

Stanisława Golinowska, Marzena Tambor, Christoph Sowada

Wprowadzenie dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – opinie głównych uczestników polskiego systemu opieki zdrowotnej

Słowa kluczowe: dopłaty pacjentów, reforma systemu opieki zdrowotnej, Polska

Badanie jest finansowane przez Komisję Europejską w ramach 7. Programu Ramowego, Temat 8: Nauki społeczno-ekonomiczne i humanistyczne, Projekt ASSPRO CEE 2007 (umowa nr 217431). Wyrażone w publikacji poglądy są wyłącznie poglądami autorów i niekoniecznie odzwierciedlają oficjalne stanowisko Komisji Europejskiej.

■ Wprowadzenie

Dopłaty pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w krajach Europy Zachodniej były wprowadzane już w latach 80. ubiegłego wieku [1]. Głównym ich celem było ograniczenie gwałtownie rosnących kosztów opieki zdrowotnej oraz przerzucenie ciężaru finansowego z publicznego płatnika na prywatne źródła finansowania, w tym na pacjentów.

W krajach Europy Środkowej i Wschodniej, w których sektor zdrowotny był całkowicie upaństwowiony i zarządzany w ramach systemu centralnego planowania, regulowanie popytu na usługi zdrowotne miało charakter administracyjny. Stosowano rejonizację dostępu, eliminując możliwość wyboru lekarza i szpitala. Tylko w Polsce funkcjonowały prywatne gabinety lekarzy, przeznaczone dla rolników indywidualnych, utrzymujących się z prywatnego rolnictwa, która to grupa nie podlegała zaopatrzeniu państwowemu. Rolnicy opłacali więc usługi opieki zdrowotnej, wnosząc opłaty bezpośrednio u świadczeniodawców [2]. Zmiana ustroju i systemu gospodarczego przyniosła zasadnicze przekształcenia także w funkcjonowaniu sektora zdrowotnego. Wdrażano reformy systemów ochrony zdrowia, obejmujące w niektórych krajach stosowanie opłat pacjentów za

świadczenia oferowane w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej [3]. Dopłaty te, stanowiąc dodatkowe źródło finansowania, miały głównie na celu zmniejszenie deficytów finansowych, występujących w systemach zdrowotnych tych krajów.

W Polsce od momentu wprowadzenia reformy systemu opieki zdrowotnej w 1999 r. dopłaty pacjentów oficjalnie występują tylko w obszarze opieki dentystrycznej. Trwają jednak dyskusje na temat rozszerzenia systemu dopłat także na inne rodzaje opieki zdrowotnej, tj. podstawową opiekę zdrowotną, specjalistyczną opiekę ambulatoryjną oraz opiekę szpitalną. Ich celem miałyby być ograniczenie nadmiernego popytu na świadczenia opieki zdrowotnej, a także uzyskanie dodatkowych środków dla systemu opieki zdrowotnej, który od wielu lat boryka się z problemem nierównowagi finansowej [4].

Doświadczenia innych krajów (np. Węgier, Słowacji) wskazują, iż jednym z warunków skutecznego wprowadzenia dopłat, a także realizacji założonych celów, jest uzyskanie akceptacji społecznej i konsensus polityczny dotyczący ich wprowadzenia [5]. Jest to szczególnie istotne w takich w krajach, jak Polska, gdzie panuje powszechne przekonanie o posiadaniu prawa do bezpłatnej (w momencie korzystania) opieki zdrowotnej, potwierdzone zapisem w Konstytucji (artykuł nr 5 polskiej ustawy zasadniczej).

Z innej strony patrząc, udział środków pochodzących z dochodów indywidualnych ludności w sektorze zdrowotnym w Polsce jest relatywnie duży, sięgający 30% [4], co może sugerować przyzwyczajenie, a nawet pewną akceptację stosowania opłat bezpośrednich. Nie bez znaczenia w tym przyzwyczajeniu jest także występowanie w części publicznej systemu opłat nieformalnych [np. 6],

które w wyniku zastosowania odpłatności pacjentów stałyby się formalne, zdejmując odium korupcji w relacjach lekarzy i pacjentów.

Celem artykułu jest przedstawienie i analiza opinii oraz ocen głównych uczestników polskiego systemu opieki zdrowotnej wobec wprowadzenia oficjalnych dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prezentowane dane zostały zgromadzone na podstawie badań jakościowych: zogniskowanych wywiadów grupowych oraz pogłębionych wywiadów indywidualnych przeprowadzonych w okresie czerwiec–październik 2009 r. w ramach międzynarodowego projektu badawczego ASSPRO CEE 2007.

W pierwszej części artykułu przedstawiono metodę badania. Następnie opisano jego główne wyniki. W kolejnej części przedstawiono wnioski. Wyniki poddano dyskusji. W ostatniej części artykułu sformułowano rekomendacje związane z wprowadzeniem dopłat pacjentów.

Metoda badania

Badanie należy do grupy badań jakościowych, opartych na opinii wybranych uczestników sektora zdrowotnego. Zastosowano dwa rodzaje metod badawczych: badania fokusowe oraz pogłębione wywiady z celowo dobranymi respondentami.

Przeprowadzone badanie objęło cztery grupy respondentów: konsumentów opieki zdrowotnej, tj. pacjentów i potencjalnych pacjentów (zwanymi dalej pacjentami), świadczeniodawców (lekarzy i pielęgniarki), przedstawicieli instytucji ubezpieczeń zdrowotnych (publicznych i prywatnych) oraz decydentów politycznych. Opinie pacjentów i świadczeniodawców zebrano poprzez zogniskowane wywiady grupowe. Natomiast z przedstawicielami instytucji ubezpieczeń zdrowotnych i decydentami politycznymi przeprowadzono pogłębione wywiady.

Przeprowadzono 6 zogniskowanych wywiadów grupowych (w grupach liczących od 7 do 9 osób) z przedstawicielami konsumentów opieki zdrowotnej, tj. studentami, mieszkańcami miast, osobami posiadającymi dzieci, emerytami, osobami chorymi przewlekle i niepełnosprawnymi oraz mieszkańcami wsi. Kolejne 6 wywiadów grupowych przeprowadzono z przedstawicielami świadczeniodawców. Brali w nich udział: lekarze pierwszego kontaktu z terenów miejskich, lekarze pierwszego kontaktu z terenów wiejskich, lekarze specjaliści opieki ambulatoryjnej, pielęgniarki pracujące w szpitalach w dużym mieście, lekarze pracujący w szpitalach w dużym mieście, lekarze pracujący w szpitalach w małym mieście. Pogłębione wywiady przeprowadzono z 9 respondentami, dobranymi celowo ze względu na decyzyjną rolę, jaką pełnią w systemie ochrony zdrowia na jego różnych szczeblach oraz w różnych instytucjach, tj. Ministerstwie Zdrowia, jednostkach samorządów terytorialnych oraz Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) (centrala i oddziały wojewódzkie), a także prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Badania te przeprowadzono w okresie czerwiec–październik 2009 r. Lista pytań zadanych w badaniu została opracowana na podstawie przeglądu literatury odnoszą-

cej się do polityki dopłat pacjentów w Europie, a także w krajach pozaeuropejskich [7].

Do celów niniejszego artykułu analizie poddane zostały dane jakościowe uzyskane w badaniu (transkrypcje wywiadów).

Wyniki

Pytania zadane respondentom w trakcie badania dotyczyły trzech zagadnień: (1) akceptacji wprowadzenia dopłat oraz celów, których realizacji dopłaty mogłyby się przysłużyć, (2) konstrukcji systemu dopłat, czyli zakresu świadczeń objętych dopłatami oraz adresatów środków pochodzących z dopłat, (3) mechanizmów chroniących przed nadmiernym obciążeniem pacjentów dopłatami (górne limity dopłat i zwolnienia wybranych grup społecznych z dopłat).

Akceptacja dla dopłat i cele ich wprowadzenia

Największe poparcie dla dopłat pacjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych zaobserwowano wśród lekarzy. Wszyscy respondenci tej grupy wyrazili zdecydowaną akceptację dla wprowadzenia dopłat, uzasadniając swoje stanowisko złą kondycją systemu opieki zdrowotnej oraz koniecznością przeprowadzenia odważnych zmian (m.in. wprowadzenie dopłat) w celu naprawy systemu („Zapaść służby zdrowia trwa od dawna i bez odważnych działań i zdecydowanych kroków niczego nie zmienimy”; „Nie da się mówić o sprawnym leczeniu bez mówienia o potrzebie współfinansowania!”). Dopłaty, zdaniem lekarzy, pozwalają na zmniejszenie liczby nieuzasadnionych medycznie wizyt, które – jak wynika z ich doświadczenia – występują zbyt często. Jako główny cel dopłat lekarze wskazali poprawę efektywności w systemie opieki zdrowotnej. Ich zdaniem dopłaty mogą być także źródłem dodatkowych środków dla systemu, dla konkretnych placówek i pracowników medycznych. Możliwość uzyskania dodatkowych środków z dopłat powinna, według nich, zintensyfikować konkurencję o pacjenta. Lekarze wyrazili jednak obawę, iż wprowadzenie dopłat nie znajdzie akceptacji wśród pacjentów, co w ich opinii jest w dużej części wynikiem niezrozumienia zasad funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej, braku dostępnej informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, ale też istnienia opłat nieformalnych („Pacjenci mało rozumieją mechanizm działania służby zdrowia, uważają, że płacą duże składki, dodatkowo duże łapówki, a otrzymują mało”).

Wśród pielęgniarek zaobserwowano ograniczoną akceptację dla dopłat pacjentów. Ogólnie popierały one ich wprowadzanie, ale nie dla wszystkich rodzajów świadczeń i nie dla wszystkich grup ludności. Celem dopłat, zdaniem pielęgniarek, powinno być ograniczenie zbędnego popytu, a także generowanie dodatkowych środków dla placówek opieki zdrowotnej. Pielęgniarki, w przeciwieństwie do lekarzy, wskazywały także na ograniczenie opłat nieformalnych jako jeden z celów wprowadzenia dopłat formalnych.

Decydenci polityczni i przedstawiciele NFZ, choć w dużej mierze wyrażali poparcie dla dopłat jako instrumentu racjonalizującego popyt na świadczenia medyczne, zwracali uwagę na potrzebę kompleksowego traktowania racjonalizacji finansowania opieki zdrowotnej, wskazując np. na konieczność wprowadzania mechanizmów zwiększających efektywność systemu, działających po stronie świadczeniodawców. Częściej niż świadczeniodawcy wyrażali obawę, iż dopłaty mogłyby negatywnie wpłynąć na dostęp do opieki zdrowotnej osób z niskimi dochodami, a także osób przewlekle chorych. Kilku respondentów z tej grupy wskazało na uzyskanie dodatkowych środków finansowych dla systemu jako główny cel wprowadzenia dopłat, choć większość wyraziła przekonanie, że dopłaty nie uratują finansów systemu opieki zdrowotnej. Stąd też cele efektywnościowe wskazywali jako nadrzędne w stosunku do celów fiskalnych. Decydenci polityczni i przedstawiciele ubezpieczeń zdrowotnych podkreślili również znaczenie zwiększenia świadomości pacjenta o kształtowaniu się kosztów opieki zdrowotnej dla akceptacji opłat. Jeden z respondentów z tej grupy wskazał na likwidację monopolu NFZ i wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, obok wprowadzenia dopłat, jako oczekiwane działania poprawy funkcjonowania systemu.

W opinii większości konsumentów świadczeń zdrowotnych pacjenci w Polsce nie powinni dopłacać do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Duża część respondentów zwracała uwagę na fakt, iż płacą oni składki na opiekę zdrowotną, co, ich zdaniem, nie tylko podważa zasadność dodatkowych dopłat, lecz czyni je również niesprawiedliwymi („Ale jestem ubezpieczony, to mi się należy, po co mam dopłacać”). Dodatkowe dopłaty utożsamiane są przez nich z podwójnym płaceniem. Zdaniem pacjentów środki gromadzone ze składek z ubezpieczenia zdrowotnego są źle wykorzystywane, a konsekwencje złego zarządzania nie powinny być przerzucane na pacjentów („Nie może być tak, że jeżeli służba zdrowia się wali, bo jest źle zarządzana, to społeczeństwo ma za to ponosić konsekwencje”). Wielu respondentów wyraziło opinię, że gdyby środki, które przez okres swojej aktywności zawodowej opłacali w ramach składek, zostały odłożone na ich własne konto, to w sytuacji choroby byłoby ich stać na lepszą opiekę zdrowotną, niż mogą otrzymać obecnie. Stąd też pojawiły się nieliczne opinie, że „publiczny system, który nie potrafi zapewnić odpowiedniej opieki zdrowotnej, nie powinien w ogóle istnieć”. Respondenci reprezentujący pacjentów wyrażali poparcie dla dopłat tylko pod określonymi warunkami. Przede wszystkim uzależniali taki krok od wprowadzenia działań na rzecz poprawy jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Część pacjentów poparła dopłaty jedynie w formie płatności dobrowolnych w zamian za uzyskanie szybszego dostępu (np. wizyty u lekarza specjalisty) bądź wyższy standard opieki (np. pokój jednoosobowy w szpitalu). Jednakże w opinii innych respondentów takie rozwiązanie spowodowałoby wzrost nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej między osobami o zróżnicowanych dochodach („Wszyscy powinni być równo traktowani, otrzymy-

wać te same świadczenia finansowane przez fundusz”). W kwestii fiskalnego celu wprowadzania dopłat opinie były podzielone. Jedni wyrażali zrozumienie dla potrzeby zwiększenia środków dla systemu i placówek opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie dopłat. Inni wyrażali sceptycyzm co do możliwości realizacji tego celu. Pewna grupa pacjentów zgadzała się z opinią, że wprowadzenie dopłat może być uzasadnione ograniczeniem nadmiernej popytu na świadczenia opieki zdrowotnej, ale tylko w stosunku do jednej grupy ludności, a mianowicie osób starszych, które, ich zdaniem, nadużywają świadczeń. O sobie respondenci mówili, że korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej jedynie wtedy, gdy jest to konieczne.

Do jakich usług stosować dopłaty pacjentów?

W opinii lekarzy dopłaty powinny dotyczyć wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki szpitalnej, a także interwencji medycznej w nagłych przypadkach, udzielanej w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Zdaniem lekarzy każdy z podanych obszarów opieki zdrowotnej jest w złej kondycji i wymaga podjęcia działań reformatorskich.

Odmienne zdanie miały pielęgniarki. Uważały, że nie powinno się stosować dopłat do świadczeń udzielanych w nagłych przypadkach, a także świadczeń udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Te obszary opieki zdrowotnej powinny być powszechnie dostępne – bez jakichkolwiek opłat. Natomiast w przypadku korzystania ze świadczeń szpitalnego oddziału ratunkowego, które nie było uzasadnione nagłą przyczyną, pacjent powinien być obciążony pełnymi kosztami takich usług (po uprzednim poinformowaniu go o konieczności pełnej zapłaty za udzielone świadczenia). Umiarkowane poparcie wśród pielęgniarek uzyskały dopłaty w przypadku korzystania z usług specjalistów. Ich zdaniem nie powinny one dotyczyć pacjentów chorujących na choroby przewlekle i pozostających pod stałą opieką danego specjalisty. Pielęgniarki wyraziły zdanie, iż funkcjonujący obecnie system skierowań, który powinien „filtrować” pacjentów, nie działa najlepiej, gdyż zdarzają się przypadki „wymuszenia” skierowań przez pacjentów, także w nieuzasadnionych sytuacjach. W odniesieniu do opieki szpitalnej pielęgniarki poparły dopłaty za wyższy standard hotelowy, a część z nich także za wyżywienie.

Znaczna większość decydentów politycznych oraz przedstawicieli instytucji ubezpieczeń zdrowotnych poparła dopłaty do wszystkich rodzajów świadczeń z wyjątkiem świadczeń udzielanych w nagłych przypadkach, które – ich zdaniem – powinny być bezpłatne: „System powinien gwarantować pacjentom poczucie bezpieczeństwa”. Jednakże, podobnie jak pielęgniarki, respondenci z tej grupy wyrażali opinie, że koszty usług w szpitalnych oddziałach ratunkowych bez medycznego uzasadnienia jako nagłego przypadku powinny być w całości pokrywane przez pacjentów. W odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej decydenci polityczni i przedstawiciele NFZ z jednej strony wyrazili opinię, że opieka ta powinna być bezpłatna, z drugiej jednak wskazali na potrzebę

ograniczenia nieuzasadnionego korzystania z tych świadczeń. Dlatego też w ich opinii dopłaty w tym obszarze, jeśliby zostały wprowadzone, powinny być niskie lub też zwracane później pacjentom. W odniesieniu do opieki specjalistycznej podkreślano problem słabej realizacji „funkcji odźwiernego” (*gate keeper*) przez lekarzy pierwszego kontaktu. W związku z tym część pytanych decydentów politycznych i ubezpieczycieli zwróciła uwagę na konieczność wprowadzenia bodźców finansowych dla lekarzy pierwszego kontaktu, pozwalających na racjonalniejsze korzystanie z opieki specjalistycznej. Jeden z respondentów był zdania, iż należy umożliwić pacjentom korzystanie w publicznych placówkach opieki zdrowotnej z prywatnych świadczeń specjalistycznych (w 100% pokrywanych ze środków pacjenta). Dopłaty w opiece szpitalnej, zdaniem dużej części decydentów politycznych i przedstawicieli ubezpieczycieli, powinny obejmować koszty hotelowe i koszty żywienia. Pojawiła się także opinia, iż dopłaty w opiece stacjonarnej powinny dotyczyć określonej części wszystkich kosztów (przy założeniu szerokiego koszyka świadczeń gwarantowanych), co stworzyłoby przestrzeń do wprowadzenia uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych.

Pacjenci uważali, że dopłaty nie powinny dotyczyć podstawowej opieki zdrowotnej (tj. pierwszego kontaktu pacjenta z systemem) i opieki w nagłych przypadkach (świadczenia ratujące życie). Jednocześnie wskazali, że w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nie ma świadczeń, które uzasadniałyby dopłaty pacjentów („Nie rozumiem, za co miałyby dopłacać, jest to podstawowy zakres opieki”). W obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej akceptacja dopłat została uwarunkowana przez część respondentów uzyskaniem dodatkowych korzyści, np. brakiem konieczności posiadania skierowania na wizytę, przeprowadzeniem dodatkowego (na prośbę pacjenta) badania specjalistycznego, skróceniem czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, który – zdaniem wielu – jest stanowczo za długi i zmusza do korzystania z prywatnej opieki specjalistycznej. Pacjenci podkreślali, że w opiece szpitalnej częściowo istnieją już dopłaty, np. opłaty za leki (hospitalizowani pacjenci są proszeni o ich zakup), a także funkcjonują opłaty nieformalne. Dlatego nie popierają oni wprowadzenia obowiązkowych dopłat w opiece szpitalnej, natomiast dobrowolne dopłaty powinny obejmować jedynie świadczenia niemedyczne, np. wyższy standard sali szpitalnej, dodatkowa opieka pielęgniarska, poród rodzinny. Jednakże część respondentów zwróciła uwagę na zły stan wielu placówek opieki zdrowotnej, który uniemożliwia świadczenie opieki o wyższym standardzie (np. brak sal, personelu medycznego).

Dla kogo środki z dopłat pacjentów?

Na pytanie, kto powinien ostatecznie otrzymać środki pochodzące z dopłat, większa część lekarzy i wszystkie pielęgniarki odpowiedzieli, że powinny to być zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi. Część tych środków mogłaby zostać przeznaczona na wzrost wynagrodzeń dla personelu medycznego, ale także na poprawę

jakości świadczonej opieki zdrowotnej i polepszenie warunków pracy personelu medycznego. Znaczna część lekarzy była jednak zdania, że środki pochodzące z dopłat powinny bezpośrednio trafiać do świadczących usług pracowników medycznych. Nieliczni lekarze, dopuszczający przekazanie dopłat do płatnika (NFZ), obwarowali swoje stanowisko wprowadzeniem odpowiedniego systemu gospodarowania środkami i zakupu świadczeń.

Decydenci polityczni i przedstawiciele ubezpieczeń zdrowotnych w większości poparli pozostawienie środków z dopłat placówkom opieki zdrowotnej, w których świadczenia są udzielane. Ich zdaniem motywowałoby to placówki do efektywniejszego działania, wspierając jednocześnie ich konkurencję. Zgromadzone środki mogłyby być wykorzystane na wzrost wynagrodzeń, chociaż decyzję o tym, na co przeznaczać środki, powinno się pozostawić zarządzającym placówkami. Natomiast ci z decydentów politycznych i przedstawicieli ubezpieczeń zdrowotnych, którzy opowiedzieli się za przekazaniem dopłat do NFZ, wskazali na niebezpieczeństwo reakcji popytu przez świadczeniodawców i nieracjonalnej, z punktu widzenia priorytetów systemu, alokacji środków w sytuacji, gdyby bezpośrednimi beneficjentami były placówki opieki zdrowotnej.

Większość pacjentów była zdania, iż ostatecznym beneficjentem powinny być placówki opieki zdrowotnej, które mogłyby przeznaczyć te dodatkowe środki np. na remonty, sprzęt, ale także na wynagrodzenie dla personelu medycznego. Natomiast wykorzystanie tych środków wyłącznie na wynagrodzenia nie znalazło szerokiej akceptacji, a jeśli już, to w pierwszej kolejności powinny być zwiększone wynagrodzenia pielęgniarek. Duża część pacjentów wskazała NFZ jako ostatecznego adresata środków pochodzących z dopłat. W ich opinii dopłaty mogłyby być wtedy wykorzystane do poprawy jakości opieki nad wszystkimi pacjentami, nie tworząc nierówności między placówkami. Część pacjentów obawiała się także złego zarządzania środkami przez szpitale.

Mechanizmy ochrony pacjentów przed nadmiernymi obciążeniami

Większość respondentów ze wszystkich grup wskazała na potrzebę wprowadzenia mechanizmów chroniących pacjentów przed negatywnymi skutkami społecznymi i zdrowotnymi występowania dopłat w postaci górnych limitów (kwoty dopłat lub liczby odpłatnych świadczeń) lub zwolnień/zniżek dla wybranych grup społecznych. Wprowadzenie górnych limitów nie zyskało przychylności pielęgniarek. Ich zdaniem instrument ten mógłby spowodować zwiększoną konsumpcję świadczeń po przekroczeniu przez pacjentów górnego limitu. Lekarze natomiast są sceptycznie nastawieni do stosowania zwolnień dla wybranych grup społecznych, w związku z występującymi – ich zdaniem – nadużyciami oraz ryzykiem, iż zbyt wiele zwolnień ograniczyłoby przychody z dopłat, co dosadnie wyraża jedna z wypowiedzi: „Jeśli dopłaty mają mieć sens, to trzeba je wprowadzić z całą stanowczością, bez sentymentów. Jeśli usilnie zaczniemy szukać, komu by dopłaty obniżyć lub kogo by zwolnić,

to system staje się bez sensu”. Wśród części lekarzy jedynie obniżenie dopłat dla nielicznych grup społecznych znalazło akceptację.

Decydenci polityczni i przedstawiciele ubezpieczeń zdrowotnych stanowczo poparli wprowadzenie górnych limitów dopłat, co – ich zdaniem – w wystarczający sposób chroniłoby pacjentów zmuszonych do częstego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Ta grupa respondentów była mniej przekonana co do słuszności wprowadzenia dodatkowo zniżek lub zwolnień dla wybranych grup społecznych, m.in. ze względu na konieczność zapewnienia prostoty systemu dopłat i zniechęcenia pacjentów do poszukiwania sposobów na ich uniknięcie.

Pacjenci z kolei wyrazili znacznie większe poparcie dla zwolnień i/lub zniżek dla wybranych grup społecznych niż dla górnych limitów dopłat stosowanych wobec całego społeczeństwa.

Dzieci i osoby z niskimi dochodami to dwie grupy społeczne, które najczęściej były wymieniane przez respondentów jako te, które nie powinny płacić za świadczenia opieki zdrowotnej lub też powinny wносить niższe opłaty. Zdaniem respondentów nie należy wprowadzać ograniczeń w korzystaniu z opieki zdrowotnej przez dzieci, ponieważ „jest to inwestycja w zdrowie przyszłych pokoleń”. W opinii lekarzy u młodych osób należy wykształcić nawyk dbałości o zdrowie oraz zwyczaj wczesnego zgłaszania się do lekarza w przypadku wystąpienia dolegliwości. W odniesieniu do osób z niskimi dochodami respondenci zwracali uwagę na konieczność wiarygodnej weryfikacji dochodów gospodarstw domowych. Część respondentów była też zdania, iż to system pomocy społecznej powinien wspierać osoby ubogie poprzez przejęcie ich dopłat.

Wprowadzanie pewnych mechanizmów ochronnych w przypadku osób niepełnosprawnych respondenci uzależnili od określenia stopnia niepełnosprawności, a niektórzy także od przyczyn wystąpienia niepełnosprawności. Część decydentów politycznych zwróciła ponadto uwagę na fakt, iż nie każda niepełnosprawność wyklucza aktywność zawodową i nie zawsze wiąże się z koniecznością częstego korzystania ze świadczeń medycznych, a tym samym nie ma potrzeby stosowania zwolnień z dopłat dla wszystkich osób niepełnosprawnych. W odniesieniu do kobiet ciężarnych respondenci, którzy popierali zwolnienia z dopłat (głównie pielęgniarce i decydenci polityczni/przedstawiciele NFZ), powoływali się na konieczność dbania o zdrowie dziecka już w życiu płodowym, traktując je, podobnie jak w przypadku dzieci, jako „inwestycje” w zdrowie przyszłych pokoleń.

Tylko nieliczni respondenci poparli zwolnienie z dopłat osób z chorobami przewlekłymi, wskazując na duże zróżnicowanie tej grupy pod względem potrzeb zdrowotnych, a także sytuacji finansowej. Według niektórych konieczne byłoby sprecyzowanie listy chorób stanowiących rzeczywiście duże obciążenie dla finansów gospodarstwa domowego. Zdaniem decydentów politycznych w celu ochrony tej grupy wystarczające jest wprowadzenie górnego limitu dopłat. Jedynie wśród pacjentów widoczne jest znaczne poparcie dla zwolnienia osób chorych przewlekłe z dopłat lub też dla zastosowania niższych dopłat,

co wynika z przekonania o wysokich kosztach leczenia, głównie leków, ponoszonych przez osoby z chorobami przewlekłymi. Także emeryci jako grupa społeczna w opinii większości respondentów nie powinni być zwolnieni z dopłat, ponieważ jest to grupa zbyt zróżnicowana pod względem dochodowym. Niektórzy lekarze uznali natomiast, że dopłat nie powinny wносить osoby w podeszłym wieku, powyżej 80. lub 90. roku życia.

Duża część respondentów uważała, że ewentualne przyznanie zwolnienia lub ograniczenia w dopłatach powinno być uwarunkowane wystąpieniem więcej niż jednego czynnika (np. istnienie choroby przewlekłej i niskiego dochodu).

Wnioski

Opinie uczestników systemu opieki zdrowotnej na temat wprowadzenia dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są zróżnicowane. Można je podzielić na trzy grupy: (1) popierających dopłaty, (2) ogólnie je nieakceptujących i (3) niezdecydowanych.

Najbardziej sceptycznie nastawieni do wprowadzenia obowiązkowych opłat byli pacjenci. Wyrażali brak przekonania, że takie opłaty mogą przyczynić się do poprawy jakości opieki zdrowotnej w Polsce, a przy tym artykułowali brak zaufania do decydentów politycznych i zarządzających systemem opieki zdrowotnej i sceptycyzm, że dopłaty mogą spowodować osiągnięcie takiego celu. Umiarkowaną akceptację pacjentów znalazły jedynie opłaty dobrowolne, głównie za szybszy dostęp do opieki zdrowotnej i wyższy jej standard. Wydaje się, iż negatywne nastawienie pacjentów i brak zaufania wynikają ogólnie z nieprzejrzystości systemu opieki zdrowotnej, w tym występowania quasi-formalnych opłat (np. opłaty za opiekę pielęgnacyjną w szpitalach), a także opłat nieformalnych.

Stanowcze poparcie dla dopłat obejmujących wszystkie rodzaje opieki, a także w stosunku do wszystkich grup ludności, wyrażali lekarze. Można to wyjaśnić niezadowoleniem środowiska medycznego, a nawet frustracją, z powodu niesatysfakcjonujących warunków pracy w sektorze zdrowia, niskiego finansowania w sytuacji wzrostu popytu na świadczenia medyczne, a nawet roszczeń pacjentów oraz przekonania lekarzy, że wprowadzenie dopłat może zmienić tę sytuację. Decydenci polityczni i przedstawiciele NFZ także okazali się zwolennikami dopłat do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, choć w nieco mniejszym stopniu niż grupa świadczeniodawców, głównie jako jednego z mechanizmów racjonalizacji systemu.

Pewną liczbę respondentów cechowało wyraźne niezdecydowanie. Z jednej strony wyrażano obawy, że wprowadzenie powszechnych dopłat ze strony pacjentów może ograniczyć dostęp i w konsekwencji przyczynić się do pogorszenia statusu zdrowotnego tych osób, które i tak są narażone na wyższe ryzyko ubóstwa i trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb. Z drugiej strony formułowano wymagania wobec systemu i świadczeniodawców dotyczące informacji, jakości i większej

racjonalności w zachowaniach świadczeniodawcy oraz płatnika jako działania wyprzedzającego, warunkujące wprowadzenie dopłat. Jak pokazuje doświadczenie, nie są to wymagania łatwe do spełnienia. Jednak bez ich realizacji respondenci nie widzą korzyści we wprowadzeniu dopłat, ponieważ, ich zdaniem, o racjonalizacji zachowań w systemie w większym stopniu decydują zachowania lekarzy i motywacje płatnika niż zachowania pacjentów. Ewentualna zgoda na dopłaty, ale uwarunkowana poprawą organizacji i jakości świadczonych usług medycznych, najsilniej podana została w dyskusji grupy osób pracujących w mieście. W tej grupie pojawił się też postulat wprowadzenia dopłat dobrowolnych (lub raczej dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych) jako rozwiązanie dla tych, którzy chcą i mogą zapłacić więcej w zamian za dodatkowe świadczenie i wyższy standard.

W wywiadach z decydentami politycznymi szczebla samorządu terytorialnego pojawił się argument globalnego kryzysu finansowego jako okoliczności niesprzyjającej wprowadzaniu indywidualnych dopłat pacjentów. Byłoby to posunięcie ograniczające solidaryzm ubezpieczenia zdrowotnego, bo obciążające osoby dotknięte ryzykiem choroby, i to w trudniejszych warunkach.

Dyskusja

Uzyskane wyniki badań mogą wskazywać, że w Polsce zmienia się stosunek do wprowadzenia bezpośrednich dopłat pacjentów w momencie korzystania z usług zdrowotnych. Byłby to wniosek o tyle interesujący, że badania opinii od kilku lat wskazywały na brak poparcia dla dopłat pacjentów, nawet dla usług pozamedycznych w szpitalach, takich jak wyżywienie i koszty hotelowe. Wprawdzie w 2008 r. udział zdecydowanych przeciwników nieco się zmniejszył w porównaniu z badaniami z 2006 r., to jednak grupa przeciwników jest ciągle przeważająca – zdecydowanie ponad 60% badanej populacji [8, 9].

Wyrażenie poparcia dla dopłat, na co wskazywałyby wyniki prezentowanego badania, może wynikać z jego specyfiki. Uzyskane wyniki zostały zebrane na podstawie dwóch rodzajów badań jakościowych: pogłębionych wywiadów oraz dyskusji grup fokusowych. Wywiady zostały przeprowadzone *de facto* z ekspertami i politykami. Dają inny jakościowo materiał. Respondenci są w pełni świadomi problemu, wiedzą o co chodzi, ale też bardziej biorą pod uwagę zewnętrzne wobec sektora zdrowotnego uwarunkowania, np. globalny kryzys finansowy czy układ sił politycznych w danym okresie. Natomiast uczestnicy dyskusyjnych grup fokusowych tworzą raczej obraz przeciętnej opinii publicznej, najczęściej nieświadomej kosztów sektora zdrowotnego i roszczeniowej (bo już przecież płacą). Wyjątkiem są tu środowiska medyczne. W ich wypowiedziach czuje się, że dobrze rozumieją problem i popierają dopłaty, ponieważ są świadomi możliwości poprawy sytuacji w sektorze zdrowotnym. Dopłaty dają bowiem szansę na zwiększenie środków

w sektorze, a gromadzenie środków z tych na szczeblu placówki opieki zdrowotnej – czyni realną możliwość większego doń dostępu. Ponadto są przekonani, że opłaty byłyby narzędziem kontrolowania popytu, dostrzegając problem nadmiernego korzystania w warunkach braku jakiegokolwiek odpłatności ze strony pacjentów.

Badania zostały przeprowadzone w 2009 r., specyficznym dla sytuacji ekonomicznej w kraju i specyficznym dla sytuacji sektora zdrowotnego w Polsce. Ogólna sytuacja ekonomiczno-finansowa charakteryzowała się zahamowaniem tempa wzrostu gospodarczego na skutek globalnego kryzysu finansowego i zmniejszeniem wpływów NFZ¹. Odczucie ograniczenia budżetowego dla świadczeniodawców stało się znacznie silniejsze niż w latach poprzednich.

Przekonanie respondentów o skuteczności dopłat w osiągnięciu celu fiskalnego, a także efektywnościowego, oparte jest głównie na informacjach o istnieniu dopłat w innych krajach europejskich, mniej natomiast na wynikach ewaluacji polityk dopłat. Tymczasem dowody naukowe, potwierdzające skuteczność dopłat w poprawie efektywności systemu, są ograniczone. Wynika to po części z faktu, iż popyt na świadczenia medyczne jest kształtowany w dużej mierze przez zachowania świadczeniodawców. Dlatego być może bardziej skutecznymi narzędziami w poprawie efektywności systemu mogłyby się okazać mechanizmy działające po stronie świadczących usługi, np. konsekwentne wykorzystanie mechanizmu *gate keeping* [10]. W Polsce mechanizm ten nie funkcjonuje prawidłowo (głównie z powodu „niedokończonych” reformy opieki podstawowej i braku bodźców finansowych), na co zwracali uwagę także niektórzy decydenci polityczni i przedstawiciele NFZ.

Wprowadzenie dopłat może doprowadzić do zmniejszenia korzystania ze świadczeń zdrowotnych [np. 11–17], a często dotyczy to dzieci i grup ludności z niskimi dochodami [14, 15]. Niskie („symboliczne”) opłaty, proponowane w przeszłości w Polsce, a także podawane przykładowe w analizowanym badaniu, mają jedynie ograniczoną zdolność do eliminowania nieuzasadnionej medycznie konsumpcji (np. nie zniechęca osób, które od czasu do czasu zgłaszają się do lekarza głównie po zwolnienie lekarskie), mogą natomiast ograniczyć dostęp do świadczeń tym osobom, które ze względu na swój zły stan zdrowia muszą często korzystać z opieki, a dodatkowo wykazują niskie dochody.

Pojawia się także pytanie o efektywność fiskalną systemu dopłat. Może się okazać, że koszty administracyjne funkcjonowania systemu dopłat, obejmujące koszty poboru i ewidencji, pochłoną większą część środków z dopłat, szczególnie w sytuacji rozbudowanego systemu niżek lub zwolnień. Doświadczenia innych krajów wskazują, iż przychody brutto z dopłat pacjentów stanowią przeciętnie 5% całkowitych wydatków publicznych na zdrowie, co w przypadku wysokich kosztów obsługi systemu może spowodować, że przychody netto będą

¹ Wprawdzie w przeciwieństwie do innych krajów europejskich w Polsce w 2009 r. nie doszło do spadku PKB, lecz jedynie do silnego osłabienia tempa jego wzrostu (wzrost PKB wyniósł 1,7%), to jednak spadek zatrudnienia był wyraźny – 0,7%, a właśnie zatrudnienie decyduje o wpływach ze składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. W kolejnym – 2010 r. – sytuacja finansowa sektora opieki zdrowotnej była trudniejsza. Ograniczenia budżetowe zwiększyły nacisk na poszukiwanie dodatkowych źródeł środków.

zbliżone do zera [11, 18–20]. Wydatne ograniczenie kosztów administracyjnych mogłoby mieć miejsce w sytuacji, gdy to placówki opieki zdrowotnej gromadziłyby i wykorzystywały środki pochodzące z dopłat. Należy także zwrócić uwagę, iż argument o nadmiernym korzystaniu z opieki zdrowotnej polskich pacjentów wynika z indywidualnych doświadczeń i obserwacji respondentów. Brak jest natomiast badań na temat podstawowych czynników kształtowania się popytu na usługi zdrowotne. Prawidłowością występującą w biedniejszych krajach jest unikanie wizyt u lekarza aż do momentu wystąpienia sytuacji zagrażającej życiu lub powstania niepełnosprawności oraz niezdolności do pracy. Niektóre badania oraz dane statystyczne o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej potwierdzają występowanie takiego zjawiska także w Polsce [21, 22]. Wprowadzenie powszechnego systemu dopłat mogłoby spotęgować to negatywne zjawisko.

Rekomendacje

Ewentualne wprowadzenie dopłat pacjentów w Polsce wymagałoby licznych kroków wyprzedzających taką decyzję. Oto podstawowe z nich, obecne zarówno *explicite*, jak i *implicite* w postulatach respondentów badania.

- Potrzebna jest zmiana retoryki władz rządowych w kwestii stanu finansów ochrony zdrowia. Teza o tym, że środki są wystarczające, a tylko złe zarządzanie na poziomie mikro, ogranicza dostęp i sprzyja złej jakości, nie spowoduje zrozumienia i następnie akceptacji dla wprowadzenia dopłat.
- Ze względu na brak wiedzy o funkcjonowaniu systemu i brak zaufania wśród pacjentów do zarządzających systemem niezbędne jest tworzenie i wzrost dostępu do wiarygodnej informacji o funkcjonowaniu systemu w celu zwiększenia jego transparentności oraz trafnego lokowania odpowiedzialności za jego niedostatki.
- Analizy i dyskusji wymagałaby propozycja wprowadzenia ewentualnych zwolnień z opłat słabszych socjalnie i zdrowotnie grup ludności w celu ich ochrony przed ograniczeniem dostępu, wykorzystując szersze – wielodyscyplinarne spojrzenie na problem.
- Potrzebne jest dostarczanie argumentów na rzecz zmiany jednostronnego postrzegania problemu nadmiernego korzystania (nadużywania) świadczeń zdrowotnych (emeryci!) w wyniku popularyzacji badań na temat głównych determinant wzrostu korzystania: wykształcenie i dochody oraz uwarunkowania demograficzne (kobiety w okresie intensywnej prokreacji oraz osoby starsze).
- Konieczne jest przeprowadzenie wnikliwej analizy powodów wycofania się z dopłat pacjentów (po ich wprowadzeniu) w krajach południowych sąsiadów Polski (Słowacji, Węgier) w celu uniknięcia podobnego niepowodzenia.
- Zasadne byłoby przygotowanie kampanii społecznej na temat wprowadzenia dopłat uzasadniających je nie przeciwko jakiejś grupie, lecz w kategoriach nadania usługom zdrowotnym wyższej wartości (poszanowania), jako że dobra bezpłatne bywają traktowane jako

dobra gorszej jakości, natomiast z opłatą za dobro łączy się nierzadko jego wyższa ocena w kategoriach jakości.

- Należy przygotować i wdrażać programy działań zwiększających skuteczność mechanizmów kształtujących zachowania świadczeniodawców (np. odpowiednich mechanizmów finansowania świadczeń przez NFZ) w celu poprawy efektywności wykorzystania zasobów, a także jakości opieki zdrowotnej.
- W dyskusji na temat zwiększenia środków finansowych dla systemu opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie dopłat należy rozważyć także możliwości wzrostu publicznego finansowania systemu. Polski system ochrony zdrowia na tle innych krajów europejskich charakteryzuje się niskim poziomem wydatków publicznych i wysokim udziałem wydatków gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną. W krajach Europy Zachodniej wprowadzenie dopłat wystąpiło przy znacznie wyższym poziomie wydatków publicznych w relacji do PKB [23].
- Zgłoszeniu propozycji wprowadzenia dopłat powinny towarzyszyć rachunki symulacyjne, dotyczące wieloaspektowych skutków: nie tylko fiskalnych, lecz także społecznych i zdrowotnych, związanych z ewentualnym ograniczeniem dostępu i nierównościami zdrowia.

Acknowledgement:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract:

Introduction of patient payments for publicly financed health care services – opinions of the main Polish health care system's stakeholders

Key words: patient payments, health care system reform, Poland

During the last decades many European governments have introduced patient payments in their public health care system with the aim to improve efficiency of health care provision, contain overall health care expenditure, and also to generate additional resources. In Poland, since 1999 patients have met formal payment obligations when they use dental services. Though introduction of formal patient payments for primary care services, out-patient specialists' services and hospital services has been discussed, such payments do not exist. Empirical evidence suggests that the successful implementation of patient payments, to a large extent, depends upon public acceptance and political consensus.

The paper presents the results of study on attitudes towards formal patient payments for publicly financed health care services, among different groups of Polish health care system's stakeholders (health care consumers, providers, insurers and policy makers). The data are collected via focus group discussions and in-depth interviews carried out in Poland in June–October 2009 as part of project ASSPRO CEE 2007. The results are used to out-line policy recommendations.

Piśmiennictwo:

1. Abel-Smith B., Mossialos E., *Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union*. „Health Policy” 1994; 28: 89–132.
2. Golinowska S., Tymowska K., Poland, w: Johnson N. (red.), *Private markets in health and welfare. An international perspective*. Berg Publishers Limited, Oxford 1995: 137–153.
3. Robinson R., *User Charges for Health Care*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (red.), *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, Buckingham 2002: 161–184.
4. Ministerstwo Zdrowia, *Finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Golinowska S. (red.), Wydawnictwo Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego „Vesalius”, Kraków 2009.
5. Tambor M., Pavlova M., Woch P., Groot W., *Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries*. „European Journal of Public Health” 2010. doi: 10.1093/eurpub/ckq139.
6. Tymowska K., *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie, bariery dostępu i opinie społeczne*, w: Czapiński J., Panek T. (red.), *Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa 2006.
7. Pavlova M., Tambor M., Groot W., *A conceptual model for the analysis and assessment of patient payments policies*. Brief no. BP-1/2009 ASSPRO CEE 2007. <http://www.assprocee2007.com/ASSPRO%20CEE%202007%20PB%201%202009.pdf>
8. Górecki W., *Oplaty dodatkowe za usługi pozamedyczne w szpitalach*. CSIOZ, Warszawa 2005.
9. Górecki W., *Oplaty za usługi medyczne w szpitalach w opinii Polaków. Za a nawet przeciw*. „Menadżer Zdrowia” 2010; 1: 32–35.
10. Carrin G., Hanvoravongchai P., *Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries?* „Human Resources for Health” 2003; 1(6): 1–10.
11. Bennett S., *The impact of the increase in user fees: a preliminary investigation*. „Lesotho Epidemiological Bulletin” 1989; 4: 29–37.
12. Kim J., Ko S., Yang B., *The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea*. „Health Policy” 2005; 72: 293–300.
13. Kupor S.A., Liu Y.-C., Lee J., Yoshikawa A., *The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's national health insurance system*. „International Journal of Health Services” 1995; 25(2): 295–312.
14. Manning W.G., Newhouse J.P., Duan N., Keeler E.B., Leibowitz A., Marquis M.S., *Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment*. „American Economic Review” 1987; 77: 51–277.
15. Newhouse J.P., *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Harvard University Press, Harvard 1993.
16. O'Grady K.F., Manning W.G., Newhouse J.P., Brook R.H., *The impact of cost sharing on emergency department use*. „The New England Journal of Medicine” 1985; 313: 484–490.
17. Selby J.V., Fireman B.H., Swain B.E., *Effect of a copayment on the use of the emergency department in a health maintenance organization*. „The New England Journal of Medicine” 1996; 334: 635–641.
18. Creese A., *User charges for health care: a review of recent experiences*. „Health Policy and Planning” 1991; 6: 309–319.
19. Sepehri A., Chernomas R., Akram-Lodhi H., *Panelizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam*. „Health Policy and Planning” 2005; 20(2): 90–99.
20. Sowada C., *Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego*. „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004; II(1): 11–22.
21. Golinowska S., *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*. IPiSS, Warszawa 2004.
22. GUS, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r.* Warszawa 2009.
23. Wendt C., Grimmeisen S., Rothgang H., *Convergence or Divergence in OECD Health Care Systems?* w: Cantillon B., Marx I. (red.), *International Cooperation in Social Security: How to Cope with Globalisation*. Intersentia, Antwerp 2005: 15–45.

O autorach:

Stanisława Golinowska – profesor nauk ekonomicznych i polityki społecznej, kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego w Instytucie Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Mgr Marzena Tambor – badacz w projekcie ASSPRO CEE 2007, doktorantka na Uniwersytecie Maastricht (Department of Health Organisation, Policy and Economics; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences)

Dr Christoph Sowada – dr nauk ekonomicznych – adiunkt w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków