależna od statusu, wyposażenia, kadry i renomy świadczeniodawcy, ale w badaniu słusznie nie przeszono o ocenę zbyt wielu wariantów współpłacenia aby nie komplikować nadmiernie i tak bardzo złożonego problemu. Te opinie należy interpretować łącznie z wyraźną tendencją badanych do ponoszenia jedynie niewielkich dopłat. Zwraca także uwagę duże poparcie dla zapewnienia dostępności tzw. świadczeń gwarantowanych w określonym terminie i umożliwienia uzyskania świadczenia poza systemem publicznym z finansowaniem przez NFZ w przypadku zbyt długiego czasu oczekiwania. Opinie o dopłatach do świadczeń lekarzy POZ w Polsce są podobne do opinii w Danii, czyli negatywne. Telefoniczne wywiady pogłębione potwierdziły, że dopłacanie do leczenia jest powszechne i rozróżnienie płacenia od współpłacenia nie jest dla respondentów jasne. Upatrują oni we współpłaceniu sposobu na zmniejszenie kolejek i są raczej pozytywnie nastawieni do dopłat zapewniających standard wyższy niż gwarantowany przez NFZ.

Podsumowanie debaty zawiera wnioski wynikające także z poprzednich badań i wskazuje, że współpłacenie byłoby bardziej akceptowaną formą zwiększenia finansowania niż podwyższanie składki zdrowotnej. Jednak dopłaty powinny być niewielkie, a więc ich efekt finansowy też byłby niewielki. W końcowych wnioskach starano się sformułować zalecenia

dla polityki zdrowotnej dotyczące zagadnienia współpłacenia. Już wcześniej wskazano, że należy je formułować ostrożnie i na pewno przydałaby się kolejna runda badań i konsultacji. Wydaje się, że niektóre stwierdzenia są jednak szczególnie dyskusyjne. Na przykład napisano o „nieudanych reformach” na Węgrzech i Słowacji podczas gdy z wcześniejszego omówienia tych reform wynika raczej, że były one „nieakceptowane”, pomimo iż były udane. Wniosek 4. nie wynika z przedstawionych badań, ale słusznie wskazuje jeden z kierunków pogłębionych badań i analiz. Za to wnioski 5. i 6. są przemyśleniami autorów wynikającymi, jak się wydaje, z rozważań natury ekonomicznej ale nie z badań.

Ogólnie raport należy ocenić bardzo pozytywnie, przede wszystkim dlatego, że autorom udało się przedstawić zagadnienie współpłacenia z perspektywy pacjentów i uniknąć pułapki rozważań ekonomicznych, administracyjnych i politycznych, które często dominują dyskusje o problemach ochrony zdrowia ze szkodą dla niej. Perspektywa pacjentów i ogólnie konsumentów jest w funkcjonowaniu każdego systemu usług najważniejsza, co zresztą nie ułatwia zadania organizatorom takich systemów ponieważ oczekiwania są zwykle bardzo zróżnicowane. Widać to w przedstawionych w raporcie wynikach badań własnych i w opisach sytuacji historycznych czy w innych krajach. Ponieważ współpłacenie istnieje i ma się dobrze w krajach, których systemy ochrony zdrowia są przez pacjentów oceniane najlepiej w UE, rozwiązania jednocześnie akceptowane i wpływające korzystnie na system są możliwe. Metoda dyskusji o tych rozwiązaniach pokazana w raporcie mogłaby i w Polsce do podobnych efektów doprowadzić. Należy więc wyrazić na koniec nadzieję, że raport stanie się punktem wyjścia do dalszych, podobnych ale bardziej już szczegółowych badań i analiz.

Bibliografia

1. Baji P., Boncz I., Jenei G., Gulacsi L., *The short story of co-payments for health care services in Hungary – lessons for neighbouring countries*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom VIII, nr 1/2010.
2. Busse R., Blümel M., *Germany: Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 16, no. 2/2014.
3. Chevreul K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C., France: *Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 17, no. 3/2015.
4. Chevreul K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C., France: *Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 17, no. 3/2015.
5. De Pietro C., Camenzind P., Sturny J., Crivelli L., Edwards-Garavoglia S., Spranger A., Wittenbecher F., Quentin W., Switzerland: *Health system review*, Health Systems in Transition, vol 17, no. 1/2015.
6. *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
7. Dz.U nr 44, poz. 272 z późn. zm., <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19200440272/O/D19200272.pdf> (dostęp: 28 kwietnia 2018).
8. Dz.U. nr 103, poz. 815 z późn. zm., <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19331030815/O/D19330815.pdf> (dostęp: 28 kwietnia 2018).
9. Dz.U. nr 51, poz. 396 z późn. zm., <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19330510396/O/D19330396.pdf> (dostęp: 28 kwietnia 2018).
10. Folland S., Goodman A. C., Stano M., *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall, New York 2004.
11. Frąckiewicz-Wronka A., *Ubezpieczenia zdrowotne jako element systemu ochrony*

zdrowia obywateli - aspekty społeczne i ekonomiczne, Akademia Ekonomiczna im. K. Adamieckiego, Katowice 1995.

12. Goldrick-Kelly P., Healy T., *Equality in Irish Healthcare – Time for a New Deal*, NERI WP no. 54/2018.
13. Hansen C., Andriotti D., *Co-payments for general practitioners in Denmark: an analysis using two policy models*, BMC Health Services Research, vol. 17, no. 9/2017.
14. <http://www.politykazdrowotna.com/31103,a-jacyna-o-wzrosnie-skladki-na-zdrowie-i-tym-co-w-zamian>
15. <https://www.zdrowie.abc.com.pl/artykuly/andrzej-jacyna-warto-podniesc-skladke-zdrowotna,119479.html>
16. Jastrzębowski Z., *Spory o model lecznictwa w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX w.*, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1994.
17. Juszczyk G., *Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Słowenii*, Służba Zdrowia, nr 77-80/2003.
18. Koźmiński J., *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych*, Polityka Społeczna, nr 2/2001.
19. Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J., van Ginneken E., *Netherlands: Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 18, no. 2/2016.
20. Makowska M., Czerw A., *Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych. Zmiany wprowadzane przez Obamacare*, Hygeia Public Health, nr 49(4)/2014.
21. *Mały Rocznik Statystyczny 1939*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1939.
22. *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, pod red. J. Hryniewicz, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
23. Mucha J., *Jeszcze jeden pomysł na zreformowanie sektora opieki zdrowotnej – dopłaty do*

usług medycznych, Roczniki Nauk Społecznych, tom XXXV, zeszyt 3/2007.

24. *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2015 r.*, GUS, Warszawa 2017.
25. *OECD Health Statistics 2017*.
26. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Sweden: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283572-en>.
27. Owoc J., *Czy współpłacenie lub suplementarne ubezpieczenia zdrowotne mogą poprawić działanie polskiego systemu ochrony zdrowia – polemika z raportem Ernst & Young*, Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 4/2011.
28. Pażitny P., *User fees constitute an inherent of the healthcare system in various countries in transformation*, Into Balance nr 03/2007.
29. Ros C., Groenewegen P., Delnoij D., *All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems*, Health Policy, vol. 52, no 1/2000.
30. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie*, Dz. U. 2017 poz. 1061.
31. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego*, Dz. U. 2012 poz. 14.
32. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego*, Dz. U. 2017 poz. 2397.
33. Rudnicka L., Durlik M., *Założenia do efektywnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, System „Zdrowie 20002”, Antidotum, nr 2/2001.
34. Schneider M., Hofmann U., Köse A., *Dopłaty do świadczeń stomatologicznych w Europie*,

Gazeta Lekarska, nr 1/2005.

35. Sowada Ch., *Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom II, nr 1/2004.
36. *Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia. Doświadczenia Polski i Chin*, pod red. D. Walczak - Duraj, Uniwersytet Łódzki, Łódź 1999.
37. *Sprawozdanie Ubezpieczalni Społecznej w Bydgoszczy za rok 1938*, Bydgoszcz 1938. *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 2001.
38. Trzciniński J., Wiącek M., *Komentarz do art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, w: Garlicki L. i inni (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Wyd. Sejmowe, Tom II, Warszawa 2016.
39. *Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, Dz. U. 2017 poz. 1844 z późn. zm.
40. Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.
41. Zakrzewski K. M., *Współpłacenie jako metoda racjonalizacji kosztów w opiece zdrowotnej*, PULS, nr 5/2010.

Spis tabel

Tabela 1. W przypadku wprowadzenia opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne, ile był(a)byś skłonny/a płacić za ...?, N=804 [opracowanie własne].....**51**

Tabela 2. Jak długo Twoim zdaniem pacjent powinien najdłużej czekać na ...?, N=1386 [Opracowanie własne].....**52**

Wykaz wykresów

| | |
|---|-----------|
| Wykres 1. Źródła finansowania ochrony zdrowia w 2015 r. (w %),..... | 20 |
| Wykres 2. Struktura bezpośrednich wydatków pacjentów w 2015 r..... | 21 |
| Wykres 3. Prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, per capita (w zł),..... | 34 |
| Wykres 4. Struktura wydatków na ochronę zdrowia jako % PKB w 2016 r..... | 35 |
| Wykres 5. Wydatki gospodarstw domowych związane z ochroną zdrowia w ostatnich trzech miesiącach w 2011, 2013 i 2015 r. w próbie panelowej..... | 37 |
| Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015, s. 122..... | 37 |
| Wykres 6. Charakterystyka respondentów, n=1386 [opracowanie własne]..... | 43 |
| Wykres 7. Samoocena własnego stanu zdrowia, n=1386 [opracowanie własne]..... | 45 |
| Wykres 8. W przypadku wystąpienia problemu zdrowotnego lub konieczności uzyskania pomocy medycznej korzystam ..., n=1385 [opracowanie własne]..... | 45 |
| Wykres 9. W okresie ostatnich 12 miesięcy wydałem(am) na prywatne świadczenia zdrowotne (wizyty i badania) około ..., n=1385 [opracowanie własne]..... | 46 |
| Wykres 10. Sposoby rozwiązania problemu braku równowagi między środkami przeznaczanymi na zdrowie a oczekiwaniami dobrej jakości opieki zdrowotnej, n=1386 [opracowanie własne]..... | 47 |
| Wykres 11. W jaki sposób zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami j, n=1386 [opracowanie własne]..... | 48 |
| Wykres 12. Za jakie usługi zdrowotne był(a)byś skłonny dopłacić z prywatnej kieszeni, n=1386 [opracowanie własne]..... | 49 |

- Wykres 13. Załóżmy, że NFZ opublikuje swój cennik świadczeń zdrowotnych w publicznym systemie opieki zdrowotnej i będzie płacił za świadczenia dowolnie wybranym przez pacjentów świadczeniodawcom (publicznym lub prywatnym) zgodnie z tym cennikiem. W placówkach publicznych obowiązują ceny ustalone przez n fz. Jeśli koszty świadczenia u wybranego przez pacjenta świadczeniodawcy są wyższe, jaka jest twoja opinia na temat możliwości dopłacenia przez ciebie różnicy tych kosztów?, N=1386 [opracowanie własne]..... **49**
- Wykres 14. Gdyby w Polsce wprowadzono drobne opłaty ryczałtowe za świadczenia zdrowotne, czyli stałe opłaty określonej wysokości za wizyty, badania lub pobyt w szpitalu, czy zgodził(a)byś się na ponoszenie takich opłat?, N=1386 [opracowanie własne]..... **50**
- Wykres 15. Czy uważasz, że powinien zostać określony maksymalny czas oczekiwania na wizytę, badanie lub leczenie, po przekroczeniu którego pacjent może się udać do dowolnie wybranego publicznego lub prywatnego świadczeniodawcy, a publiczny płatnik musi temu świadczeniodawcy zapłacić za leczenie pacjenta zgodnie z ustalonym, publicznie dostępnym cennikiem (jeśli koszt świadczenia jest wyższy niż wycena płatnika, różnicę dopłaca pacjent)?, N=1386 [opracowanie własne]..... **52**
- Wykres 16. Jak długo twoim zdaniem pacjent powinien najdłużej czekać na ...?, N=1386 [opracowanie własne]..... **53**
- Wykres 17. Czy uważasz, że w Polsce powinien zostać wprowadzony roczny limit prywatnych wydatków na leki na receptę, po przekroczeniu którego leki są wydawane w danym roku pacjentowi w aptece bezpłatnie?, N=1386 [opracowanie własne]..... **54**



RAZEM DLA ZDROWIA

www.razemdlazdrowia.pl



BIURO PROJEKTU:

Fundacja MY Pacjenci
ul. Łabędzia 6
04-806 Warszawa

kontakt@razemdlazdrowia.pl
www.razemdlazdrowia.pl

INFOLINIA:

+48 690 677 446