

JOANNA MUCHA

JESZCZE JEDEN POMYSŁ  
NA ZREFORMOWANIE SEKTORA OPIEKI ZDROWOTNEJ  
– DOPŁATY DO USŁUG MEDYCZNYCH

Polski system opieki zdrowotnej znajduje się na krawędzi zapaści. Zaniechanie przeprowadzenia gruntownych reform skutkuje obecną katastrofalną sytuacją organizacyjną i finansową. Jednocześnie na wielu forach prowadzi się niekończące się dyskusje dotyczące sposobów uzdrowienia sektora opieki zdrowotnej. Tematem powracającym jak bumerang jest wprowadzenie dopłat do świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. Koncepcja ta ma zarówno swoich gorących zwolenników, jak i zagorzałych przeciwników. Nie można jednak czasem oprzeć się wrażeniu, że wiedza dotycząca tego instrumentu po obu stronach jest niewielka. Wychodząc naprzeciw potrzebie zapoznania uczestników dyskursu z tematem ich dyskusji, autorka zdecydowała się opisać dopłaty do usług zdrowotnych w niemal encyklopedyczny sposób. W artykule zatem opisane zostaną typy dopłat (współpłacenia), ich funkcje, negatywne efekty związane z ich wprowadzeniem, system współpłacenia oraz instrumenty alternatywne w stosunku do współpłacenia.

Dopłaty (*co-payments*) stanowią jedną z form tzw. płatności bezpośrednich, czyli wydatków dokonywanych w sytuacji korzystania z opieki zdrowotnej (w odróżnieniu od wydatków dokonywanych niezależnie od korzystania z opieki zdrowotnej, np. wydatków na ubezpieczenie zdrowotne). Pacjenci dokonują płatności bezpośrednich (czyli opłacają korzystanie z opieki zdrowotnej w momencie korzystania z opieki zdrowotnej) w następujących sytuacjach:

---

Mgr JOANNA MUCHA – asystent Katedry Mikroekonomii i Nauki o Przedsiębiorstwie w Instytucie Ekonomii, Wydział Nauk Społecznych KUL; adres do korespondencji: Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin.

- kiedy ponoszą wydatki związane z zakupem usług medycznych w sektorze prywatnym (bez abonamentów<sup>1</sup>);
- współpłacąc za leki (*co-payments*) i kupując leki pełnopłatne (analogicznie – kupując dobra medyczne, np. okulary, sprzęt ortopedyczny);
- współpłacąc w sektorze publicznym, lub szerzej – ponosząc wydatki przy korzystaniu z opieki zdrowotnej w sektorze publicznym;
- dokonując opłat nieformalnych, czasem eufemistycznie określanych *opłatami kopertowymi*;
- kupując rzeczywiste dowody wdzięczności.

W artykule omówione zostaną dokładnie rodzaje dopłat (lub współpłacenia *co-payments* – pojęcia te będą stosowane zamiennie) do usług medycznych, niezależnie od tego, czy dotyczą sektora prywatnego czy publicznego. Oczywiście, pojęcie współpłacenia za usługi medyczne<sup>2</sup> jest węższe niż pojęcie płatności bezpośrednich, określenie to nie obejmuje wydatków na leki, niektórych płatności w sektorze publicznym (np. tzw. „cegiełek”), dowodów wdzięczności czy sfery korupcyjnej finansowania służby zdrowia.

Tabela 1. pozwala na wprowadzenie pewnych ram dla pojęcia współpłacenia.

Tab. 1. Sposoby finansowania sektora zdrowotnego

Własność/źródło finansowania		Środki finansowe	
		Środki prywatne	Środki publiczne
Prawa własności majątku świadczeniodawców	Własność prywatna	1. Sytuacja rynkowa	2. Rynek regulowany
	Własność publiczna	3. Współpłacenie, ale także zachowania korupcyjne	4. Wyłączność państwowej służby zdrowia

Źródło: S. Golinowska, s. 38

Jeśli w służbie zdrowia mamy do czynienia tylko ze środkami publicznymi, to niezależnie od tego, czy świadczeniodawcy są podmiotami publicznymi

<sup>1</sup> Abonamenty nie są zaliczane do płatności bezpośrednich (*out-of-pocket-spending*), ponieważ dokonywane są niezależnie od wystąpienia potrzeby zdrowotnej i niezależnie od korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Są to tzw. płatności prospektywne.

<sup>2</sup> W dalszej części rozdziału pojęcie współpłacenia lub dopłat będzie odnosiło się do usług medycznych.

czy prywatnymi – nie ma miejsca dla współpłacenia. W większości systemów zdrowotnych jednakże mamy do czynienia z mieszanymi źródłami finansowania, publicznymi i prywatnymi. Tam, gdzie pojawiają się środki prywatne, a świadczeniodawcy lub/i podmiot zakupujący usługi dla pacjentów (w Polsce – NFZ) mają charakter podmiotów publicznych, najczęściej<sup>3</sup> mamy do czynienia z współpłaceniem. Może ono pojawić się również w sytuacji prywatnych (przynajmniej częściowo) środków w sektorze zdrowotnym i prywatnej własności, np. przy wprowadzeniu komercyjnych ubezpieczeń z elementami współpłacenia (tabela tego rozwiązania nie uwzględnia).

## 1. RODZAJE WSPÓŁPŁACENIA

Wśród rodzajów współpłacenia omówione zostaną kolejno: ograniczenie sumy ubezpieczenia, stały, procentowy udział pacjenta w kosztach leczenia (współubezpieczenie), franszyzy, klasyczne współpłacenie i indemnizacja.

Opis w dużej mierze opiera się na artykule Ch. Sowady *Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego*<sup>4</sup>. Autor do rodzajów współpłacenia zalicza również koszyk usług gwarantowanych. Zdaniem autorki artykułu jest to już zbyt szerokie ujęcie tematu; koszyk usług gwarantowanych zostanie natomiast omówiony wśród narzędzi z jednej strony alternatywnych wobec współpłacenia, z drugiej – tworzących z współpłaceniem wspólny system.

### a) *Ograniczenie sumy ubezpieczenia*

Ograniczenie sumy ubezpieczenia do z góry ustalonej kwoty (ograniczenie odpowiedzialności finansowej ubezpieczyciela) jest zabiegiem często stosowanym w ubezpieczeniach komercyjnych. To ograniczenie dotyczy najczęściej sumy kosztów świadczeń uzyskanych przez osobę ubezpieczoną w danym przedziale czasu, najczęściej w roku.

W ubezpieczeniach społecznych tego typu narzędzie wykorzystywane jest rzadko. Ograniczenie sumy ubezpieczenia stosowane jest po to, żeby uchronić ubezpieczyciela przed bardzo istotnym obciążeniem finansowym, którego

---

<sup>3</sup> Teoretycznie można wyobrazić sobie funkcjonowanie tego rozwiązania bez współpłacenia, opierając się np. na ubezpieczeniach komercyjnych bez współpłacenia lub abonamentach, ale jest to sytuacja mało prawdopodobna.

<sup>4</sup> „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”. Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ 2004.

prawdopodobieństwo wystąpienia jest bardzo małe i które nie następuje na skutek hazardu moralnego. Pacjent w sytuacji wystąpienia potrzeby zdrowotnej generującej bardzo wysokie koszty przy ograniczeniu sumy ubezpieczenia pozostaje bez środków na skuteczne leczenie, co oznacza nawet czasem wyrok śmierci. W naszym obszarze kulturowym na taką konstrukcję współpłacenia nie pozwala postulat sprawiedliwości społecznej, ale już w Stanach Zjednoczonych, gdzie kulturowo jednostka jest odpowiedzialna za swoje zdrowie, sytuacje tragicznych skutków zastosowania tej formy współpłacenia nie należą do rzadkości.

Podobne, w pewnym stopniu, narzędzie stosowane jest jednak w systemie publicznym w Holandii. Osoba ubezpieczona może tak skorzystać w ramach ubezpieczenia z dziewięciu porad lekarskich rocznie. Kolejne dziewięć wymaga specjalnej zgody ubezpieczyciela publicznego, a brak zgody oznacza, że pacjent sam musi opłacić wizytę.

b) *Stały procentowy udział pacjenta w kosztach leczenia (współubezpieczenie)*

Narzędzie to stosowane jest często w ubezpieczeniach zdrowotnych, a jego celem jest ograniczenie skutków hazardu moralnego. Udział w kosztach może być dookreślony dla wybranych świadczeń (np. kupując leki pierwszej grupy referencyjnej, pacjent płaci 10% ich kosztu, dla drugiej grupy referencyjnej – jest to 30% kosztu, dla trzeciej – 50%), lub też może dotyczyć sumy kosztów poniesionych w danym okresie.

Istotnym zagadnieniem jest znalezienie odpowiedniego poziomu współubezpieczenia. Zbyt niski procentowy udział pacjenta w kosztach nie będzie powodował ograniczenia hazardu moralnego, zbyt wysoki – może natomiast stanowić barierę dostępności do świadczeń.

c) *Franszyzy*

W rozwiązaniu tym osoba ubezpieczona ponosi wszystkie koszty świadczeń sama za pomocą płatności bezpośrednich, aż do osiągnięcia określonej kwoty (kwoty fransyzowej). Koszty świadczeń przekraczające sumę fransyzową opłacane są przez ubezpieczyciela. Przykładem zastosowania tego rozwiązania jest finansowanie opieki zdrowotnej w Szwecji. Pacjent w Szwecji opłaca pełne koszty leków do wysokości 400 Skr, 50% kosztów między 4001 a 1200 Skr, 25% kosztów między 2001 a 2800 Skr, i 10% kosztów między 2801 a 3800 Skr. Kosztów powyżej 3800 Skr pacjent nie ponosi. Maksymalna suma, którą pacjent wydaje na leki w ciągu roku, wynosi zatem 1300 Skr.

Za opiekę dentystyczną pacjent ponosi 100% odpłatność do sumy 700 Skr, 65% opłaty do kwoty 13 500 Skr i 30% powyżej tej kwoty. Pacjenci w Szwecji płacą również za wizyty lekarskie i za hospitalizacje. Jednakże dla ochrony pacjentów korzystających częściej z opieki zdrowotnej przyjęto zasadę, że pacjent, który zapłacił więcej niż 900 SEK, jest upoważniony do korzystania z darmowej opieki zdrowotnej do końca okresu trwającego 12 miesięcy od daty pierwszej konsultacji.

Franszyza ma oczywiście na celu ograniczenie hazardu moralnego. I rzeczywiście, jest dość skuteczna w odniesieniu do pacjentów korzystających stosunkowo rzadko z opieki zdrowotnej. Osoby korzystające ze świadczeń w dużym zakresie po przekroczeniu sumy fransyzowej nie mają już żadnych motywacji do oszczędnego z nich korzystania.

Franszyzy spełniają również ważną funkcję fiskalną. Istotną cechą fransyz jest to, że jest „przyjazna” dla tych osób, które rzeczywiście muszą często korzystać z opieki zdrowotnej, franszyza nie tworzy barier dostępności dla tych osób.

Dla ubezpieczonego istnieją bodźce skłaniające go do zachowania nieracjonalnego z punktu widzenia całego systemu. Pacjent może na przykład przetrzucać jak największą ilość świadczeń na jeden okres (wtedy część z nich otrzymuje bezpłatnie) i nie korzystać ze świadczeń (odpłatnych) w okresach następnych.

d) *Klasyczne współpłacenie – stała opłata za każdą jednostkę świadczenia*

Przy klasycznym współpłaceniu pacjent płaci stałą, określoną kwotę za dane świadczenie (np. za poradę lekarską – 20 SKK lub wypisanie recepty – również 20 SKK na Słowacji) lub dobro (np. stała ryczałtowa kwota za leki z danej grupy). W następnej części artykułu opisane zostaną funkcje współpłacenia, które w największym stopniu odnoszą się do współpłacenia klasycznego.

e) *Stać dopłata ubezpieczenia do świadczeń – indemnizacja*

Instrument indemnizacji jest w pewnym sensie instrumentem odwrotnym niż klasyczne współpłacenie. Ubezpieczyciel płaci świadczeniodawcy konkretną kwotę za daną usługę medyczną, jeśli jej cena (koszt) jest wyższa – różnicę pokrywa z własnych środków pacjent. Indemnizacja skłania ubezpieczonego do poszukiwania niskich cen u świadczeniodawców, z tego powodu jest narzędziem prowadzącym do obniżania kosztów w systemie. Co więcej, indemnizacja powstrzymuje roszczeniowe postawy związane z wyższą jakością

opieki zdrowotnej, gdyż pacjenci uzyskują wiedzę na temat kosztów podnoszenia jakości świadczeń. W sytuacji, gdy stosuje się indemnizację, pacjent może wybrać, jaki standard opieki chce mieć zapewniony, kierując się tym, na co go stać. Przykładem zastosowania tego rozwiązania są opłaty za wyższy standard warunków w szpitalu np. na Węgrzech.

Jedynym niebezpieczeństwem wiążącym się z korzystaniem z tego instrumentu jest niewłaściwe określenie kwoty opłacanej przez ubezpieczyciela. Kwota ta powinna zostać ustalona na poziomie pokrywającym koszty świadczenia. Jeśli jednak wyznaczona kwota jest zbyt niska – indemnizacja może generować bariery dostępu do świadczeń.

## 2. FUNKCJE WSPÓŁPŁACENIA

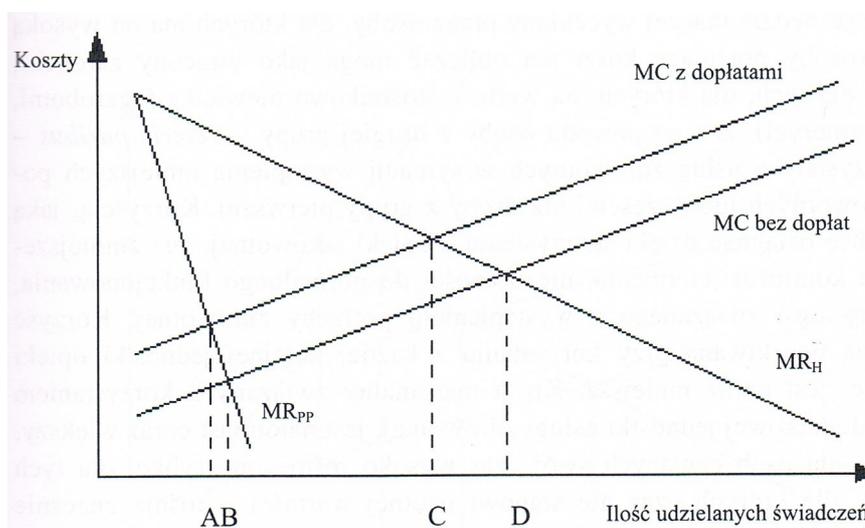
Podstawową funkcją współpłacenia jest poprawa stanu zdrowia jednostek i całego społeczeństwa. Celem dopłat nie jest redukcja kosztów czy uzyskanie dodatkowych wpływów, ale *lepszą alokacją zasobów* i zaprzestanie ich marnotrawienia. Dobra (usługi) sektora opieki zdrowotnej mają charakter dóbr rzadkich<sup>5</sup> (co w polskim systemie opieki zdrowotnej jest wyjątkowo dobrze widoczne), dlatego powinny być alokowane zgodnie z kryterium potrzeb zdrowotnych. Tymczasem bardzo często tak nie jest. Rzadkie w opiece zdrowotnej są środki finansowe, czas pracy kadry medycznej, zasoby urządzeń, dóbr medycznych, leków itp. Poprzez przeprowadzone analizy dwóch najbardziej typowych przypadków złej alokacji świadczeń wykazane zostanie, że wprowadzenie współpłacenia prowadzi do ich lepszej alokacji. Wprowadzenie dopłat prowadzi bowiem do większej redukcji usług realizowanych w tych dwóch grupach pacjentów: tych, dla których koszt alternatywny konsumpcji usług zdrowotnych jest niski (koszt czasu), i tych, którzy wyolbrzymiają potrzeby usług zdrowotnych (te cechy czasem występują łącznie). Cechy te są najczęstszymi przyczynami nadkonsumpcji usług medycznych, zatem redukcja popytu wśród osób z tych dwóch grup prowadzić będzie (przy danej

---

<sup>5</sup> Anonimowy uczestnik internetowego forum dyskusyjnego o tematyce opieki zdrowotnej napisał ostatnio: „Współczesny lekarz nie ma już moralnego prawa patrzeć na medycynę w kategoriach *nie obchodzi mnie, jakimi środkami walczę o życie i zdrowie pacjenta*, bo każda decyzja lekarska to *trade off* – tak naprawdę decyzja *ratując X zmniejszam szansę Y na leczenie* (co nie oznacza wyleczenie). Dłuższe udawanie, ucieczka środowiska lekarskiego od tego ważnego dylematu jest zwykłym chowaniem głowy w piasek”.

podaż) do zwiększenia dostępności usług dla osób bardziej potrzebujących, a więc do lepszej alokacji usług.

Niezwykle trudno byłoby zaprojektować badanie korzystania z opieki zdrowotnej przez osoby, które w rzeczywistości nie wymagają pomocy lekarskiej. Dla tych osób krzywa korzyści marginalnych będzie przebiegała bardziej płasko niż dla innych osób, dlatego ich poziom korzystania z opieki zdrowotnej będzie – *ceteris paribus* – większy, przy wyższym koszcie marginalnym dla punktu optymalnego (równoważonym przez wyższą korzyść marginalną). I znowu, zgłaszanie przez te osoby wyższego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną powoduje wypieranie przez nich innych pacjentów z dostępu do świadczeń. Dla grupy tej wprowadzenie dopłat powoduje wzrost kosztu marginalnego, a zatem ich punkt optimum przesuwają się w lewo i w górę, a zatem konsumują oni mniej świadczeń zdrowotnych. Spadek korzystania z opieki zdrowotnej w tej grupie (C-D) jest większy niż dla pozostałych pacjentów (A-B), a zatem – przy ograniczonej liczbie świadczeń – usługi świadczone tym osobom zastępowane są świadczeniami dla innych pacjentów (wykres 1).



Wykres 1. Skutek wprowadzenia dopłat dla pacjentów nadużywających świadczeń zdrowotnych ze względu na wyolbrzymianie swoich potrzeb w porównaniu z pozostałymi pacjentami

Źródło: opracowanie własne

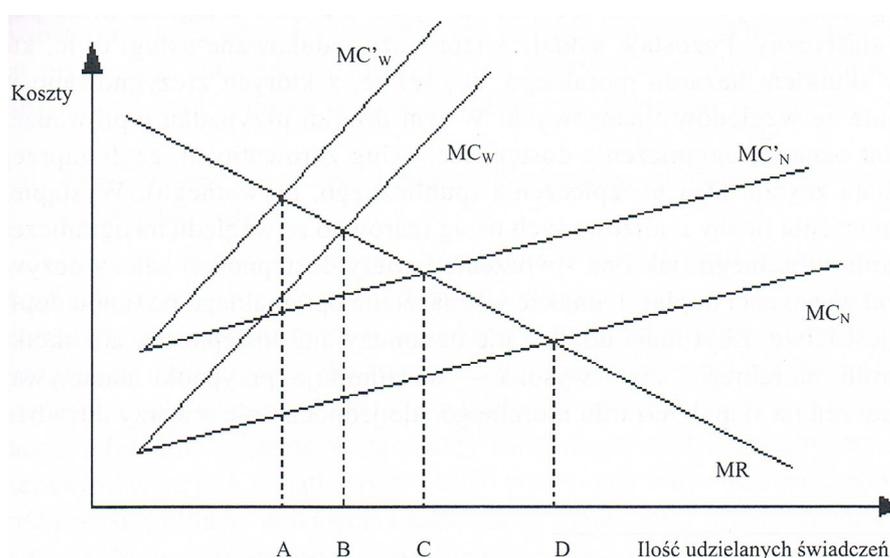
Poprawa alokacji porad oznacza również zmniejszenie korzystania z porad w POZ przez osoby, dla których koszt alternatywny wizyty lekarskiej (czas) ma niską wartość, na korzyść tych, dla których koszt alternatywny czasu ma większą wartość. P. A. Chiappori i inni w swoich badaniach wskazują, że przy wprowadzeniu udziału w kosztach nie nastąpił spadek liczby porad lekarskich, zauważono natomiast spadek liczby wizyt domowych lekarza ogólnego<sup>6</sup>. Autorzy badania uważają, że w związku z istnieniem pozafinansowych kosztów (koszty i czas transportu, oczekiwanie na wizytę) dla wizyt lekarskich udzielanych u świadczeniodawcy nie obserwuje się występowania hazardu moralnego (o czym będzie mowa dalej), więc współpłacenie nie prowadzi do spadku liczby porad. Natomiast koszty pozafinansowe wizyt domowych lekarza ogólnego są minimalne i dlatego można spodziewać się istotnego spadku ich liczby po wprowadzeniu dopłat. Z badania tego wynika, że im wyższe koszty pozafinansowe korzystania z opieki zdrowotnej, tym mniejsze prawdopodobieństwo występowania hazardu moralnego.

Poniżej przeprowadzona zostanie analiza dla występowania kosztów pozafinansowych (czasu) i wpływu wprowadzenia współpłacenia dla osób różnie wyceniających czas. Koszt czasu, związanego z usługą zdrowotną, jest jednym z najważniejszych pozafinansowych kosztów korzystania z opieki zdrowotnej. Koszt czasu będzie inaczej wyceniany przez osoby, dla których ma on wysoką wartość (osoby pracujące koszt ten obliczać mogą jako utracony zarobek), a inaczej dla tych, dla których ma wartość stosunkowo niewielką (bezrobotni, renciści, emeryci). Z tego powodu osoby z drugiej grupy – *ceteris paribus* – będą korzystały z usług zdrowotnych w sytuacji wystąpienia mniejszych potrzeb zdrowotnych lub/i częściej niż osoby z grupy pierwszej. Korzyścią, jaką pacjent chce osiągnąć dzięki skorzystaniu z opieki zdrowotnej, jest zmniejszenie braku komfortu (cierpienia, niezdolności do normalnego funkcjonowania, niewygody itp.) związanego z wystąpieniem potrzeby zdrowotnej. Korzyść marginalna uzyskiwana przy korzystaniu z każdej kolejnej jednostki opieki zdrowotnej jest coraz mniejsza. Koszt marginalny związany z korzystaniem z każdej dodatkowej jednostki usługi zdrowotnej, jest natomiast coraz większy, z tym, że dla osób ceniących swój czas wysoko rośnie on szybko, dla tych natomiast, dla których czas nie stanowi istotnej wartości – rośnie znacznie wolniej. Jeśli jedynym kosztem dla osób nisko wyceniających wartość swojego czasu jest koszt tego czasu, to zgłaszają oni duże zapotrzebowanie na usługi

---

<sup>6</sup> P. A. Chiappori, F. Durand, P. I. Geoffard, *Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment* *European Economic Review* 42(1998), s. 499-511.

zdrowotne. Jednocześnie świadczenia zdrowotne mające charakter dóbr rzadkich, dostępne są w ograniczonej ilości, z czego wynika, że stosunkowo większa liczba osób nisko ceniących czas będzie korzystała z usług zdrowotnych (ten problem jest jeszcze większy przy złej organizacji pracy świadczeniodawców, kiedy pacjenci czekają na usługę zdrowotną u świadczeniodawcy, a nie są zapisywani na konkretną godzinę; wtedy duże zapotrzebowanie zgłaszane przez osoby nisko ceniące czas dodatkowo podnosi koszt dla tych, dla których czas ma wysoką wartość). Prowadzi to więc do sytuacji, w której stosunkowo mniej świadczeń trafia do osób o najwyższych potrzebach zdrowotnych, a stosunkowo mniej do tych o najniższym postrzeganym koszcie czasu. Sytuację tę przedstawia wykres 2. Krzywa kosztu marginalnego dla osób nisko ceniących czas przebiega bardziej płasko, po wprowadzeniu dopłat następuje jej równoległe przesunięcie w górę ( $MC'_N$ ). Krzywa kosztu marginalnego dla osób wysoko ceniących czas jest bardziej stroma, po wprowadzeniu dopłat również przesuwana się ona równoległe w górę ( $MC'_W$ ). Redukcja konsumpcji świadczeń jest większa dla osób nisko ceniących czas (C-D) niż dla osób wysoko ceniących czas (A-B), a zatem – przy założeniu, że redukcja obejmuje głównie osoby ze stosunkowo niższymi potrzebami zdrowotnymi – następuje zmiana alokacji świadczeń na rzecz osób z wyższymi potrzebami zdrowotnymi.



Wykres 2. Skutek wprowadzenia dopłat dla pacjentów nadużywających świadczeń zdrowotnych ze względu na niski koszt czasu w porównaniu pozostałymi pacjentami

Źródło: opracowanie własne

a) *Ograniczenie hazardu moralnego*

Pojęcie hazardu moralnego zostało już przywołane we wcześniejszym podpunkcie. Zjawisko hazardu moralnego polega na takim zachowaniu jednostek, że prawdopodobieństwo wystąpienia straty staje się wyższe. Hazard moralny można zdefiniować w sposób następujący:

Różnica w zachowaniach zdrowotnych i konsumpcji opieki zdrowotnej wywołana faktem ubezpieczenia się nazywana jest hazardem moralnym<sup>7</sup>.

Hazard moralny oznacza sytuację, w której następuje wzrost konsumpcji usług, kiedy rozkładanie ryzyka prowadzi do zmniejszenia się kosztów marginalnych tych usług. Bardziej ogólnie hazard moralny odnosi się do każdego zachowania, które wynika z decyzji dotyczącej ubezpieczenia się. Nieskuteczne chronienie się przed chorobą, ze względu na fakt posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, jest inną formą hazardu moralnego<sup>8</sup>.

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.

Trudno mówić o hazardzie moralnym w odniesieniu do świadczeń, które są niezbędne pacjentowi, innymi słowy: tam, gdzie popyt na usługi zdrowotne jest sztywny. Dlatego skuteczność dopłat jako ograniczających korzystanie z usług medycznych można obserwować tylko dla tych usług, na które popyt jest elastyczny. Pozostaje jednak pytanie, czy zredukowane usługi to te, które były skutkiem hazardu moralnego, czy też te, z których zrezygnowano wyłącznie ze względów finansowych. W tym drugim przypadku wprowadzenie dopłat oznacza ograniczenie dostępności usług zdrowotnych, czyli zaprzeczona zostaje idea ubezpieczenia (publicznego, prywatnego). Wystąpienie ograniczenia liczby realizowanych usług (zarówno ze względu na ograniczenie hazardu moralnego, jak i na stworzenie bariery dostępności) zależy oczywiście od wysokości dopłat. Jednakże wyznaczenie optymalnego poziomu dopłaty nie jest łatwe. Zbyt mała dopłata nie ograniczy ani dostępności, ani skutków hazardu moralnego, zbyt wysoka – wyeliminuje przypadki nadużywania świadczeń na skutek hazardu moralnego, ale jednocześnie stworzy dużą barie-

---

<sup>7</sup> P. Zweifel, W. G. Manning, *Moral hazard and consumer incentives in health care*, w: A. J. Culyer, J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, Amsterdam–Lausanne–New York–Oxford–Shannon–Singapore–Tokyo: Elsevier 2000.

<sup>8</sup> Sh. Folland, A. C. Goodman, M. Stano, *The Economics of Health and Health Care Person*, Prentice Hall 2004, s. 153.

rę dostępności. Dlatego w kontekście wysokości dopłat mówi się często w Polsce o dylemacie „od śmieszności do braku dostępności”.

b) *Kontrolowanie świadczeniodawców*

Dopłaty wpływają również na indukowanie popytu przez lekarzy. Pacjent, który jest obciążony kosztami świadczenia zdrowotnego, będzie w większym stopniu weryfikował decyzje lekarskie dotyczące każdej kolejnej jednostki świadczenia. W największym stopniu mechanizm ten będzie oddziaływał, jeśli pacjent opłaca określony procent kosztów świadczenia, będzie on bowiem wtedy zainteresowany otrzymaniem nie tylko jak najmniejszej liczby świadczeń, które doprowadzą do określonego efektu medycznego, ale również otrzymaniem świadczeń jak najtańszych.

c) *Edukacja zdrowotna*

W systemach, w których dominuje metoda udzielania pacjentom świadczeń i rozliczania ich bez udziału pacjenta, świadczeniobiorca nie ma możliwości (jeśli nie wykaże wyjątkowej dociekliwości) poznania kosztów usługi zdrowotnej. Co więcej, długotrwałe stosowanie tej metody prowadzi do ukształtowania u pacjentów przekonania, że opieka zdrowotna nic nie kosztuje, można więc zgłaszać zapotrzebowanie na dowolną ilość świadczeń, a zatem duża zapobiegliwość dotycząca własnego zdrowia nie jest uzasadniona. Wprowadzenie dopłat przełamuje ten stereotyp. Jeśli pacjent pokrywa określony procent kosztu usługi zdrowotnej, nabywa wiedzę co do jej rzeczywistego kosztu.

d) *Przywrócenie właściwego znaczenia zasadom solidarności społecznej i subsydiarności*

Zasada solidarności społecznej, szczególnie w krajach postkomunistycznych, uległa pewnemu wypaczeniu. Solidarność społeczna oznacza zobowiązanie społeczeństwa do udzielenia pomocy członkowi tego społeczeństwa, który w sposób niezawiniony znalazł się w złej sytuacji. Solidarność społeczna rozumiana w taki sposób nie zwalnia nikogo z odpowiedzialności za własny los. Jest nawet dokładnie odwrotnie – zastosowane zasady solidarności społecznej powinno mieć miejsce w sytuacjach wyjątkowych i tylko wtedy, gdy indywidualna zapobiegliwość nie pozwoliła na uniknięcie nieszczęścia. Tymczasem w krajach postkomunistycznych dominująca jest postawa przerzucenia odpowiedzialności za dobrobyt – a w tym za zdrowie jednostki – na społeczeństwo lub państwo. Mówiąc trywialnie, można sprowadzić tę postawę do zasady: państwo ma obowiązek pomocy, jednostka nie ma obowiązku zapobiegliwości. Wprowadzenie współpła-

cenia jest komunikatem, który jednostka może odczytać w sposób następujący: państwo nie ponosi pełnej odpowiedzialności za zdrowie jednostki, część tej odpowiedzialności spoczywa na samej osobie ubezpieczonej, w związku z tym osoba ta powinna podjąć kroki mające na celu wzmożenie własnej zapobiegliwości, a w chwili korzystania ze wsparcia społeczeństwa – podjęcia działań mających na celu ograniczenie potrzebnej mu pomocy.

e) *Gromadzenie dodatkowych środków (cel fiskalny)*

Cel fiskalny jest oczywiście bardzo istotnym argumentem dla wprowadzenia dopłat. Prawidłowo zaprojektowany system dopłat, będzie miał dwie strony. Pierwsza dotyczy usług o dużej elastyczności popytu. Dla tych usług celem wprowadzenia dopłat – jak już wcześniej powiedziano – jest kontrola liczby udzielanych świadczeń. Dla tego typu cel fiskalny ma drugorzędne znaczenie. Druga strona może dotyczyć usług, na które popyt jest mało elastyczny. W tym przypadku wprowadzenie dopłat ma przede wszystkim cel fiskalny, nie służy natomiast (lub służy w niewielkim zakresie) regulowaniu popytu.

f) *Ograniczenie korupcji w sektorze opieki zdrowotnej*

Argument ten jest specyficzny dla krajów postkomunistycznych, dlatego omówiony zostanie w odniesieniu do polskiego sektora zdrowotnego. Niektórzy zwolennicy wprowadzenia dopłat do usług medycznych w Polsce twierdzą, że wprowadzenie współpłacenia doprowadzi do zmniejszenia korupcji w sektorze opieki zdrowotnej. Uważają oni, że napływ nowych środków pozwoli na lepsze wynagradzanie lekarzy, dzięki temu zlikwidowany zostanie najważniejszy powód występowania tego zjawiska w Polsce. Sam fakt dokonywania płatności formalnych powstrzyma ich jednocześnie przed dokonywaniem płatności nieformalnych.

Wydaje się jednak, że argumenty te nie są w pełni słuszne. Dopływ dodatkowych środków do systemu po uwzględnieniu kosztów administracyjnych ich pobierania nie będzie zapewne na tyle duży, aby w sposób odczuwalny poprawić sytuację profesjonalistów zawodów medycznych. Drugi argument również jest kontrowersyjny. Dr K. Tymowska podczas wykładów w Podyplomowym Studium Ekonomiki Zdrowia wielokrotnie podkreślała kulturowe uwarunkowania łapownictwa w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce. Pomijając rzeczywiste dowody wdzięczności (wręczane w formie niepieniężnej po wykonaniu usługi zdrowotnej), funkcjonuje w polskim społeczeństwie przekonanie, że wręczenie korzyści materialnej lekarzowi gwarantuje lepsze wykonanie usługi medycznej, a czasem wręcz, że jej niewręczenie może mieć zgubne dla pa-

cjenta skutki. Dopłaty dokonywane przez wszystkich pacjentów nie faworyzują żadnego z nich, a zatem dodatkowa, wyróżniająca danego pacjenta „motywacja” jest zabezpieczeniem dla jego lepszego leczenia.

Jak dotąd w żadnych badaniach nie udało się ustalić, czy wprowadzenie dopłat wpływa na zmniejszenie występowanie zjawisk korupcyjnych w systemie opieki zdrowotnej.

### 3. NEGATYWNE EFEKTY ZWIĄZANE Z WPROWADZENIEM DOPLĄT

#### a) *Ograniczenie dostępności świadczeń*

Najważniejszym i najczęściej podnoszonym argumentem przeciwko dopłatom jest zmniejszenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, czyli utrata wartości, jaką jest dla osób ubezpieczonych pewność otrzymania opieki zdrowotnej w chwili wystąpienia potrzeby zdrowotnej. Ograniczenie dostępności jest oczywiście tym większe, im wyższy jest poziom dopłat. Ograniczenie dostępności dotyka w największym stopniu osoby z niższych grup dochodowych oraz osoby korzystające z opieki zdrowotnej często ze względu na chroniczną lub przewlekłą chorobę. Aby w jak największym stopniu ograniczyć ten negatywny skutek wprowadzenia dopłat, projektuje się zwykle system dopłat tak, aby osoby biedne dopłacały mniejsze kwoty (nie jest możliwe zupełne zwolnienie ich z współpłacenia, gdyż to nie pozwalałoby na realizację głównego celu dopłat, jakim jest regulowanie popytu). Osoby chronicznie lub przewlekłe chore – ze względu na specyfikę ich sytuacji – zazwyczaj zwalnia się ze współpłacenia.

#### b) *Niesprawiedliwy podział kosztów opieki zdrowotnej*

Słowo *sprawiedliwy* w podtytule odnosi się oczywiście do sprawiedliwości społecznej. W piśmiennictwie jednak brak jest dokładnej definicji tego pojęcia<sup>9</sup>. Sprawiedliwość społeczna w polityce zdrowotnej realizowana jest w dwojaki sposób: sprawiedliwość pozioma polega na równym traktowaniu równych osób, co na płaszczyźnie opieki zdrowotnej oznacza, że osoby o tym samym dochodzie obciążone są finansowo na takim samym poziomie, a także, że osoby o takich samych potrzebach zdrowotnych otrzymują taką samą opiekę. Sprawiedliwość pionowa oznacza nierówne traktowanie osób, które są

---

<sup>9</sup> Więcej na ten temat: C. W ł o d a r c z y k, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Versalius 1996.

w różnym położeniu w stosunku do stosowanych kryteriów. W opiece zdrowotnej oznacza to, że osoba dysponująca większym dochodem powinna ponosić większe obciążenia finansowe, niż osoba dysponująca mniejszym zasobem, a osoba mająca większe potrzeby zdrowotne powinna otrzymać większą „porcję” opieki zdrowotnej niż osoba o mniejszych potrzebach zdrowotnych<sup>10</sup>. Posługując się tym kryterium, nie można formułować tezy, że sprawiedliwe jest obciążenie nieznacznie większymi kosztami usług osób, które z tych usług korzystają (a poprzez to nieznacznie odciążenie tych, którzy z usług nie korzystają), dlatego że sprawiedliwe jest obciążenie odnoszące się tylko i wyłącznie do zdolności płatniczej danej osoby, a nie od jej korzystania z usług medycznych. Dlatego aby zasada sprawiedliwości społecznej była zachowana w systemie dopłat, powinna być wprowadzona górna granica obciążenia kosztami opieki zdrowotnej zależna od poziomu dochodu osoby korzystającej z opieki zdrowotnej. W ten sam sposób działa również różnicowanie dopłat dla grup dysponujących różnym poziomem dochodów. Te rozwiązania prowadzą do bardziej *sprawiedliwego* – w sensie przedstawionym wyżej – podziału kosztów opieki zdrowotnej w porównaniu z systemem, w którym warunki te nie są wprowadzone. J. Kornai i K. Eggleston piszą, że pacjenci mogą postrzegać współpłacenie jako podatek nałożony na chorych, co wywołuje poczucie niesprawiedliwości w sytuacji już i tak dla nich ciężkiej<sup>11</sup>.

### c) Zwlekanie z rozpoczęciem leczenia

Przeciwnicy współpłacenia zwracają uwagę na to, że ze względu na ponoszenie dodatkowego kosztu pacjenci mogą początkowo rezygnować z skorzystania ze świadczenia zdrowotnego i zgłaszać się do lekarza dopiero wtedy, kiedy ich stan pogarsza się. Tego typu zachowanie miałyby bardzo negatywny wpływ na sektor opieki zdrowotnej. Leczenie pacjenta w późniejszej fazie choroby jest zazwyczaj dużo bardziej kosztowne, a terapia jest dłuższa. Co więcej, gdyby w systemie opieki zdrowotnej istniały dopłaty w sektorze opieki ambulatoryjnej, a nie istniały w sektorze opieki stacjonarnej, to można byłoby się spodziewać wzrostu hospitalizacji, czyli przepływu pacjentów do sektora – z ich punktu widzenia – tańszego, a z punktu widzenia całego systemu opieki zdrowotnej – znacznie droższego.

---

<sup>10</sup> J. N i ż n i k, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Bydgoszcz–Kraków: Oficyna Wydawnicza Branta 2004, s. 52.

<sup>11</sup> J. K o r n a i, K. E g g l e s t o n, *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego 2002, s. 96.

Ch. Sowada pisze, że nie udało się jednoznacznie wykazać istnienia związku przyczynowo-skutkowego między współpłaceniem a zwlekaniem ze skorzystaniem ze świadczenia zdrowotnego<sup>12</sup>. W największym eksperymencie naturalnym wprowadzenie dopłat do świadczeń medycznych doprowadziło, co prawda, do spadku korzystania ze świadczeń, ale nie doszło do statystycznie istotnego pogorszenia stanu zdrowia osób, które brały udział w eksperymencie. Autor pisze, że inne czynniki, a nie współpłacenie w znacznie większym stopniu determinują korzystanie ze świadczeń (poziom edukacji zdrowotnej, niefinansowe koszty korzystania ze świadczeń itp.).

d) *Wzrost postaw roszczeniowych*

Niektórzy lekarze obawiają się wprowadzenia dopłat. Są przekonani, że pacjenci, którzy zapłacą za usługę zdrowotną, będą przekonani, że pokrywa ona na tyle dużą część kosztów, że pacjentowi znacznie więcej w ramach tej dopłaty się należy. Takich postaw można spodziewać się w polskim społeczeństwie, w którym świadomość wysokości kosztów opieki zdrowotnej jest bardzo mała, jakość postrzegana przez pacjenta pozostawia wiele do życzenia a wiele świadczeń będących uzupełnieniem dla świadczenia podstawowego (np. badania diagnostyczne jako kolejny „element” porady u lekarza POZ) jest mało dostępnych. Pacjenci po dokonaniu dopłaty mogą zatem – w większym zakresie niż dotychczas – domagać się przeprowadzenia dodatkowych badań, konsultacji u specjalistów, wyższej jakości świadczeń.

#### 4. SYSTEM WSPÓŁPŁACENIA

Współpłacenie jest w sektorze opieki zdrowotnej instrumentem skutecznym, jeśli wprowadza się różne instrumenty współpłacenia połączone ze sobą i z innymi elementami w spójny system<sup>13</sup>.

Pierwszym – wyjściowym – elementem takiego systemu jest dokładne określenie tego, co wchodzi w zakres ubezpieczenia zdrowotnego. Z tego powodu koszyk usług gwarantowanych musi precyzyjnie definiować, jakiego typu, i jakiej jakości świadczenia przysługują ubezpieczonemu w konkretnych sytuacjach zdrowotnych w ramach płaconej przez niego składki. Założenie, że ubezpieczonemu przysługują wszystkie świadczenia, jest niedorzeczne, ze względu na rzadkość zasobów.

---

<sup>12</sup> S o w a d a, *Współpłacenie*, s. 15.

<sup>13</sup> Tamże, s. 17-19.

Świadczenia, które znajdują się w koszyku gwarantowanym, nie muszą być świadczeniami bezpłatnymi (w tym miejscu pominięte zostaną kontrowersje prawne dotyczące tego zagadnienia). System współpłacenia powinien zostać tak zaprojektowany, by sterować popytem (ograniczać skutki hazardu moralnego) i jednocześnie nie tworzyć barier dostępu do świadczeń. Po pierwsze zatem, należy przemyśleć kwestię granic maksymalnego obciążenia z tytułu korzystania z opieki zdrowotnej (kwestię franszyzy). Argumentem przemawiającym na korzyść tego rozwiązania jest zasada solidaryzmu społecznego. Zgodnie z nią osoby, które muszą korzystać z opieki zdrowotnej, częściej są prawdopodobnie osobami w jakiś sposób dotkniętymi przypadłościami zdrowotnymi, zatem społeczeństwo godzi się – mówiąc górnolotnie – przejmować część ich nieszczęścia na własne barki. Argumenty przeciwko temu podejściu (wcześniej już przytaczane) dotyczą nadużywania świadczeń przez osoby, które już przekroczyły próg sumy fransyzowej, oraz przerzucanie świadczeń między okresami. Sposobem na ograniczenie skutków tych zjawisk może być przyjęcie kilku sum fransyzowych i określenie procentu kosztów pokrywanych przez pacjenta do każdej sumy. Dla przykładu – pacjent, który w ciągu roku wyda na świadczenia zdrowotne  $X$  zł, musi pokryć z własnej kieszeni 30% tej kwoty. Jeśli suma kosztów będzie mieściła się między  $X$  i  $2X$  zł – to pacjent płaci  $0,3X$  oraz np. 10% różnicy między sumą kosztów i  $X$  zł. Można założyć, że koszt powyżej  $3X$  zł jest już w pełni pokrywany przez ubezpieczyciela. Przykładowe wyliczenia przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Przykład funkcjonowania współpłacenia na podstawie franszyzy

Kwota franszyzy	Procent pokrycia kosztów przez pacjenta	Koszt świadczeń dla pacjenta wynosi w okresie rozliczeniowym				
		800 zł	1600 zł	2400 zł	3200 zł	5000 zł
0-1000 zł	50%	$50\% \times 800 = 400$ zł	$50\% \times 1000 = 500$ zł	$50\% \times 1000 = 500$ zł	$50\% \times 1000 = 500$ zł	$50\% \times 1000 = 500$ zł
1000-2000 zł	25%		$25\% \times 600 = 150$ zł	$25\% \times 1000 = 250$ zł	$25\% \times 1000 = 250$ zł	$25\% \times 1000 = 250$ zł
2000-3000 zł	10%			$10\% \times 400 = 40$ zł	$10\% \times 1000 = 100$ zł	$10\% \times 1000 = 100$ zł
Pow. 3000 zł	0				$0\% \times 200 = 0$ zł	$0\% \times 2000 = 0$ zł
Suma płatności pacjenta		400 zł	650 zł	790 zł	850 zł	850 zł
% udziału pacjenta w kosztach		50%	40,6%	32,9%	26,6%	0,17%

Źródło: obliczenia własne

Franszyza ukształtowana w taki sposób ma jednak dwie duże wady. Po pierwsze – jest to system skomplikowany, co powoduje zagubienie i niezadowolone pacjentów. Po drugie – do jej wprowadzenia niezbędny jest niezwykle sprawny system informacji w sektorze opieki zdrowotnej (co na tę chwilę dyskwalifikuje to rozwiązanie dla systemu polskiego).

Istotnym zagadnieniem pozostaje określenie wysokości kwoty fransyzowej (lub kwot fransyzowych) oraz określenie podmiotu rozliczającego się. W społeczeństwie informatycznym można wyobrazić sobie wyznaczanie różnej kwoty w zależności od poziomu dochodu lub dochodu rozporządzalnego. Przy braku możliwości zastosowania tak daleko idącego rozwiązania należy wyznaczać tę kwotę w odniesieniu do grup nieuprzywilejowanych, a więc najbiedniejszych, bezrobotnych, emerytów i rencistów. Rozpatrując podmiot rozliczający się, można przyjąć dwa podejścia. Po pierwsze – podmiotem rozliczającym się może być osoba ubezpieczona. Po drugie – podmiotem rozliczającym się może być rodzina, wtedy przyjąć należy kwotę fransyzową średnio na członka rodziny lub gospodarstwa domowego (sumowane są koszty świadczeń poniesionych przez wszystkich członków rodziny o dzielone przez liczbę osób w rodzinie). Przy zastosowaniu drugiego podejścia kwota fransyzowa byłaby oczywiście niższa.

Zupełnie oddzielnym zagadnieniem jest kwestia przeznaczenia środków, uzyskanych poprzez ten rodzaj współpłacenia. Można założyć, że stanowią one dodatkowy przychód w systemie, i na tym poprzestać. Można też proporcjonalnie do wysokości tego przychodu obniżyć składkę zdrowotną (można też zastosować pośrednie rozwiązanie).

Trzeba pamiętać, że franszyzy – ogólnie rzecz biorąc – prowadzą do stosunkowo większego obciążenia finansowego osób (rodzin) biedniejszych (niższe wydatki zdrowotne opłacane są przez pacjentów w stosunkowo wyższym procencie).

Następnym etapem konstruowania systemu współpłacenia jest zdecydowanie, które elementy systemu i w jakim zakresie podlegać powinny współpłaceni. Rozważeniu muszą podlegać wszystkie elementy systemu, a wśród nich trzy najważniejsze: opieka ambulatoryjna (z uwzględnieniem specyficznej roli POZ), opieka stacjonarna i leki.

Ujmując rzecz w największym skrócie, wprowadzenie zbyt wysokiego poziomu współpłacenia, stanowiącego barierę dostępności, w opiece ambulatoryjnej będzie powodowało *ceteris paribus* spadek korzystania z opieki ambulatoryjnej, który – częściowo – może przekładać się na wzrost hospitalizacji. Szczególnie istotne jest, by poprzez dopłaty nie tworzyć barier dostępności do POZ z tego powodu, że spowoduje to niechciane dla systemu skutki:

kontakt pacjenta z systemem opieki zdrowotnej na późniejszym (czyli droższym) etapie choroby; spadek wykrywalności niektórych chorób lub opóźnienie ich wykrywania, co może mieć szersze skutki niż w pierwszym przypadku (chory może zarażać inne osoby w populacji). Tak więc z systemowego punktu widzenia wprowadzenie dopłat w POZ jest racjonalne jedynie wtedy, gdy nie tworzy istotnych barier dostępności dla korzystających z niej pacjentów.

Kolejnym zagadnieniem jest rozważenie, jakie świadczenia profilaktyczne powinny być bezpłatne, do których pacjenci powinni dopłacać, a które z nich powinny być oferowane po kosztach ich produkcji lub po cenie rynkowej. Profilaktyka jest zazwyczaj jednym z najtańszych sposobów oddziaływania na stan zdrowotny społeczeństwa, dlatego stosunkowo dużo świadczeń profilaktycznych powinno być dostępnych bez opłaty. Żadnego systemu opieki zdrowotnej nie byłoby jednak stać na to, by finansować wszystkie świadczenia z tego zakresu, dlatego konieczne byłoby również na tym poziomie przeprowadzenie analiz korzyści i kosztów dla bezpłatnego oferowania świadczeń profilaktycznych.

Korzystanie z opieki stacjonarnej jest w mniejszym stopniu wywołane hazardem moralnym *ex post*, niż korzystanie z opieki ambulatoryjnej, dlatego współpłacenie w tej części systemu spełnia głównie funkcję fiskalną (ale także stanowi barierę substytuowania odpłatnej opieki ambulatoryjnej bezpłatną opieką stacjonarną). Argumentuje się, że pacjent, gdyby nie znalazł się w szpitalu, musiałby ponosić koszty swojego utrzymania, i nie ma żadnego powodu, dla którego pobyt w szpitalu miałby go od tego zwalniać. Z tego względu w wielu krajach pacjent ponosi tzw. koszty hotelowe opieki stacjonarnej, najczęściej liczone jako stawka dobową (czasem pacjent płaci też określoną kwotę za samo przyjęcie do szpitala). Często stosuje się też dopłaty za wyższy standard opieki.

Kolejnym trudnym tematem jest współpłacenie za leki<sup>14</sup>. Po raz kolejny, jeśli opłata za leki powoduje rezygnację z ich konsumpcji, to z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że sytuacja taka będzie generowała wysokie koszty finansowe dla systemu. Pacjent niepostępujący wg zaleceń lekarskich będzie zmuszony wrócić do systemu zdrowotnego, może nawet w jego droższych fragmentach (np. będzie zmuszony skorzystać z hospitalizacji zamiast porady lekarskiej). Istnieje przynajmniej kilka kryteriów, które powinny być brane pod uwagę przy wyznaczaniu współpłacenia za leki (np.

---

<sup>14</sup> Współpłacenie za leki nie jest oczywiście współpłaceniem za usługi medyczne, ale zupełne pominięcie tego zagadnienia w tym miejscu również nie byłoby właściwe.

ich skuteczność medyczna), ale zagadnienie to zostanie pominięte ze względu na brak znaczenia dla tej pracy.

Kolejnym zagadnieniem, które musi zostać rozpatrzone przy kreowaniu systemu współpłacenia, jest ewentualne zwolnienie z współpłacenia (zniżki we współpłaceniu) – podmiotowe i przedmiotowe. Zwolnienia (zniżki) podmiotowe dotyczą grup w populacji, które podlegają specjalnej ochronie. W tej kwestii podjąć należy dwie grupy decyzji. Po pierwsze – jakie grupy osób powinny być traktowane w sposób preferencyjny, po drugie – jak daleko idące powinno być ich uprzywilejowanie.

Wśród grup uprzywilejowanych wymienia się:

Dzieci. W różnych krajach stosuje się różne granice wiekowe dla tej ochrony. Uprzywilejowanie, a najczęściej całkowite zwolnienie z współpłacenia ze świadczeń udzielonych dzieciom spowodowane jest – po pierwsze – większym ryzykiem zachorowalności, postulatem wychowania zdrowego (a zatem również tańszego w przyszłości dla systemu zdrowotnego) pokolenia, niedopuszczeniem do powstawania finansowego dylematu skorzystania lub nieskorzystania ze świadczenia dla dziecka u jego rodziców (społeczeństwo przejmuje na siebie część odpowiedzialności za zdrowie dzieci).

Kobiety w ciąży. Uprzywilejowanie kobiet w ciąży ma dwa źródła: ochronę nienarodzonego dziecka (względy zdrowotne, prawidłowo przebiegający okres ciąży daje większe prawdopodobieństwo urodzenia zdrowego dziecka); ochrona kobiety – względy kulturowe.

Grupy nieuprzywilejowane ze względów finansowych. Do grup tych w różnych krajach zalicza się: najbiedniejszych, bezrobotnych (i ich rodziny), emerytów, rencistów, czasem również bezdomnych. Głównym powodem uprzywilejowania tych grup osób w systemie zdrowotnym jest niedopuszczenie do braku dostępności do świadczeń zdrowotnych dla tych osób (względy solidaryzmu społecznego). Co więcej, niektóre spośród tych grup mają większe niż przeciętne w społeczeństwie potrzeby zdrowotne (emeryci i renciści). Należy jednak pamiętać o tym, że bezrobotni, emeryci i renciści to również – potencjalnie – te grupy w populacji, które najbardziej skłonne są nadużywać świadczeń zdrowotnych. Dlatego dla tych grup postuluje się wprowadzenie niższego poziomu współpłacenia (na podstawie zbadanych współczynników elastyczności popytu), ale nie zwolnienie z współpłacenia w ogóle.

Honorowi dawcy krwi. Uznaje się, że zasługi, które krwiodawcy przynoszą systemowi, w zupełności usprawiedliwiają (najczęściej) zwolnienie ich z współpłacenia. Ponadto całemu społeczeństwu powinno zależeć na tym, żeby stan zdrowia honorowych krwiodawców był jak najlepszy. Poza tym nie jest

to grupa bardzo liczna, a więc zwolnienie z współpłacenia nie powinno generować znacznych kosztów dla systemu.

Osoby leczone przymusowo (np. w zakładach psychiatrycznych). Opiekę nad takimi osobami społeczeństwo najczęściej w całości przejmuje na siebie, dlatego nie płacą oni za świadczenia.

Inwalidzi. Ze względu na solidaryzm społeczny ta grupa osób często płaci stawki niższe lub nie płaci wcale.

Weterani wojenni i inne grupy osób zasłużonych dla społeczeństwa.

W wielu krajach preferencyjne warunki otrzymywania świadczeń zdrowotnych (nie zawsze związane z obniżeniem współpłacenia) mają też grupy osób, których zdrowie lub życie narażane jest w pracy dla społeczeństwa, np. strażacy, policjanci, żołnierze.

Zwolnienia ze współpłacenia (zniżki we współpłaceniu) przedmiotowe dotyczą określonych stanów zdrowotnych, które z różnych względów powinny być finansowane ze środków publicznych. Najważniejsze spośród takich sytuacji to:

Leczenie w nagłych przypadkach (np. udary, zawały, wypadki). Udzielanie pomocy zdrowotnej w takich sytuacjach to najbardziej kosztowny fragment systemu opieki zdrowotnej. Problem przy leczeniu w nagłych przypadkach polega na tym, że bardzo często w chwili „przyjęcia” pacjenta nie jest on w stanie podjąć świadomej decyzji (albo nie jest w stanie podjąć żadnej decyzji) o podjęciu lub zaniechaniu leczenia ze względów finansowych. Co więcej, szybkie podjęcie akcji ratunkowej nie pozwala na sprawdzenie prawa pacjenta do uzyskania opieki. Z tego względu opieka w nagłych przypadkach finansowana jest zazwyczaj bez udziału pacjenta w kosztach (są jednak również takie systemy zdrowotne, w których pacjent po opuszczeniu oddziału intensywnej terapii obciążany jest kosztami leczenia).

Leczenie (niektórych) chorób zakaźnych (np. gruźlicy czy AIDS). Leczenie bezpłatne tego typu chorób leży w interesie społeczeństwa, gdyż hamuje ich rozprzestrzenianie się.

Niektóre, szczególnie dotkliwe dla pacjenta choroby przewlekłe (np. stwardnienie rozsiane). Istnieją dwa powody, dla których finansowanie leczenia tych chorób przejmuje na siebie społeczeństwo. Po pierwsze – ich długotrwałe leczenie generuje najczęściej poważne koszty, nie do udźwignięcia dla osoby chorej i jej rodziny. Po drugie – solidaryzm społeczny nakazuje pomoc społeczeństwa osobie dotkniętej tego typu chorobą.

## 5. ROZWIĄZANIE ALTERNATYWNE DLA WSPÓŁPŁACENIA

### a) Koszyk świadczeń gwarantowanych

Ch. Sowada zalicza koszyk świadczeń gwarantowanych do form współpłacenia i nazywa ten element systemu „selektywnym wykluczeniem świadczeń z finansowania przez ubezpieczenie”<sup>15</sup>. Co więcej, autor twierdzi, że jest to jedna z najefektywniejszych form współpłacenia. Użycie tego narzędzia polega na tym, że instytucja ubezpieczyciela (lub ubezpieczyciel społeczny) dokładnie wylicza, jakiego rodzaju usługi i w jakich sytuacjach zdrowotnych objęte są ubezpieczeniem. Usługi, które nie znajdują się na tej liście, nie są finansowane przez ubezpieczyciela (lub refundowane przez ubezpieczyciela społecznego), a pacjent płaci za nie z innych źródeł (płatności bezpośrednie lub ubezpieczenie dodatkowe). W Polsce koszyk świadczeń gwarantowanych funkcjonuje w stomatologii. W pozostałych częściach systemu funkcjonuje tzw. koszyk negatywny, co oznacza, że NFZ wylicza te usługi, które nie są finansowane ze środków publicznych (w domyśle: wszystkie inne podlegają finansowaniu publicznemu).

Celem wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych jest oczywiście odciążenie budżetu ubezpieczyciela. Najczęściej poza zakresem finansowania znajdują się usługi poprawiające komfort życia, a nie jego jakość zdrowotną (np. zabiegi chirurgii plastycznej), bardzo drogie usługi, dla których istnieją gorsze jakościowo, ale tańsze substytuty (np. w diagnostyce), świadczenia o niskiej skuteczności medycznej itp.

Wykluczenie danej usługi z listy usług gwarantowanych wywołuje oczywiście wzrost zapotrzebowania na procedurę substytucyjną wobec wykluczonej a nadal gwarantowaną w systemie publicznym. Dlatego konieczne jest zachowanie dużej ostrożności przy konstruowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych. Wykluczenie usług tanich („pacjent sam może za nie zapłacić”) może spowodować wzrost zapotrzebowania na procedury droższe.

Trudno jednak zgodzić się z autorem w prezentowanych przez niego poglądach. Oczywiście, koszyk wpływa na popyt na świadczenia w publicznym sektorze opieki zdrowotnej i jego celem jest zmniejszenie liczby udzielanych świadczeń, albo raczej realokacja środków ze świadczeń mniej do bardziej efektywnych kosztowo. Nie można jednak koszyka świadczeń gwarantowanych traktować jako alternatywy dla współpłacenia, jest to raczej rozwiązanie komplementarne z współpłaceniem. W dobrze funkcjonujących systemach

---

<sup>15</sup> S o w a d a, *Współpłacenie*.

opieki zdrowotnej określony jest oczywiście koszyk świadczeń gwarantowanych, ale niektóre spośród tych świadczeń udzielane są za dopłatą. Samo ograniczenie wachlarza dostępnych świadczeń nie spowoduje spadku zjawiska moralnego hazardu, dopiero razem z współpłaceniem można doprowadzić do właściwego poziomu korzystania z opieki zdrowotnej.

#### b) *Limity świadczeń*

Wprowadzenie limitów świadczeń prowadzi oczywiście do spadku korzystania z nich, jednakże z rozwiązaniem tym wiążą się bardzo istotne problemy. Najważniejszym z nich jest to, że limity prowadzą do złej alokacji świadczeń, jeśli za kryterium uznana zostanie potrzeba zdrowotna. Za pomocą limitów ograniczany jest dostęp do opieki zdrowotnej losowo wybranej grupie pacjentów, dlatego że do ustalania kolejek po świadczenia nie stosuje się zazwyczaj ustalania priorytetów według potrzeby zdrowotnej. Poza tym stosowanie tej metody prowadzi do narastania zjawisk korupcyjnych, a także ogromnego niezadowolenia społecznego wywołanego niewywiązywaniem się sektora zdrowotnego ze swoich obowiązków, o których istnieniu świadczy fakt ubezpieczenia. Limity świadczeń zmuszają pacjentów (którzy w limicie się „nie zmieścili”) do korzystania z opieki zdrowotnej w sektorze prywatnym, co świadczy w gruncie rzeczy o niewydolności sektora publicznego.

### PODSUMOWANIE

1. Dopłaty w opiece zdrowotnej są jedną z form płatności bezpośrednich, czyli tych wydatków pacjenta, które dokonywane są w chwili korzystania z opieki zdrowotnej (w odróżnieniu od płatności dokonywanych niezależnie od wystąpienia potrzeby zdrowotnej i korzystania ze świadczeń zdrowotnych).

2. Istnieje wiele typów dopłat do usług medycznych. Najważniejsze z nich to ograniczenie sumy ubezpieczenia; stały, procentowy udział pacjenta w kosztach leczenia (współubezpieczenie); franszyzy; klasyczne współpłacenie; indemnizacja.

3. Podstawowa funkcja, którą spełniać ma współpłacenie w sektorze opieki zdrowotnej, to poprawa alokacji zasobów. Funkcje szczegółowe polegają na ograniczeniu hazardu moralnego, kontrolowaniu świadczeniodawców, edukacji zdrowotnej w zakresie kosztów opieki zdrowotnej. Uważa się również, że wprowadzenie dopłat powoduje przywrócenie właściwego znaczenia zasadom solidarności społecznej i subsydiarności, które w systemie bezpłatnej dla

pacjenta (w chwili korzystania) opieki zdrowotnej są zagrożone. Istotną funkcją – choć rzadko decydującą o wprowadzeniu dopłat – jest funkcja fiskalna, czyli gromadzenie dodatkowych środków finansowych (choć wprowadzenie dopłat może również pociągnąć za sobą decyzję o zmniejszeniu innych obciążeń finansowych, np. wysokości składki na ubezpieczenie społeczne). Niektórzy uczestnicy dyskusji uważają, że dopłaty do usług zdrowotnych mogą też spowodować zmniejszenie skali korupcji w opiece zdrowotnej, nie istnieją jednak badania, które mogłyby potwierdzić lub zaprzeczyć tej tezie.

4. Wprowadzenie współpłacenia do świadczeń zdrowotnych może również przynieść niepożądane skutki. Najbardziej istotnym negatywnym skutkiem wprowadzenia dopłat jest stworzenie (podwyższenie) bariery finansowej korzystania z opieki zdrowotnej, a więc ograniczenie dostępności do świadczeń. Wystąpienie tego zjawiska na skutek wprowadzenia dopłat jest bardzo prawdopodobne w sektorze opieki zdrowotnej. Konieczne jest jednakże udzielenie odpowiedzi na pytanie o to, czy i w jakim zakresie ograniczenie dostępności wpływa na poziom zdrowotności w danym społeczeństwie. Badania przeprowadzone na świecie przynoszą zarówno argumenty dla tezy, że wprowadzenie dopłat powoduje pogorszenie wskaźników zdrowotności, jak i dla tezy dokładnie odwrotnej. Skutkiem ograniczenia dostępności jest zwlekanie z rozpoczęciem leczenia, co z kolei prowadzi do opłakanych skutków zdrowotnych, jak również do wzrostu kosztów leczenia. Niektórzy twierdzą, że wprowadzenie dopłat spowoduje niesprawiedliwy rozkład kosztów opieki zdrowotnej ponoszonych przez pacjentów, jak również wzrost postaw roszczeniowych.

5. Wprowadzenie współpłacenia w sektorze opieki zdrowotnej nie jest zadaniem łatwym, bo wiąże się z podjęciem szeregu decyzji, które wzajemnie na siebie wpływają. Pierwsza decyzja, która powinna zostać podjęta w efektywnie działającym systemie opieki zdrowotnej, to definicja koszyka świadczeń, czyli – mówiąc w wielkim uproszczeniu – określenie, które świadczenia są finansowane w ramach systemu publicznego i w jakim zakresie. Kolejna decyzja dotyczy ewentualnego określenia tzw. sumy franszyzowej, czyli określenia górnej granicy wydatków ponoszonych przez pacjenta w danym okresie. Kolejna decyzja dotyczy tego, które elementy (POZ, pozostała opieka ambulatoryjna, opieka stacjonarna, leki, inne) i w jakim zakresie powinny podlegać współpłaceniu. Podejmując tę decyzję, należy mieć na względzie wiele okoliczności, np. rolę POZ, możliwość substytuowania świadczeń z różnych fragmentów systemu (np. świadczeń opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej), jeśli motywują do tego względy finansowe itp. Konieczne jest również rozważenie możliwości zastosowania zwolnień przedmiotowych (np. w nagłych sytuacjach zdrowotnych, chorobach zakaźnych) oraz zmniejszenia wyso-

kości współpłacenia, a w wyjątkowych sytuacjach również zwolnienia z współpłacenia dla niektórych grup pacjentów (dzieci i kobiet w ciąży, grup nieuprzywilejowanych ze względów finansowych, honorowych dawców krwi, osób leczonych przymusowo, inwalidów i weteranów wojennych i innych).

6. Rozwiązaniami alternatywnymi w stosunku do współpłacenia są odpowiednio wąsko skonstruowany koszyk świadczeń gwarantowanych i limity świadczeń.

#### BIBLIOGRAFIA

- Chiaffari P. A., Durand F., Geoffard P. Y., Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment European, „Economic Review” 42(1998), s. 499-511.
- Folland Sh., Goldman A. C., Stano M., The Economics of Health and Health Care Person, Prentice Hall 2004.
- Kornaś J., Eggleston K., Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej, Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego 2002.
- Niżnik J., W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia. Bydgoszcz–Kraków: Oficyna Wydawnicza Branta 2004.
- Sowada Ch., Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”. Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ 2004.
- Włodarczyk C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Łódź–Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Versalius 1996.
- Zwiefel P., Manning W. G., Moral hazard and consumer incentives in health care, w: A. J. Culyer, J. P. Newhouse, Handbook of Health Economics, Amsterdam–Lausanne–New York–Oxford–Shannon–Singapore–Tokyo: Elsevier 2000.

#### ONE MORE IDEA TO REFORM THE SECTOR OF HEALTH CARE – BONUSES TO MEDICAL SERVICE

#### S u m m a r y

The paper discusses in detail the question of bonuses to medical services. The first part characterises various kinds of bonuses. In further parts the are functions of mutual charges in the sector of medical care are discussed. Another part of the paper is devoted to the negative effects that may be connected with co-charges. Then we discuss the system of co-charges, i.e., the decision that must be made when bonuses are introduced to medical services. Such deci-

---

sions deal, among other things, with co-charges and various rates of bonuses in different sectors of the system of medical care (outpatient care, stationary care, medicines), then exemptions and lower rates. The last part of the paper is devoted to the alternative instruments in relation to co-charges.

*Translated by Jan Kłós*

**Słowa kluczowe:** dopłaty do usług medycznych (współpłacenie), instrumenty sterowania popytem w opiece zdrowotnej, hazard moralny, dostępność do opieki zdrowotnej.

**Key words:** bonuses to medical services (co-charges), instruments to manage the demand in medical care, moral gambling, accessibility to medical care.