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.

Pozostaw to pole puste, jeśli jesteś człowiekiem:

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. 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.

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: prof. Krzysztof Krajewski-Siuda.