Współpłacenie za świadczenia zdrowotne jest jednym z najintensywniej dyskutowanych elementów ewentualnej reformy polskiego systemu zdrowotnego. Interesujący jest przy tym podział uczestników tej dyskusji, gdzie po stronie zwolenników wprowadzenia nowego elementu znajdują się specjaliści z dziedzin ekonomii czy organizacji ochrony zdrowia, jak również większa część środowisk pracowników tego sektora, zaś przeciwnicy to w zdecydowanej większości pacjenci i politycy. Obserwacja ta prowadzi do dwojakiej konstatacji:

1. Współpłacenie za świadczenia zdrowotne jest elementem, który powinien towarzyszyć zmianom w polskim systemie ochrony zdrowia,
2. Działania reformatorskie (lub też niejednokrotnie ich brak) ze strony decydentów w dużo mniejszym stopniu wynikają z przesłanek racjonalnych, będąc raczej rezultatem obawy przed utrata przychylności opinii publicznej.

[mc4wp_form id=”84″]

Współpłacenie za świadczenia zdrowotne powinno być wprowadzone z następujących powodów:

- Jest to najskuteczniejszy mechanizm ograniczania moralnego hazardu, czyli skłonności do bardziej ryzykownych zachowań wśród osób posiadających ubezpieczenie. W ubezpieczeniu zdrowotnym przybiera formę nadmiernego korzystania ze świadczeń zdrowotnych wynikającym z chęci maksymalnego wykorzystania uprawnień przysługujących w ramach opłaconej składki. Rezultatem takiej postawy jest nadmierna konsumpcja świadczeń zdrowotnych i – co za tym idzie – ogólny wzrost kosztów funkcjonowania systemu zdrowotnego, który nie ma pokrycia w realnej potrzebie zdrowotnej. Jak pokazał największy dotychczas eksperyment zmierzający do oszacowania efektów współpłacenia, wprowadzenie 25% udziału pacjenta w kosztach leczenia redukuje konsumpcje świadczeń o około 10%. Jednocześnie taki poziom współpłacenia zmniejsza o ok. 25% koszty świadczeń w sektorze ambulatoryjnym oraz o ok. 9% w sektorze szpitalnym (zob. Manning i wsp. 1988; Gruber 2006).
- Współpłacenie nie skutkuje obniżeniem dostępu do świadczeń zdrowotnych i pogorszeniem się stanu zdrowia osób gorzej sytuowanych. Cytowane powyżej badanie wykazało, że jedyny zauważalny negatywny rezultat zaobserwować można w grupie osób o niskich dochodach jednocześnie obciążonych dużym ryzykiem zdrowotnym. Stanowi to ewentualna przesłankę do różnicowania poziomu współpłacenia zależnie od dochodów osoby ubezpieczonej.

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

Różnicowanie takie jednak – jak pokazują inne badania – może nie przynieść zamierzonych skutków systemowych zmniejszając konsumpcje świadczeń, ale jednocześnie zwiększając koszty obsługi administracyjnej systemu (Gericke, Wismar, Busse 2003). Wydaje się, że w przypadku ustanowienia zryczałtowanych niewielkich kwot dopłat, problem ograniczenia dostępności do świadczeń nie wystąpi, jednocześnie zaś nie zaistnieje konieczność różnicowania wysokości stawek dopłat. Ryczałtowa opłata może wynieść 5 zł za wizytę/dzień hospitalizacji. Jest to kwota nieznaczna po stronie pacjenta, która według bardzo ogólnych szacunków ograniczyć może koszty o ok 1,5 mld zł, stanowiące ekwiwalent świadczeń medycznych pobieranych bez uzasadnienia.

- Współpłacenie w Polsce istnieje już obecnie – w leczeniu farmaceutycznym i stomatologicznym, co w większości przypadków nie jest kwestionowane przez pacjentów. Nie ma wiec przyczyn by twierdzić, że zasada uiszczania niewielkich kwot nie zostanie zaakceptowana również i w przypadku pozostałych świadczeń. Co więcej, jak dowodzą badania, wybiórcze obciążanie pacjentów dopłatami skutkuje zwiększaniem popytu na świadczenia nie objęte zasada współpłacenia, co niweczy rezultat wzrostu efektywnosci finansowej systemu zdrowotnego (Anis i wsp. 2005).
- Współpłacenie obowiązuje w większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej (np. Estonia, Czechy, Słowacja, Słowenia, Chorwacja), jak również i Zachodniej (np. Niemcy, Francja, Irlandia). Jednocześnie kraje te charakteryzuje wyraźnie niższy udział środków prywatnych pacjentów w całokształcie wydatków na ochronę zdrowia, niż ma to miejsce w Polsce (Estonia: 21,3%, Czechy: 10,3%, Słowacja: 19,2%, Słowenia: 9,6%, Chorwacja: 17,8%, Niemcy: 13,3%, Francja: 7,5%, Irlandia: 13,5%, Polska: 28,1%). Kraje Europy Środkowo-Wschodniej charakteryzuje jednocześnie znacząco wyższy udział wydatków na leki w całokształcie wydatków na ochronę zdrowia (średnio 25-30% wobec 10-15% w krajach Europy Zachodniej), gdzie dodatkowo w Polsce zdecydowana większość tych wydatków pochodzi ze środków prywatnych (ok. 62%, wobec 22% w Irlandii, 26% w Niemczech czy też 33% w Czechach, 26% w Słowacji i 54% w Estonii). Wniosek: paradoksalnie współpłacenie za świadczenia medyczne może ograniczyć poziom wydatków prywatnych pacjentów na leczenie. Z jednej strony pozytywny rezultat zostanie osiągnięty dzięki ogólnemu obniżeniu kosztów udzielanych świadczeń (dzięki eliminacji zbędnego popytu), z drugiej zaś dzięki bardziej równomiernemu rozłożeniu obciążeń miedzy wydatkami na świadczenia medyczne oraz leki.

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].

Bibliografia

1. Anis A., Guh D., Lacaille D., Marra C., Rashidi A., Li X., Esdaile J. When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions. Canadian Medical Association Journal 2005; 173(11): 1335-1340.
2. Gericke C., Wismar M., Busse R. Cost-sharing in the German health care system. Diskussionpapier 2004/4. Technische Universitaet Berlin, Berlin 2004.
3. Gruber J. The role of consumer copayments for health care: lessons from the RAND health insurance experiment and beyond. Kaiser Family Foundation Menlo Park 2006.
4. Health for All Database. http://data.euro.who.int/hfadb/.
5. Manning W., Newhouse J., Duan N., Keeler E., Benjamin B., Leibowitz A., Marquis S., Zwanziger J. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. RAND Corporation, Santa Monica 1988.

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl[autor].