

Marek Derkacz¹, Iwona Chmiel-Perzyńska², Elżbieta Buczak-Stec^{2,3}, Izabela Pachuta⁵, Agnieszka Kowal⁵, Ewelina Grywalska⁵, Patrycja Pinkowska⁵, Joanna Pawlos⁵, Natalia Bednarczyk⁵, Krzysztof Kuszewski³

WSPÓŁPŁACENIE ZA USŁUGI MEDYCZNE – BADANIE OPINII SPOŁECZNEJ

CO-PAYMENT FOR PUBLIC HEALTH CARE SERVICES – PUBLIC OPINION SURVEY

1. Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
3. Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
4. Warszawski Uniwersytet Medyczny. I WL. Zakład Opieki Zdrowotnej w Instytucie Medycyny Społecznej.
5. Koło Chorób Metabolicznych przy Klinice Endokrynologii

STRESZCZENIE

Jednym z rozwiązań mających na celu poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest wprowadzenie współpłacenia pacjentów za usługi medyczne. System współpłacenia funkcjonuje w większości krajów, w których opieka medyczna jest na wysokim poziomie. Współpłacenie jest przez wielu specjalistów uważane za konieczny i niezbędny warunek prawidłowego korzystania z opieki zdrowotnej.

Celem pracy było ukazanie postaw i opinii badanych, dotyczących propozycji wprowadzenia współpłacenia jako dodatkowej formy finansowania świadczeń opieki medycznej. Badanie ankietowe objęło grupę 2409 osób (50,7% mężczyzn i 49,3% kobiet). Większość badanych nie widzi konieczności wprowadzenia współpłacenia. Opinia na temat wprowadzenia współpłacenia uzależniona jest od wielu czynników, z których najważniejsze to wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i wysokość dochodów.

Częściej za współpłaceniem opowiadają się osoby młode, o dobrym stanie zdrowia, mieszkające w dużych miastach, posiadające wyższe wykształcenie i określające swoją sytuację materialną jako dobrą. Wprowadzając współpłacenie należy określić grupy społeczne zwolnione z konieczności dokonywania dodatkowych opłat.

Najwyższe koszty pacjenci są w stanie ponieść dopłacając do wizyty domowej lekarza rodzinnego lub specjalisty, zabiegu operacyjnego i skomplikowanych badań wykonywanych podczas pobytu w szpitalu (m.in. tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego).

Słowa kluczowe: współpłacenie za usługi medyczne, współfinansowanie, finansowanie opieki zdrowotnej

ABSTRACT

One of the solutions aimed at improving the functioning of the healthcare system in Poland is to introduce patients' co-payments for public healthcare services. In all countries where the healthcare system is at a high level there already exists a co-payment system and it is regarded by many specialists as a necessary and indispensable condition for the proper functioning of healthcare.

The aim of this study was to show respondents' attitudes and opinions regarding the proposal of introduction co-payments as an additional form of financing medical care. The questionnaire survey covered a group of 2 409 persons (50.7% men and 49.3% women). Most respondents, despite the overall rising dissatisfaction with the quality and availability of medical services do not see the need for co-payments. The opinion about the implementation of co-payment depends on many factors, to the most important belong age, education, place of residence and income.

More often, the co-payments is in favour of young people in good health condition, who live in big cities, having a university degree and determining their financial situation as good. Before the introduction of co-payment - certain social groups, which would be exempt from additional fees, should be specified. To the highest costs that patients are able to carry belong: paying for a home visit of family doctor or specialist, for surgical procedures, and for complex tests performed during the hospital stay (including computed tomography, magnetic resonance imaging).

Key words: participation in health care costs, co-payment, health care financing

WSTĘP

Niezadowolenie Polaków z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, trudności z dostępem do świadczeń, zadłużenie szpitali i wzrastające wymagania pracowników ochrony zdrowia powodują, że wprowadzenie nowych rozwiązań w służbie zdrowia wydaje się konieczne i nieuniknione. Jednym z realnych rozwiązań, proponowanych i popieranych przez większość ekonomistów i osób zarządzających placówkami ochrony zdrowia jest współpłacenie, czyli udział środków prywatnych w pokrywaniu części kosztów świadczeń zdrowotnych.

Powszechnie znana jest opinia, że powinno się promować taki model, który rozszerza zakres i możliwości decydowania jednostki w sferze usług zdrowotnych, a ogranicza zakres i możliwości państwa (1). Każdy obywatel powinien w równym stopniu ponosić odpowiedzialność i mieć poczucie możliwości współdecydowania o własnym zdrowiu. Z drugiej strony należy podkreślić rolę państwa i istnienie solidaryzmu społecznego, jako mechanizmu regulującego dostęp do opieki i pomocy wszystkim potrzebującym obywatelom. Wprowadzenie współpłacenia w formie, która będzie odpowiednio wyważona pomiędzy tymi dwiema zasadami może zneutralizować wady systemu ochrony zdrowia w Polsce.

System współpłacenia funkcjonuje w krajach, w których system opieki medycznej jest na wysokim poziomie i przez wielu specjalistów jest uważany jako konieczny i niezbędny warunek prawidłowego działania zakładów opieki zdrowotnej. Propozycja wprowadzenia powyższego rozwiązania w Polsce budzi wiele kontrowersji i sprzeciwów wśród społeczeństwa, które nie jest w dostatecznym stopniu poinformowane o możliwych, pozytywnych efektach współuczestniczenia w kosztach opieki zdrowotnej pokrywanych do tej pory wyłącznie ze środków publicznych.

Aby możliwe było skuteczne wprowadzenie zmian w funkcjonowaniu systemu, konieczne jest poznanie postawy społeczeństwa wobec takiego pomysłu. Należy poznać ograniczenia i trudności, które decydują o nastrojach, funkcjonujących wśród różnych grup społecznych. Analiza tych ograniczeń może być polem do dalszych badań i wprowadzenia zmian zmierzających do poprawy efektywności funkcjonowania polskiej służby zdrowia.

Celem poniższej pracy jest ukazanie postaw i opinii osób badanych dotyczących propozycji wprowadzenia współpłacenia jako dodatkowej formy finansowania świadczeń opieki medycznej, czynników które wpływają na tę postawę oraz określenie wysokości opłat, które są w stanie ponieść w związku z wprowadzeniem współpłacenia.

MATERIAŁY I METODY

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza autorskiego zawierającego pytania zamknięte i półotwarte. Objęło ono 2409 osób (50,7% mężczyzn i 49,3% kobiet) zamieszkałych w województwach Polski południowo-wschodniej. Badaną grupę stanowili pacjenci losowo wybranych poradni lekarza rodzinnego w czwartym kwartale 2009 i pierwszym kwartale 2010 roku. Ankiety były wypełniane samodzielnie i anonimowo, a następnie zwracane osobom przeprowadzającym badanie.

45,5% ankietowanych pochodziło ze wsi. Analiza została dokonana wśród osób w wieku od 18-87 lat. Większość osób, które zgodziły się na wypełnienie ankiety należy do grupy młodych ludzi – średnia wieku wynosi 32 lata (± 14.9), a połowa ankietowanych ma nie więcej niż 24 lata. Prawie połowę respondentów stanowią studenci lub uczniowie, duża część badanych – 21,1% wykonuje pracę umysłową. Największą grupę – 62,2% stanowią osoby z wykształceniem średnim, 21% posiada wykształcenie wyższe. Do najmniej licznej grupy, 5,7%, zaliczają się osoby z wykształceniem podstawowym. Pozostali posiadają wykształcenie zawodowe.

W tym badaniu mamy do czynienia z młodą, zdrową grupą – 82,5% osób nie leczy się z powodu chorób przewlekłych, a tylko 5,7% ankietowanych jest zdania, że ich stan zdrowia jest zły lub bardzo zły. 52,3% respondentów nie korzystało z lecznictwa zamkniętego.

45,8% badanych osób ocenia swoją sytuację materialną jako przynajmniej dobrą, natomiast 11,1% uważa, iż ich sytuacja jest zła lub bardzo zła, 43,1% uważa ją za dostateczną.

Tabela I przedstawia szczegółową charakterystykę badanej grupy.

Analizę statystyczną przeprowadzono wykorzystując test χ^2 . Za poziom istotności statystycznej przyjęto poziom $p < 0,05$.

WYNIKI

1. Opinia na temat współpłacenia a inne zmienne.

Analiza zebranych danych wykazała, że 59,9% badanych osób uważa, iż w obecnej sytuacji służby zdrowia nie jest konieczne wprowadzenie współpłacenia przez pacjenta za usługi medyczne, 20,9% uważa, iż takie współpłacenie jest konieczne, natomiast 19,3% nie ma na ten temat zdania. Osoby, które zgadzają się na współpłacenie dopuszczają jednak możliwość zwolnienia pewnych grup z tego obowiązku. Ponad 70% osób z tej grupy uważa, iż dzieci i młodzież do lat 18 powinny być zwolnione z obowiązku współpłacenia. Dodatkowo

Tabela I. Opinia o wprowadzeniu współpłacenia za usługi medyczne. Charakterystyka badanej grupy

Table I. The opinion concerning co-payment for public health care services. Sample description

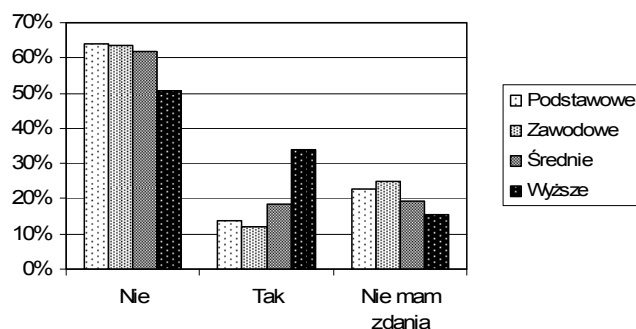
	LICZBA (n = 2 409)	ODSETEK
PŁEĆ		
Kobieta	1221	49,31 %
Mężczyzna	1188	50,69 %
KATEGORIA WIEKOWA		
< 25	1252	51,96 %
25 - 39	481	19,98 %
40 - 59	506	21,01 %
>59	170	7,06 %
ZAMIESZKANIE		
Miasto > 20tys	778	32,32 %
Miasto < 20tys	534	22,19 %
Wieś	1095	45,49 %
WYKSZTAŁCENIE		
Podstawowe	137	5,74 %
Zawodowe	264	11,06 %
Średnie	1485	62,21 %
Wyższe	501	20,99 %
SYTUACJA MATERIALNA		
Bardzo dobra	165	6,87 %
Dobra	935	38,94 %
Dostateczna	1034	43,07 %
Zła	219	9,12 %
Bardzo zła	56	2,00 %
STAN ZDROWIA		
Bardzo dobry	457	19,09 %
Dobry	1233	51,50 %
Dostateczny	567	23,68 %
Zły	112	4,68 %

66% osób z tej grupy jest zdania, że należy zwolnić też rencistów, 63% emerytów, a 55% respondentów uważa, że z obowiązku partycypacji w kosztach leczenia powinny być również zwolnione kobiety w ciąży.

Ogólna opinia dotycząca konieczności wprowadzenia współpłacenia za usługi medyczne jest zależna od kilku czynników, m.in. od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, rodzaju wykonywanej pracy.

Gotowość do współpłacenia zmniejsza się wraz z wiekiem badanych. Zgłasza ją 26,6% osób w wieku 25-39 lat i jedynie 14,3% osób po 59. roku życia. Aż 69,1% osób z grupy respondentów po 59. roku życia jest zdecydowanie przeciwna wprowadzeniu współpłacenia za usługi medyczne.

Konieczność wprowadzenia współpłacenia a wykształcenie



Ryc. 1. Opinia o konieczności wprowadzenia współpłacenia w zależności od wykształcenia respondentów.

Fig. 1. Respondents' opinion of the need of co-payment introduction with respect to education level.

Miejsce zamieszkania badanych osób też ma wpływ na tę opinię. Mianowicie 66,5% osób badanych mieszkających na wsi jest przeciwnych wprowadzeniu współpłacenia. Najwięcej zwolenników – aż 30,3% można znaleźć wśród mieszkańców dużych miast powyżej 20 tys. mieszkańców. W każdej z grup z osób z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim ponad 60% jest przeciwna współpłaceniu, jednakże 34% badanych osób posiadających wykształcenie wyższe uważa, iż współpłacenie należy wprowadzić (ryc. 1). Opinia ta zależy też od rodzaju wykonywanej pracy – 35% respondentów wykonujących pracę umysłową zgadza się na wprowadzenie współpłacenia, natomiast prawie trzy czwarte osób bezrobotnych jest temu przeciwna.

Warto podkreślić, iż nie wykazano związku pomiędzy gotowością do współpłacenia a faktem, iż dana osoba obecnie leczy się z powodu chorób przewlekłych lub kiedykolwiek korzystała z lecznictwa zamkniętego. Również nie zależy to od płci. Dane wskazujące największe kontrasty zestawiono w tabeli II.

Tabela II. Opinia o konieczności wprowadzenia współpłacenia za usługi medyczne z podziałem na grupy wg wieku, statusu socjalnego i stanu zdrowia

Table II. Respondents' opinion of the need of co-payment introduction divided into age, social status and health state

	Konieczność wprowadzenia współpłacenia			
	Tak		Nie	
Wiek	25 - 39	26,57 %	> 59	69,05 %
Wielkość miasta	> 20tys	30,33 %	wieś	66,45 %
Wykształcenie	wyższe	34,07 %	podstawowe	63,91 %
Rodzaj pracy	umysłowa	35,25 %	bezrobotny	72,29 %
Sytuacja materialna	bardzo dobra	40,00 %	bardzo zła	85,42 %
Stan zdrowia	bardzo dobry	25,49 %	bardzo zły	73,91 %

2. Wysokość maksymalnych opłat za usługi w razie wprowadzenia współpłacenia. Przeanalizowano odpowiedzi dotyczące maksymalnych kwot, jakie respondenci byliby w stanie zapłacić w razie wprowadzenia współpłacenia za m.in. porady lekarskie, wizyty domowe, wypisanie recept, przyjęcie do szpitala, poszczególne usługi podczas pobytu w szpitalu m.in. badania laboratoryjne, leki, dopłatę za salę 1-osobową. Większość badanych, która udzieliła odpowiedzi na pytania dotyczące dopuszczalnych kwot partycypacji w kosztach leczenia zgadza się jedynie na zaproponowaną minimalną stawkę w każdym z wymienionych wyżej przypadków.

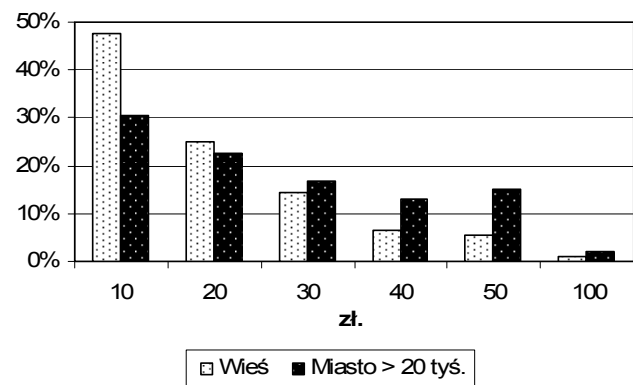
Opieka ambulatoryjna. Z analizy zebranych danych wynika, że 40,3% badanych osób chce płacić najmniejszą możliwą stawkę - 5 zł za poradę w poradni lekarza rodzinnego, 88,5% nie chce płacić więcej niż 20 zł. Akceptacja opłat za wizytę w poradni specjalistycznej jest trochę większa. W tym przypadku 24,8% ankietowanych wybiera najmniejszą opłatę 5 zł, natomiast 30,6% osób deklaruje, że może zapłacić przynajmniej 30 zł. Bardzo znaczny brak akceptacji dotyczy wprowadzenia współpłacenia za wypisanie recepty. 47% ankietowanych osób jest w stanie zaakceptować tylko najmniejszą opłatę 1zł, kolejne 14,8% byłoby w stanie ponieść opłatę w wysokości 2 zł. Możliwość wniesienia opłaty powyżej 5 zł deklaruje jedynie 5,2% respondentów.

Analiza danych wykazała, że za przyjazd pogotowia ratunkowego do domu 60,4% respondentów jest w stanie zapłacić nie więcej niż 10 zł. Opłatę wynoszącą 50-200 zł jest w stanie pokryć jedynie 8,6% ankietowanych.

Opłaty za wizyty domowe lekarza. Duża liczba badanych osób jest gotowa do współpłacenia za wizytę domową lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. W pierwszym przypadku 20,3% ankietowanych jest w stanie zapłacić za taką wizytę przynajmniej 40 zł. W przypadku wizyt lekarza specjalisty liczba osób akceptujących dopłatę wzrasta do 30%. Analiza danych wykazała, że wśród mieszkańców większych miast gotowość do współpłacenia za wizytę lekarza specjalisty jest wyższa niż wśród mieszkańców wsi (ryc. 2).

Pobyt w szpitalu. Przeanalizowano również wysokość możliwych opłat związanych z przyjęciem do szpitala oraz za poszczególne usługi podczas pobytu w szpitalu. Wykazano, iż ponad połowa (54,6%) ankietowanych jest w stanie zapłacić za przyjęcie do szpitala tylko najmniejszą możliwą zaproponowaną kwotę - 10 zł, 20,8% badanych osób akceptuje opłatę 20 zł, a tylko 3% jest w stanie zapłacić 100 lub 200 zł. Jeszcze wyraźniejszy brak akceptacji wśród respondentów dotyczy dopłaty za każdy dzień pobytu w szpitalu oraz dopłaty za łóżko. W tym pierwszym przypadku 90,3% badanych osób nie chce płacić więcej niż 20 zł, w drugim zaś aż 68,4 % ankietowanych wybiera najmniejszą możliwą opłatę (1-3 zł).

Dopłata za wizytę domową lekarza rodzinnego



Ryc. 2 Maksymalna akceptowana wysokość dopłaty za wizytę lekarza rodzinnego a miejsce zamieszkania.

Fig. 2 The maximum accepted charge for family doctor's home visit with respect to dwelling place.

Podobnie kształtuje się sytuacja dotycząca dodatkowych opłat za leki podczas pobytu w szpitalu. Najmniejszą opłatę (do 3 zł) wybiera 62,9% osób ankietowanych, natomiast więcej niż 16 zł jest w stanie zapłacić tylko 1,5% badanych. Minimalną dopłatę do badań laboratoryjnych podczas pobytu w szpitalu (1-3 zł) akceptuje 51,7% badanych osób. Podobna sytuacja dotyczy dodatkowych opłat za posiłki: 56,2% osób wybiera najmniejszą możliwą dopłatę (maksymalnie 3 zł), a tylko 7,1% osób jest w stanie zaakceptować dopłatę większą niż 10 zł. Analiza wykazała również, iż większość badanych osób nie chce dopłacać więcej niż 6 zł za możliwość wyboru dań. Opłatę większą niż 10 zł akceptuje tylko 7,8% ankietowanych.

Występują jednak usługi zdrowotne, w przypadku których gotowość do współpłacenia jest większa. Przykładem takim jest dopłata do zabiegu operacyjnego. W tym przypadku 36,5% ankietowanych akceptuje opłatę przynajmniej 50 zł. Również akceptacja wprowadzenia dodatkowych opłat za bardziej skomplikowane badania takie jak: endoskopia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny jest większa. Jednakże 61,7 % respondentów jest w stanie dopłacić do powyższych procedur jedynie 11 zł.

Część badanych akceptuje opłaty związane z poprawą jakości i komfortu podczas pobytu w szpitalu – np. dopłatę za salę 1-osobową. Wykazano, że 20,9% badanych osób akceptuje propozycję dopłaty w wysokości co najmniej 20 zł.

Przeanalizowano również opinię dotyczącą pokrywania części kosztów leczenia szpitalnego przez sprawcę wypadku komunikacyjnego. Wykazano, iż 82,8% ankietowanych popiera ten pomysł, 28,1% osób z tej grupy uważa, iż sprawca powinien zawsze ponosić te koszty, natomiast 54,8% jest zdania, że powinno to

Tabela III. Maksymalne akceptowane opłaty za różne usługi medyczne.
Table III. Maximal accepted charge for different medical services.

zł	5	10	20	30	40	50	100
Porada u lekarza rodzinnego (n=1992)	40,3% (802)	30,6% (610)	17,6% (351)	6,8% (135)	2% (40)	2,3% (45)	0,5% (9)
Poradnia specjalistyczna (n=2084)	24,8% (512)	23,6% (492)	21,1% (439)	12,9% (268)	7% (146)	8,8% (184)	1,9% (39)
Dzień pobytu w szpitalu (n=1958)	53,6% (1050)	25,1% (491)	11,6% (227)	4,8% (94)	2,6% (51)	1,8% (36)	0,5% (9)
zł	5	10	20	30	40	50	100-200
Przyjazd pogotowia ratunkowego (n=1931)	38,9% (752)	21,5% (415)	17% (328)	10,1% (195)	3,9% (75)	6,4% (124)	2,2% (42)
Transport karetką (n=1972)	38,8% (765)	23% (453)	18,8% (370)	8,8% (174)	4,4% (86)	4,4% (86)	1,9% (38)
zł	10	20	30	40	50	100	
Wizyta domowa lekarza rodzinnego (n=2035)	39,7% (808)	24,2% (493)	15,8% (322)	9,3% (190)	9,7% (197)	1,2% (25)	
Wizyta domowa specjalistyczna (n=2108)	30,3% (638)	20,5% (432)	19,2% (405)	12,1% (256)	15,2% (320)	2,7% (57)	
zł	1	2	3-4	5	6-9	10	20
Wypisanie recepty (n=2079)	47% (977)	14,8% 308	13,7% (284)	19,3% (402)	2,7% (57)	2,1% (44)	0,3% (7)
zł	10	20	30	40	50	100	200
Przyjęcie do szpitala (n=2010)	54,6% (1097)	20,8% (418)	9,7% (195)	4,5% (91)	7,4% (148)	2,4% (49)	0,6% (12)
zł	10	20	30	40	50	100	200-500
Zabieg operacyjny (n=2000)	32,1% (642)	13,7% (273)	10,8% (215)	7% (140)	17,4% (348)	10,7% (213)	8,5% (169)
zł	1-3	4-6	7-9	10-15	16-20		
Dopłata do posiłków w szpitalu (n=1893)	56,2% (1064)	26% (493)	10,6% (201)	5,7% (108)	1,4% (27)		
Możliwość wyboru dań (n=1874)	63% (1181)	22% (412)	8,1% (152)	5% (93)	1,9% (36)		
Dopłata do łóżka w szpitalu (n=1829)	68,4% (1251)	19,8% (362)	7,1% (130)	3,6% (65)	1,2% (21)		
Dopłata do leków w szpitalu (n=1858)	62,9% (1169)	23,8% (442)	7,5% (139)	4,4% (81)	1,5% (27)		
zł	5-10	11-20	21-30	31-40	41-50		
Dopłata do sali jednoosobowej (n=1890)	54,3% (1027)	24,8% (469)	11,4% (216)	4,9% (92)	4,6% (86)		
Dopłata do wyższego standardu sali (n=1868)	53,1% (991)	25,5% (476)	11,8% (220)	5% (94)	4,7% (87)		
zł	1-3	4-6	7-9	10-15	16-20	21-50	51-100
Dopłata do badań laboratoryjnych (n=1873)	51,7% (968)	25,3% (474)	9,5% (178)	9,6% (179)	2,5% (47)	0,9% (17)	0,5% (10)
zł	5-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-100	
Dopłata do badań specjalistycznych (n=1990)	38,3% (762)	26,8% (533)	15,8% (315)	7,7% (154)	8,1% (161)	3,3% (65)	

dotyczyć sprawców wypadku, którzy byli pod wpływem alkoholu.

W Tabeli III zebrano odpowiedzi dotyczące deklarowanych przez respondentów dopuszczalnych wysokości opłat za wybrane usługi medyczne.

DYSKUSJA

Dobry system ochrony zdrowia to taki, który działa efektywnie, w którym pacjenci są zadowoleni z jakości oferowanych usług, a placówki świadczące takie usługi są w stanie zapewnić je na odpowiednio

wysokim poziomie, nie ponosząc przy tym strat. Z próbami zapewnienia powyższego warunku, zmagają się większość światowych rządów. Rozwiązania były różne i przynosiły różne efekty, ale okazuje się, że większość dobrze działających systemów opieki zdrowotnej w Europie i na świecie nie funkcjonuje bez współpłacenia. Jak podaje OECD koszty ponoszone przez pacjenta (*out-of-pocket spending*) wahają się od ok. 5% w Luxemburgu, 9% w Czechach, 10% we Francji, 15% w Wielkiej Brytanii do ok. 50% w Meksyku (1). Wynika z tego, że nawet państwa przeznaczające relatywnie duże środki finansowe na ochronę zdrowia swoich obywateli, nie są w stanie pokrywać całości kosztów świadczeń medycznych wyłącznie ze środków publicznych i konieczne staje się wprowadzenie współfinansowania ochrony zdrowia.

Wielu specjalistów jest zdania, że może to być właściwa metoda racjonalizacji wydatków w służbie zdrowia i zwiększenia wydajności systemu. Według ostatnich danych, dyrektorzy placówek medycznych podają, że w wielu zakładach opieki zdrowotnej wykorzystuje się zaledwie 60% posiadanych mocy (2).

Prawidłowo działający system powinien wspomagać najbardziej potrzebujących i minimalizować ponoszone przez nich koszty, a upowszechniać je wśród obywateli o wyższym statusie społecznym i wyższych dochodach. Wydawać by się mogło, że brak spełniania powyższego warunku jest przyczyną tak dużych różnic wśród badanych, odnoszących się do korelacji pomiędzy chęcią wprowadzenia współpłacenia, a wysokością dochodów.

Wydaje się, że zasada solidaryzmu społecznego, odnosząca się do współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej, wśród społeczeństwa polskiego jest niezrozumiała, niejednoznaczna, co może powodować niechęć i sprzeciw do tego typu działań.

Wprowadzenie współpłacenia wymaga więc zmiany nastawienia obywateli i uświadomienia im korzyści i zmian płynących z tej formy finansowania. Wielu, powołując się na art. 68 Konstytucji RP, mówiący o równym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych uważa, że opieka zdrowotna jest bezpłatna, a zasada solidaryzmu społecznego zapewnia jednakowe świadczenia, na takim samym poziomie dla wszystkich obywateli. Powoduje to przyjmowanie postawy roszczeniowej i przeświadczenie, że obywatele powinni mieć nieograniczony dostęp do wszelkich świadczeń zdrowotnych (3). Warto jednak zwrócić uwagę, że Konstytucja mówi o równym dostępie, ale tylko w nawiązaniu do środków publicznych, w żaden sposób nie definiując, ani wykluczając możliwości współpłacenia.

Świadomość nieograniczonego, „bezpłatnego” dostępu do świadczeń zdrowotnych, często motywuje pacjentów do nieprawidłowych zachowań. Najczęściej przejawia się to w nieuzasadnionych i wielokrotnych

wizytach w poradniach specjalistycznych, wymuszaniu skierowań na niemające klinicznego uzasadnienia badania specjalistyczne i narzucaniu lekarzom wypisywania recept na drogie leki refundowane. W niektórych przypadkach pacjenci korzystają z licznych, często niepotrzebnych porad specjalistycznych. Dotyczy to w szczególności osób w starszym wieku. Zjawisko to może po części wyjaśniać, wykazaną w wynikach naszego badania, tak dużą niechęć do współpłacenia wśród ludzi po 60. roku życia. Takie nieuzasadnione korzystanie z licznych świadczeń medycznych powoduje ograniczenia w dostępie do leczenia osobom faktycznie potrzebującym, dodatkowo uniemożliwiając ograniczanie kosztów. Co więcej, taka bierna postawa i brak współodpowiedzialności za poniesione koszty, powoduje brak zainteresowania kosztami leczenia poniesionymi przez płatnika. Ostatecznie cierpią na tym sami pacjenci, winy szukając po stronie osób zarządzających i rozdzielających finanse publiczne.

Wprowadzenie współpłacenia może spowodować, że pacjenci zaczną z większą świadomością i odpowiedzialnością traktować swoje zdrowie. Każdy powinien być zobowiązany do dbałości o swój stan zdrowia i nie można odpowiedzialnością w tym zakresie obciążać państwa. Zdaniem środowiska lekarskiego, ale i ekonomistów, wprowadzenie nawet minimalnych opłat odciążą służbę zdrowia, stanowiłyby one także pewien sposób regulowania popytu na usługi medyczne (4,5).

Decydując się na wprowadzenie takiej formy współpłacenia, należy rozróżnić wagę danego świadczenia i odpowiednio sprecyzować kwotę współpłacenia. Inna powinna być dopłata do wizyty u lekarza rodzinnego, inna do porady u innego lekarza specjalisty, a jeszcze inna do wizyty domowej.

Jak pokazują wyniki przeprowadzonego badania, muszą być także wyjątki, zwolnione z tej formy płatności, za które pełną lub częściową odpowiedzialność finansową (rozpatrywaną indywidualnie) powinno przejść państwo. Dotyczy to dziedzin takich jak onkologia, ginekologia, traumatologia, kardiologia, chirurgia (w pewnym zakresie), czy pediatria. Z płatności za usługi medyczne powinny być także zwolnione najbardziej potrzebujące grupy społeczne, których nie będzie stać na wniesienie nawet najmniejszej opłaty.

Szczególną uwagę należy zwrócić na osoby chore przewlekłe, tak aby odpłatność za regularne wizyty i kosztowne badania specjalistyczne nie powodowała mniejszej dbałości o swoje zdrowie i jednocześnie nie ograniczała dostępu do świadczeń specjalistycznych.

Biorąc pod uwagę fakt coraz większej komercjalizacji służby zdrowia, wprowadzenie współpłacenia wydaje się słusznym rozwiązaniem, w którym prywatne placówki miałyby szansę stać się równoprawnym uczestnikiem procesu leczenia.

Już od dawna mamy do czynienia ze współpłaceniem, tylko w dość ukrytej i niesprecyzowanej formie. Doskonałym przykładem są tutaj NZOZy i inne prywatne placówki. Zdaniem Adama Kruszewskiego, niezależnego analityka rynku opieki zdrowotnej, już 1,5 mln osób całkowicie przestało korzystać z opieki publicznej (6). Fakt, że dotyczy to dosyć wąskiej, najlepiej zarabiającej grupy społecznej. Biorąc jednak pod uwagę fakt bogacenia się społeczeństwa polskiego i podnoszenie się stopy życiowej obywateli, można śmiało wnosić, że liczba ta będzie stale wzrastać. Warto zwrócić uwagę, że ta grupa społeczna najchętniej odnosi się do pomysłu wprowadzenia współpłacenia. Kiedy pacjent nie może uzyskać szybkiej i skutecznej pomocy w szpitalu publicznym, idzie do prywatnej placówki lub korzysta z usług w szarej strefie, co z kolei niesie za sobą ryzyko korupcji i innych nadużyć. Szacuje się, że środki funkcjonujące w szarym obrocie to kilka miliardów złotych rocznie (7). Przecież zamożny obywatel jest w stanie uzyskać szybszy dostęp do opieki specjalistycznej czy pobytu w szpitalu i lepszą jakość usług, podczas gdy „szary obywatel” często musi czekać na niektóre zabiegi. Wg badań CBOSu, aż 93% ankietowanych uważa, że polepszenie sytuacji w służbie zdrowia pomogłoby zlikwidować korupcję (8).

Zdziwienie mogą budzić dane odnoszące się do deklarowanej wysokości dopłaty do leków. Przecież w Polsce już od dawna istnieje forma współpłacenia w postaci dopłaty do farmaceutyków. Według ostatnich badań, udział pacjentów we współpłaceniu za leki refundowane stale wzrasta. Dane z sierpnia 2010 roku wskazują, że koszty ponoszone przez pacjentów wzrosły o 16,09% w ciągu roku. Przewiduje się, że wartości te będą wzrastać (8). Warto dodać, że polscy pacjenci najwięcej w Europie dopłacają do leków, a przecież zakup leków jest także świadczeniem zdrowotnym (9).

Wśród społeczeństwa istnieje przekonanie, że wprowadzenie współpłacenia zburzy zasadę solidaryzmu społecznego. Należy uświadomić pacjentów, że osoby zamożniejsze, płacąc za wizytę, czy zabieg, dostaną taką usługę szybciej, jednocześnie skracając czas oczekiwania dla osoby biedniejszej, której nie stać na sfinansowanie usługi. Spowoduje to lepsze wykorzystanie możliwości placówek medycznych, a co za tym idzie poprawę jakości usług i lepszą wydolność systemu (10).

Decydując się na współpłacenie, trzeba zastanowić się nad sposobem i rozwiązaniami potrzebnymi do jego wprowadzenia. Najbardziej rozsądne wydaje się wprowadzenie drobnych opłat służących regulacji systemu. Zgodnie z odpowiedziami osób ankietowanych, które są w stanie zapłacić więcej za zabieg operacyjny lub lepszy standard pobytu w szpitalu, należy dać pacjentowi możliwość wyboru. Jednakże zdaniem autorów dopłaty w lecznictwie zamkniętym dotyczyć mogą jedynie

standardu pobytu, nie zaś np. rozszerzonej diagnostyki czy efektywniejszego i skuteczniejszego leczenia.

Ze względu na stały postęp współczesnej medycyny, rosnący popyt na opiekę zdrowotną (m.in. spowodowany starzeniem się społeczeństwa, czy chorobami cywilizacyjnymi) oraz ograniczenia budżetowe, system współpłacenia wprowadzony w odpowiedniej formie wydaje się być koniecznym rozwiązaniem, które może efektywnie poprawić jakość usług medycznych w Polsce.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW I WNIOSKI

1. Ponad połowa badanych (59,9%) nie widzi konieczności wprowadzenia współpłacenia za usługi medyczne.
2. Akceptacja współpłacenia uzależniona jest od wielu czynników, z czego najważniejsze to wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz wysokość dochodów.
3. Częściej za wprowadzeniem współpłacenia za usługi medyczne opowiadają się osoby młode, o dobrym stanie zdrowia, mieszkające w dużych miastach, posiadające wyższe wykształcenie i określające swoją sytuację materialną jako dobrą.
4. Niechęć osób ankietowanych budzi dodatkowa dopłata do leków przyjmowanych podczas pobytu w szpitalu oraz dopłata za wypisanie recepty.
5. Najbardziej akceptowanymi formami współpłacenia są dopłaty do wizyt domowych, porad specjalistycznych, zabiegów operacyjnych oraz wysokospecjalistycznych badań dodatkowych.
6. Wprowadzając współpłacenie za usługi medyczne konieczne jest jednoznaczne określenie grup społecznych zwolnionych z konieczności dokonywania dodatkowych opłat oraz ustalenie możliwie najniższej dopłaty do wizyty u lekarza rodzinnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Kornai J, Eggleston K. Solidarność w procesie transformacji; reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej. Warszawa: wyd. WZPiZ im. L.Koźmińskiego; 2002: str.19.
2. Rising health costs put pressure on public finances, finds OECD., graph no.4- Percentage of health expenditure by source of financing, OECD countries, 2004. 26/06/2006. <http://www.oecd.org>.
3. Nojszewska E. Współuczestnictwo pacjentów w kosztach świadczeń medycznych- za i przeciw współpłacności. W: Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce, red. Nojszewska E. Warszawa: wyd. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie; 2009: str. 225.

4. Zakrzewski K. Współpłacenie jako metoda racjonalizacji kosztów w opiece zdrowotnej. Puls 2010;05:14-15.
5. Derkacz M. Defibrylacja kasą - czyli o pilnej potrzebie współpłacenia za usługi medyczne. Służba Zdrowia nr 5-8 (3806-3809) – 2009;01:12-14.
6. Sochacka- Krysiak H. Wybrane problemy racjonalizacji wydatków publicznych na finansowanie usług społecznych, w: Stan i kierunki rozwoju finansów publicznych, red. Naukowa Juja T., Kotlińska J. Poznań: Wyd. Akademii Ekonomicznej; 2007: s.127.
7. Szczęsny J. Strach przed współpłaceniem. Menedżer Zdrowia 2008;2:12-16.
8. Kula P. Barometr Pharma Experta. Aptekarz polski 2010; 49/27:32-34.
9. Sytuacja w opiece zdrowotnej, komunikat CBOS, Warszawa, marzec 2008. Badanie zrealizowano w dniach 1-4 lutego 2008 roku na liczącej 1137 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.
10. Szczęsny J. Współpłacenie, koszyk, sieć- czy uda się uratować polską ochronę zdrowia? Sonda- Sarti D., Ruszkowski J. Menedżer Zdrowia 2007;2:14-17.

Otrzymano: 6.12.2010 r.

Zaakceptowano do druku: 31.01.2011 r.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Marek Derkacz
Klinika Endokrynologii SPSK 4 w Lublinie
ul. Jaczewskiego 8
20-954 Lublin
e-mail: marekderkacz@interia.pl
tel. 725-298-905