

Partycypacja pacjentów w kosztach usług zdrowotnych¹

Wprowadzenie

Opieka zdrowotna w Polsce, podobnie jak w większości krajów Europy, wpisana jest do katalogu zadań publicznych. U podstaw tego zjawiska zarówno w Europie Środkowo-Wschodniej, jak i Zachodniej leży – choć odmienne – dziedzictwo systemowe. W pierwszym przypadku doktryna socjalizmu opowiadała się, przynajmniej w warstwie deklaratywnej, za całkowicie bezpłatnym dostępem wszystkich obywateli do wszelkich usług społecznych, w tym opieki zdrowotnej. W drugim – tradycja państwa opiekuńczego przemawiała za obszernym zakresem zobowiązań finansów publicznych w zapewnianiu obywatelom ochrony socjalnej, również w aspekcie utrzymania zdrowia. Te dwie odmienne perspektywy poznawcze dziś ulegają znacznej rewizji, choć łączy je powszechnie artykułowana przez członków społeczeństw potrzeba poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Oczekiwaniom i zapotrzebowaniu po stronie popytu (pacjenci) na usługi zdrowotne towarzyszą rosnące koszty po stronie podaży świadczeń zdrowotnych, będące przede wszystkim konsekwencją postępu w technologii medycznej i farmacji. Ponieważ zobowiązania finansów publicznych państw Europy zarówno rozwiniętych, jak i rozwijających się, znacznie przekraczają ich możliwości, poszukuje się sposobów ich racjonalizacji, a nawet ograniczania [Golinowska, 2001, s. 7]. Jedną z takich prób o pewnej już tradycji w ustabilizowanych gospodarkach Zachodu jest współpłacenie pacjentów (z ang. *patient cost sharing*), nad którym w krajach transformacji, w tym w Polsce, toczą się liczne debaty i dyskusje. Ich myślą przewodnią jest chęć poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania w systemie ochrony zdrowia i zwiększania tym samym całkowitych wydatków na zdrowie bez potrzeby zwiększania wydatków publicznych. Natomiast cel w postaci racjonalizacji zachowań strony popytowej, który to przyświeca postulatом wysuwanym przede wszystkim w krajach rozwiniętych tu odsuwany jest na dalszy plan.

* Autorka jest pracownikiem Katedry Marketingu Uniwersytetu Szczecińskiego. Artykuł wpłynął do redakcji w czerwcu 2005 r.

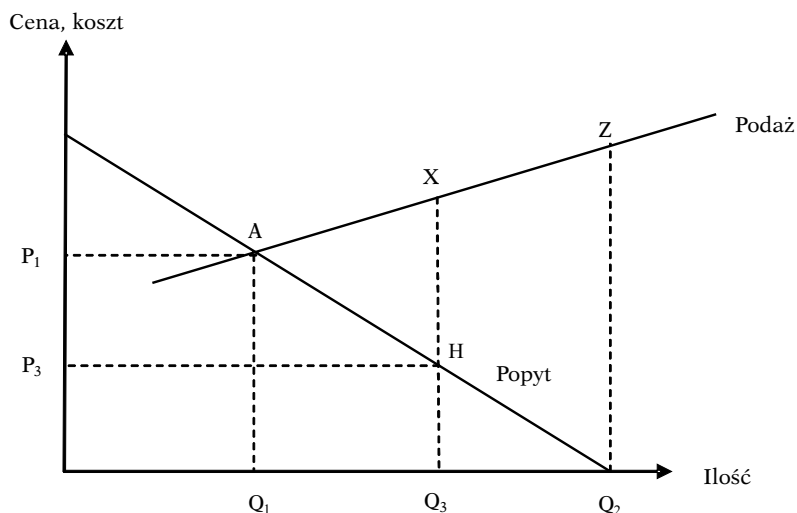
¹ Artykuł powstał w ramach pracy badawczej (nr 2H02C 03425) finansowanej ze środków Ministerstwa Nauki i Informatyzacji w latach 2003-2005. Autorka jest jej kierownikiem.

Rola ceny w świetle teorii mikroekonomii

W idealnych warunkach (doskonałej konkurencji) cena wraz z podażą i popytem tworzy dynamiczny układ powiązań, który przesądza o funkcjonowaniu mechanizmu rynkowego. Ceny na rynku są z jednej strony nośnikiem informacji o kosztach, a z drugiej – przy ich określonym poziomie – wyrażają akceptację wartości przedmiotu wymiany przez klientelę. Na rynku usług zdrowotnych, gdzie obok tradycyjnych stron wymiany: popytowej i podażowej obecna jest również tzw. trzecia strona (publiczny lub prywatny płatnik) klasyczne zależności między ceną, popytem i podażą są mocno ograniczone. Powodem tego stanu rzeczy, obok występowania trzeciego uczestnika wymiany, są tzw. „wady rynku”, w tym przede wszystkim zjawisko asymetrii informacyjnej oraz relacji agencyjnej.

Uzasadnieniem dla wprowadzenia elementu cenowego do relacji popytowo-podażowej (pacjent-usługodawca) w sytuacji istnienia publicznego bądź prywatnego płatnika jest takie zarządzanie popytem, które doprowadziłoby do bardziej racjonalnego wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej. W literaturze zarówno polskiej, jak i zagranicznej, wskazuje się na istnienie zależności mówiącej o tym, iż zerowa cena usług w momencie korzystania (przy założeniu, że ubezpieczenie zdrowotne całkowicie „chroni” klienta przed ponoszeniem kosztów związanych z konsumpcją usług) implikuje wzrost popytu (zapotrzebowania) na ich określone rodzaje [Freeman, Dowd, 1993, s. 195], powodując przesunięcie na krzywej popytu z optymalnego punktu A do Q_2 (rys. 1).

Rysunek 1. Model neoklasyczny – implikacje ubezpieczenia i partycypacji pacjentów w kosztach dla dobrobytu społecznego



Źródło: Saltman, Figueras, Sakellarides (ed.), [1998], *Critical challenges for health care reform in Europe*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, s. 81

W punkcie Q_2 koszt krańcowy związany z wytworzeniem usług korespondujący z punktem Z na krzywej podaży przewyższa krańcową korzyść wynikającą z konsumpcji usługi. Według neoklasycznej teorii ekonomii sytuacja ta prowadzi do utraty dobrobytu społecznego (*welfare loss*) obrazowanego trójkątem AZQ_2 . Uznać należy zatem, iż pełne pokrycie wszystkich usług medycznych bądź to poprzez system podatkowy, bądź ubezpieczeniowy, prowadzi do eskalacji popytu na usługi zdrowotne i faktycznej ich konsumpcji w skali często przekraczającej rzeczywiste potrzeby społeczne w tym obszarze. Wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjenta za pokrycie kosztów związanych z usługą medyczną traktować należy jako zainicjowanie szczątkowego mechanizmu cenowego na rynku usług zdrowotnych, którego celem jest redukcja „moralnych nadużyć” pacjentów i wynikających z nich spadku społecznego dobrobytu. Tracącymi są w tym przypadku wszyscy ubezpieczeni, gdyż składki ubezpieczeniowe, które oni płacą muszą wzrosnąć, by pokryć koszty nadmiernie konsumowanych usług. Na rys. 1 zjawisko to obrazuje zmniejszony – w porównaniu z poprzednim AZQ_2 – obszar trójkąta AXH ograniczony ceną P_3 odpowiadającą udziałowi pacjenta w kosztach oraz konsumowaną ilością usług Q_3 .

Pułapki współpłacenia

Przydatność modelu neoklasycznego, i co za tym idzie zasadność stosowania współpłacenia przez pacjentów, wymaga uzupełnienia o specyficzne cechy sektora zdrowia. Ekonomiści neoklasyczni używają paradygmatu zależności popytowo-podażowej zakładając, że obie zmienne, tj. popyt i podaż są determinowane niezależnie [Rice et al., 2000, s. 865]. W sektorze ochrony zdrowia do czynienia jednak mamy ze zjawiskiem niedoskonałości informacyjnej manifestującej się w swoistym uzależnieniu klienta od usługodawcy w kwestii informacji dotyczącej adekwatnej dla niego usługi. Owa asymetria informacyjna może prowadzić do powstania popytu indukowanego przez podaż (z ang. *supplier-induced demand*), a więc takiego, który nie miałby miejsca, gdyby nie oddziaływanie lekarza w roli agenta pacjenta, dążącego do maksymalizacji korzyści (dobrobytu) tego ostatniego [Ricardson, 2001, s. 340]. Przy założeniu prawdziwości takiej zależności, – co ciągle jeszcze budzi dyskusje i polemiki wśród badaczy problemu – krzywa popytu nie stanowi doskonałego agregatu korzyści oczekiwanych przez konsumentów usług medycznych. Z kolei, jeśli przyjmiemy, że lekarz pełni wobec pacjenta również funkcję informacyjną, to krzywa popytu odzwierciedlać będzie decyzje konsumenta zmierzające do maksymalizacji jego korzyści przy posiadanym w danej chwili zasobie informacji i jako taka może zostać użyta, jako miernik korzyści wynikłych z zastosowania współpłacenia [Freeman, Dowd, 1993, s. 193-200]. Niezbędnym warunkiem względnej niezależności konsumenta przy podejmowaniu decyzji jest stworzenie mu możliwości zdobycia i poszerzenia wiedzy na temat prawdopodobnych efektów alternatywnych metod diagnostyki i terapii. Jako że kosz-

ty takiego przedsięwzięcia wydają się bardzo wysokie, a szybkie pokonanie dystansu wiedzy dzielącego profesjonalistę medycznego i laika – mało realistyczne, wskazane jest selektywne podchodzenie do mechanizmu współpłacenia jako bodźca racjonalizującego zachowania strony popytowej. Wybór usług, co do których adekwatne jest jego zastosowanie zależy więc będzie m.in. od stopnia, w jakim popyt na konkretną usługę pozostaje pod wpływem oddziaływania podażowej strony rynku usług zdrowotnych.

Innym zagrożeniem dla proefektywnościowego oddziaływania mechanizmu współpłacenia są zjawiska zachodzące potencjalnie po stronie podaży, a odnoszące się w pewnych warunkach do zachowań usługodawców. Skoro wprowadzenie partycypacji klientów w kosztach ogranicza popyt inicjowany przez samych pacjentów, to zagraża to tym samym finansowym interesom usługodawców opłacanych w systemie „za usługę” (*fee-for-service*). Odpowiedzią na ten stan rzeczy uzasadnioną dążeniem do ochrony dotychczasowego poziomu zarobków będzie wzrost intensywności świadczenia usług mierzony ilością kontaktów z pacjentem oraz liczbą ordynowanych usług diagnostycznych w trakcie jednego epizodu chorobowego. W tej sytuacji cel w postaci redukcji całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną, jak i dążenie do efektywnego rozdysponowania zasobów nie zostają osiągnięte. W tych warunkach intensywność korzystania z usług medycznych, będąca jednym z czynników kosztotwórczych dla systemu nie zostaje ograniczona. Podobne konsekwencje niesie za sobą wzrost cen usług jako odpowiedź na redukcję popytu generowaną pojawieniem się koniecznością partycypowania przez pacjenta w kosztach.

Doświadczenia krajów Europy Zachodniej

W obliczu coraz bardziej intensywnej debaty nad wprowadzeniem powszechnego współpłacenia pacjentów do polskiego systemu ochrony zdrowia doświadczenia rozwiniętych krajów Unii Europejskiej wydają się w tym miejscu godne uwagi. Bez względu na praktykowaną formę angażowania pacjenta w ponoszenie kosztów usług zdrowotnych polityka zdrowotna krajów Europy Zachodniej określa maksymalną dopuszczalną wartość indywidualnych dopłat (zob. tabl. 1), unikając przy tym definiowania progu, poza który ubezpieczyciel czy państwo zrzeka się odpowiedzialności za pokrycie kosztów leczenia. Istniejące dopłaty – poza sferą farmaceutyków, w której indywidualna partycypacja pacjentów jest istotnym źródłem dodatkowych wpływów – mają spełniać rolę bodźca motywującego pacjenta do bardziej świadomego i odpowiedzialnego korzystania z usług. W swym założeniu mają one ukierunkować popyt na obszary, co do których relacja koszt-efekt została pozytywnie zweryfikowana.

Tablica 1

Formy i zakres partycypacji pacjentów w kosztach w systemach Europy Zachodniej

Wyszczególnienie	Podstawowa opieka zdrowotna	Specjalistyczna opieka zdrowotna (ambulatoryjna i szpitalna)	Leki
Niemcy	Nie występuje.	Stała stawka współpłacenia obejmująca 14 dni rocznie pobytu w szpitalu; w przypadku hospitalizacji dłuższych niż 14 dni brak odpowiedzialności finansowej.	Zróżnicowane formy współpłacenia, brak refundacji dla leków z „listy negatywnej”.
Francja	Koasekuracja; kompensacja rachunków (<i>extra billing</i>) wobec zdefiniowanych kategorii lekarzy.	Koasekuracja wobec stawki na osobodzień oraz współfinansowanie posiłków w ciągu pierwszych 30 dni hospitalizacji.	W większości przypadków obowiązuje koasekuracja oraz refundacja dla leków spoza „listy pozytywnej”.
Austria	80% populacji objętych jest obowiązkiem współpłacenia; pozostała grupa jest wyłączona ze względu na niskie dochody.	Kombinacja współpłacenia i koasekuracja (z odstępstwami); odpowiedzialność ograniczona do pierwszych 28 dni hospitalizacji.	Współpłacenie wobec leków recepturowych.
Belgia	Wąski zakres współpłacenia lub koasekuracji dodatkowo ograniczony dla niższych grup dochodowych. Dopuszczalne prawem pokrywanie różnicy między stawką lekarza rodzinnego a innego lekarza wybranego dowolnie.	Zróżnicowane formy współpłacenia w zależności od taryf opłat.	Współpłacenie lub koasekuracja ze stawkami do 85%, zależnymi od rodzaju leku; leki nieobecne na „liście pozytywnej” wyłączone z refundacji.
Dania	Nie występuje.	Nie występuje	Zróżnicowane współpłacenie ze stawkami do 50% stosownie do listy referencyjnej.
Włochy	Nie występuje.	Współpłacenie dotyczące procedur diagnostycznych, wizyt specjalistów i leczenia uzdrowskiego.	Udział własny pacjenta (<i>deductible</i>) tylko odnośnie podstawowych leków. W przypadku pozostałych – udział własny wraz z koasekuracją; liczne odstępstwa.
Holandia	Nie występuje dla publicznie ubezpieczonych; zróżnicowane dla prywatnie ubezpieczonych.	Nie występuje dla publicznie ubezpieczonych; zróżnicowane dla prywatnie ubezpieczonych.	Wykazy refundacyjne.
Szwecja	Współpłacenie z maksymalną w ciągu roku kwotą zaangażowania własnego.	Współpłacenie za dzień pobytu w szpitalu i wizyty u specjalistów.	Współpłacenie za pierwszy przepisany lek z dużą redukcją wobec następnych pozycji.; promowanie substytucji generycznej.
Wielka Brytania	Nie występuje.	Nie występuje poza dopłatami do łóżek szpitalnych z udogodnieniami.	Współpłacenie dotyczące 17% leków.

Wyszczególnienie	Podstawowa opieka zdrowotna	Specjalistyczna opieka zdrowotna (ambulatoryjna i szpitalna)	Leki
Hiszpania	Nie występuje.	Nie występuje.	Koasekuracja; leki z „listy negatywnej” wyłączone z subsydiowania.
Finlandia	Roczne stawki współpłacenia, któremu towarzyszy maksymalna wielkość opłat bezpośrednich.	Określona jako maksymalna stawka współpłacenia za dzień hospitalizacji oraz wizyty specjalistów.	Koasekuracja.
Grecja	Nie występuje, ale niektórzy prywatni lekarze praktykują kompensację rachunków.	Nie występuje w opiece szpitalnej; koasekuracja wobec usług diagnostycznych.	Koasekuracja.

Źródło: zestawiono na podstawie: Saltman, Figueras., Sakellarides (ed.), [1998], *Critical...*, op. cit., s. 88-95

W krajach Europy Zachodniej udział płatności z indywidualnych dochodów pacjentów w całkowitych wydatkach na zdrowie waha się od 2,7% w Wielkiej Brytanii do 44,6% w Portugalii i cały czas rośnie (tabl. 2). Mimo tego mechanizm współpłacenia staje się mało skutecznym narzędziem racjonalizacji popytu na usługi zdrowotne nie tylko ze względu na nieracjonalne zachowania lekarzy (argument przedstawiony powyżej). Naczelną przesłanką odpowiedzialną za taką sytuację jest oddziaływanie dobrowolnego prywatnego ubezpieczenia przejmującego osobistą odpowiedzialność pacjenta za pokrycie obowiązkowych stawek dopłat w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (w Danii „doubezpieczonych” jest 26% populacji, we Francji – blisko 85%). Mimo że taki stan rzeczy jest całkowicie akceptowany na rynku przedsiębiorstw ubezpieczeniowych – ryzyko jest przecież nieodłącznym elementem funkcjonowania na wolnym rynku – to z makroekonomicznego punktu widzenia koszty systemu jako całości rosną. Formą obrony przed reakcją tego typu jest wprowadzony w niektórych krajach (Belgia, Norwegia, Szwecja) zakaz prywatnego doublebezpieczania się lub ograniczenie jego działania do zakupu usług niewystępujących w standardowym pakiecie w ramach narodowej służby zdrowia (Wielka Brytania, Włochy) czy systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (Austria). W związku z występowaniem powyżej zakreślonych tendencji buforowa rola mechanizmu dopłat wobec kosztów opieki zdrowotnej wydaje się być wysoce ograniczona. Podobne niezadowolające rezultaty osiągnęte są w aspekcie kształtowania pożądanej z punktu widzenia efektywności struktury konsumpcji usług zdrowotnych. Badania amerykańskie dowodzą, iż pod wpływem bezpośredniego współpłacenia klienci redukowali kontakty z usługodawcą zarówno w sytuacjach błahych, jak i poważnych. Podobne wnioski – z podkreśleniem, iż dotyczą one realiów USA – można wysunąć w stosunku do intensywności korzystania z usług podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej [Saltman et al., 1998, s. 99].

Tablica 2

Zakres i wysokość współpłacenia pacjentów, wybrane kraje Europy Zachodniej

Wyszczególnienie	Udział dopłat jako % THE (1997 rok)	Opłaty bezpośrednie per capita, USD (PPP), 1985	1990	1995	2000
Wielka Brytania	2,7 (1995)	b.d.	103	143	b.d.
Dania	12,6 (1996)	160	232	307	396
Finlandia	19,9	155	201	290	343
Francja	12,6	b.d.	174	219	240
Niemcy	10,8 (1995)	139	178	225	290
Irlandia	12,9 (1995)	85	140	206	214
Włochy	b.d.	134	202	363	466
Luksemburg	7,0	82	82	131	185
Hiszpania	b.d.	b.d.	182	309	387

Uwaga: THE = Total Health Expenditure (całkowite wydatki na cele zdrowotne).

Źródło: zestawiono na podstawie: [OECD Health Data 2002, 2003], *Comparative analysis of 30 countries*, OECD Publications, Paris, s. 241 oraz [Kornai, Eggleston, 2002], *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wyd. WZPiZ, Warszawa, s. 113

Perspektywy współpłacenia w Polsce

W Polsce, w której publiczne wydatki na zdrowie sięgają 4,2% PKB [OECD, 2003, s. 267], co *per capita* oznacza około 309 dolarów amerykańskich, jawna i prawnie usankcjonowana partycypacja pacjentów w kosztach usług powinna być postrzegana jako istotne źródło dodatkowych środków finansowych w systemie. Obecnie system jawnych dopłat w sektorze publicznym usług zdrowotnych – nawet w porównaniu do innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej – jest wciąż zjawiskiem sporadycznym i stosowanym jedynie w małej części usług zdrowotnych (tabl. 3).

Tablica 3

Formy i zakres współpłacenia w krajach Europy Środkowo-Wschodniej

Wyszczególnienie	Opieka ambulatoryjna	Opieka szpitalna	Farmaceutyki
Polska	Leczenie uzdrowiskowe, leczenie stomatologiczne, przedmioty ortopedyczne, przejazd środkami transportu sanitarnego poza przypadkami określonymi w ustawie.	Nie występuje z wyjątkiem zakładów opiekuńczo-leczniczych i za dodatkowe usługi hotelowe (na przykład matki hospitalizowanego dziecka).	Różne kategorie dopłat (refundacji).
Bułgaria	Znaczące, z wyjątkiem przypadków ze skierowaniem; planowane: 1% minimalnej płacy na wizytę.	Znaczące, z wyjątkiem przypadków ze skierowaniem; planowane: 2% minimalnej płacy na wizytę dla maksymalnie 20 dni rocznie.	Tak, za całą opiekę pozaszpitalną.

Wyszczególnienie	Opieka ambulatoryjna	Opieka szpitalna	Farmaceutyki
Czechy	Nie, z wyjątkiem kosztów materiałów jednego lub dwóch leceń u stomatologa.	Tak, na oddziałach opieki długoterminowej i za dodatkowe usługi hotelowe.	Tak, różne kategorie dopłat, przeciętnie 10%.
Chorwacja	10%	Tak, znaczące.	Tak, znaczące.
Węgry	Znaczące, z wyjątkiem przypadków ze skierowaniem.	Tak, na oddziałach opieki długoterminowej i za dodatkowe usługi hotelowe.	Tak, różne kategorie dopłat, przeciętnie 30%.
Rumunia	Nie	Nie	Tak, znaczące.
Słowacja	Nie	Nie	Tak, różne kategorie dopłat.
Słowenia	Lekarz rodzinny – do 25%; opieka stomatologiczna – do 85%; inne rodzaje opieki pozaszpitalnej – do 85%.	5-15%	Tak, różne kategorie dopłat.

Źródło: [Kornai, Eggleston, 2002], *Solidarność...*, op. cit., s. 148 oraz polskie akty prawne

Brak rozwiązań systemowych regulujących współudział pacjentów w kosztach opieki zdrowotnej nie oznacza, że ich dochody indywidualne nie są angażowane. Wielu pacjentów (i to nie tylko tych dysponujących odpowiednią siłą nabywczą) poszukuje zwiększenia możliwości dostępu do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości i rozszerzenia możliwości wyboru świadczeniodawcy poprzez korzystanie z usług opłacanych z dochodów indywidualnych w prywatnym sektorze usług zdrowotnych. Według wyników badania pt. „Diagnoza Społeczna 2003” blisko 40% gospodarstw domowych korzysta z opieki zdrowotnej, której koszty opłaca ze środków własnych [Czapiński, Panek, 2003, s. 74]. Nie bez znaczenia są też środki angażowane w „drugim obiegu”, który w polskiej służbie zdrowia jest znacznie rozpowszechniony. Zakres korzystania z usług ambulatoryjnego sektora prywatnego jest najszerszy wśród gospodarstw osób pracujących na własny rachunek, a także wśród pracowników (tabl. 4). Ta forma opieki jest stosunkowo mało popularna w gospodarstwach utrzymujących się z niezarobkowych źródeł. Znikoma część polskiego społeczeństwa korzysta również z usług prywatnych szpitali (tabl. 5).

Tablica 4

Zakres korzystania przez gospodarstwa domowe z usług lekarza według grup społeczno-ekonomicznych w 2003 roku

Grupa społeczno-ekonomiczna	Procent gospodarstw domowych, które korzystały w ciągu ostatnich 3 miesięcy z usług lekarza (ogólnego, specjalisty)	
	w prywatnych placówkach służby zdrowia	w publicznych placówkach służby zdrowia
Pracownicy	32.31	86.13
Rolnicy	23.52	86.77
Pracownicy użytkujący gospodarstwo rolne	26.72	90.98
Emeryci i renciści	20.99	89.40
w tym: emeryci	21.73	88.72
renciści	19.32	90.93
Pracujący na własny rachunek	42.38	83.85
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	12.95	82.22
Ogółem	27.20	87.27

Źródło: [Czapiński, Panek (red.), 2003], *Warunki i jakość życia Polaków. Diagnoza Społeczna 2003*, Warszawa, s. 128

Tablica 5

Zakres przebywania członków gospodarstw domowych w szpitalu według grup społeczno-ekonomicznych w 2003 roku

Grupa społeczno-ekonomiczna	Procent gospodarstw domowych, w których ktokolwiek z członków przebywał w ostatnim roku w szpitalu	
	prywatnym	publicznym
Pracownicy	1.16	29.42
Rolnicy	0.00	35.95
Pracownicy użytkujący gospodarstwo rolne	2.00	33.60
Emeryci i renciści	0.70	35.63
w tym: emeryci	0.54	33.20
renciści	1.06	41.13
Pracujący na własny rachunek	0.82	27.07
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	0.69	37.27
Ogółem	0.93	32.45

Źródło: jak w tablicy 4, s. 124

Istnieje realna szansa na to, że wprowadzenie otwartego współpłacenia pacjentów, poza złagodzeniem obciążeń publicznego płatnika, zredukowałoby znaczenie opłat wnoszonych w tej sferze. Środki oficjalnie pozyskiwane od pacjentów w postaci „cegiełek” i wpłat od fundacji stanowią wprawdzie kilku-procentowy udział w dochodach zakładów opieki zdrowotnej, ale ich istotą jest to, że ich przepływ jest oficjalnie rejestrowany, a uzyskane tą drogą środki nie mają charakteru konsumpcyjnego [Tymowska, 1999, s. 14]. Z drugiej strony nieprzemysłana i nie poparta rzetelnymi ekspertyzami inicjacja powszechnej partycypacji pacjentów w kosztach stanowi realne zagrożenie dla dostępności do nawet podstawowego pakietu usług ze strony najuboższych grup społecznych. Państwo polskie, chcąc realizować konstytucyjne prawo obywateli do opieki zdrowotnej bez takich ograniczeń – przy założeniu opcji współpłacenia – będzie musiało wprowadzić liczne wyjątki i odstępstwa od zasady współfinansowania. To z kolei nieuchronnie prowadzi do wzrostu kosztów administracyjnych oraz spadku przejrzystości systemu.

To, czy dana usługa powinna być całkowicie finansowana poprzez ubezpieczenie, czy też pacjenci powinni bezpośrednio uczestniczyć w pokrywaniu jej kosztów zależy od tego, jak popyt reaguje na zmianę cen. Usługi w rodzaju stomatologii, na które popyt zmienia się znacząco pod wpływem wzrostu cen powinny być częściej przedmiotem współpłacenia niż usługi w postaci zabiegów chirurgicznych. W przypadku usług związanych w chorobami przewlekłymi, co do których elastyczność cenowa popytu jest niska, wprowadzenie partycypacji kosztowej pacjentów powinno mieć marginalne znaczenie. W sytuacjach, w których prawdopodobieństwo wystąpienia dolegliwości jest małe, koszty ponoszone na jej eliminację w przypadku jej zaistnienia – wysokie, a towarzyszący chorobie dyskomfort – znaczny, korzyści płynące z faktu posiadania ubezpieczenia są maksymalizowane. Odwrotne zależności, tj. duże prawdopodobieństwo wystąpienia, niski koszt przypadający na przypadek, mały dyskomfort dla pacjenta i niska skuteczność ubezpieczenia odnoszą się do usług zdrowotnych relatywnie

nieskomplikowanych i towarzyszących im usług komplementarnych. Powyższe konstatacje, wywodzące się z teorii ubezpieczeń, sugerują, że współodpowiedzialność pacjentów za koszty leczenia powinna być wyższa w odniesieniu do usług opieki ambulatoryjnej, stomatologicznej, a także w stosunku do farmaceutyków (poza tymi, które dotyczą leczenia chorób przewlekłych) [Oxley, MacFarlan, 1994, s. 52]. Po uwagę należałoby również wziąć rangę danej usługi i jej wpływ na budowanie potencjału zdrowotnego człowieka. Jeśli bowiem do czynienia mamy ze świadczeniami profilaktycznymi lub prostymi usługami ambulatoryjnymi to celowe byłoby wprowadzenie współpłacenia pacjentów. Natomiast w przypadku procedur wysokospecjalistycznych, skomplikowanych korzystne efekty z tytułu posiadania ubezpieczenia są maksymalizowane.

Skuteczność kosztowej partycypacji pacjentów jako instrumentu regulującego popyt powinna być uzależniona od stopnia, w jakim korzyści z konsumpcji usług pozostają udziałem jedynie bezpośrednich ich beneficjentów. Usługa zdrowotna jako dobro prywatne, a więc przynosząca korzyści tylko jednostce, pozwala na zrównoważenie kosztu krańcowego wytworzenia z korzyścią płynącą z konsumpcji. Jednak wiele spośród usług zdrowotnych przybiera po części postać dóbr publicznych (niekiedy nazywanych również dobrami mieszczanymi), w przypadku których korzyści społeczne przewyższają korzyści jednostkowe. Wprowadzenie znacznych opłat wymaganych od pacjentów mogłoby doprowadzić do powstrzymywania lub ograniczania konsumpcji owych usług (jak na przykład szczepienia ochronne), co byłoby niekorzystne ze społecznego punktu widzenia. Znajduje to zresztą pokrycie w strategii polityki zdrowotnej Polski, w której usługi zdrowotne nastawione na niwelację niekorzystnych efektów zewnętrznych są oferowane bezpłatnie lub za niewielką odpłatą (niektóre usługi profilaktyczne) w ramach sektora publicznego opieki zdrowotnej.

Określenie tego, co może i powinno być przedmiotem współpłacenia pacjentów nie jest jednak możliwe bez uprzedniego zdefiniowania podstawowego (standardowego) pakietu usług dostępnego uprawnionym bezpłatnie w ramach publicznego strumienia finansowania.

Pytanie o ciąg dalszy

Nawiązując do problemu rosnących kosztów opieki zdrowotnej i towarzyszącego im wzrastającego obciążenia wydatków publicznych znacznie przekraczającego możliwości finansowe większości krajów Europy mechanizm współpłacenia jawi się jako sposób na przesunięcie akcentu zobowiązań od podmiotów publicznych (budżetu państwa, ubezpieczycieli) bezpośrednio ku gospodarstwom domowym lub podmiotom prywatnym przez te gospodarstwa asygnowanym (prywatni ubezpieczyciele). Za jego wprowadzeniem przemawia wiele argumentów o charakterze zarówno *stricte* ekonomicznym, jak i socjologicznym.

W założeniu angażowanie pacjenta w pokrywanie części kosztów opieki zdrowotnej ma – prócz przesłanek makroekonomicznych zorientowanych na zwiększanie udziału prywatnych wydatków w całkowitych wydatkach za zdro-

wie – spełniać również funkcję motywacyjną, budzącą u niego świadomość istnienia kosztów usług zdrowotnych i stymulującą go do racjonalnych zachowań. Obserwacje socjologiczne wskazują ponadto, że przy odpłatności usług zwiększeniu często ulega zaangażowanie odbiorców usług w sam proces ich świadczenia. Wynika to z prostej zależności, aktywnej w świadomości społecznej, że to, co się nabywa za pieniądze jest cenne i analogicznie – to, co się otrzymuje za darmo jest na ogół niedoceniane [Sobiech, 1990, s. 35].

Mimo braku udokumentowanych badań, wykazujących istotny pozytywny wpływ elementu cenowego na efektywność makro- i mikroekonomiczną sektora zdrowia, mechanizm współpłacenia uznać należy za korzystne zjawisko również z socjologicznego i marketingowego punktu widzenia. Całkowicie darmowa dystrybucja usług zdrowotnych nie umożliwia bowiem ujawniania się preferencji i chęci do ponoszenia dodatkowych kosztów (poprzez dobrowolne prywatne ubezpieczenie zdrowotne) w zamian za bardziej intensywną, czy przewyższającą przyjęty standard opiekę zdrowotną tych, którzy zdolni są owe koszty ponosić. Umożliwienie pacjentom partycypacji w kosztach opieki zdrowotnej jest zatem głosem na rzecz wzmocnienia ich pozycji w sektorze ochrony zdrowia. Ze zdolności i chęci płacenia wyrasta bowiem siła do egzekucji swych preferencji [Green, 1992, s. 17].

W rzeczywistości istnieje wiele zjawisk osłabiających skuteczność działania mechanizmu współpłacenia, a spełnienie dodatkowych postulatów okazuje się równie trudne. I tak, bodziec finansowy w postaci ceny lub partycypacji w jej części, by wywrzeć wpływ na zachowanie danej osoby, do której jest adresowany musi być dostatecznie silny. Realizacja tego warunku wymaga rozpoznania elastyczności cenowej popytu i sfery ceny optymalnej dla poszczególnych rodzajów usług, a także rezonansu publicznego związanego z wprowadzaną zmianą. Jest bowiem zrozumiałe, że dążenie do komercjalizacji usług ochrony zdrowia może być w odbiorze społecznym uznane za zamach na gwarancje państwowe. Samym zmianom musi towarzyszyć więc zdobywanie akceptacji dla zmian ze strony tych uczestników sektora zdrowia, których te zmiany bezpośrednio dotyczą. Jest to proces długotrwały, którego realizacja w krajach o odmiennym niż w Europie Zachodniej dziedzictwie ustrojowym, w tym w Polsce, jest tym trudniejsza.

Powyższe rozważania dotyczące ceny jako rynkowego bodźca racjonalizującego zachowania pacjentów upoważniają do konstatacji, iż skuteczność mechanizmu współpłacenia rozpatrywać należy w szerszym układzie relacji zachodzących w sektorze zdrowia. Szczególnie istotne znaczenie należy przypisywać [Rudawska, 2005, s. 106]:

- systemowi finansowania usług i towarzyszącym mu zachowaniom usługodawców,
- zakresowi wpływu lekarzy na decyzje pacjentów wobec korzystania z usług,
- skłonności pacjentów i lekarzy do „moralnego hazardu” w relacji do poszczególnych typów usług i procedur medycznych,
- stopniu uniwersalności i skuteczności egzekucji obowiązków publicznego sektora usług zdrowotnych wobec osób uprawnionych,

- relacji kosztu społecznego do zysku społecznego osiąganego z zastosowania publicznego powszechnego finansowania,
- elastyczności cenowej i dochodowej popytu wobec poszczególnych rodzajów usług oraz
- stopniu akceptacji wprowadzanych zmian ze strony głównych interesariuszy, tj. pacjentów i świadczeniodawców.

W warunkach polskich upowszechnienie się odpłatności usług zdrowotnych określonego typu uzdrowić może stosunki lekarz-pacjent, wydobywając je z nieformalnej i nieprawomocnej „szarej sfery” niesprzyjającej ani efektywności produkcyjnej (uzyskane w ten sposób środki przeznaczone są w całości na indywidualną konsumpcję usługodawcy), ani efektywności alokacyjnej (często sytuacyjnie wymuszona partycypacja pacjenta w nieformalnym obiegu nie sprzyja partnerskiej relacji z usługodawcą). Formalna organizacja współpłacenia sprzyjałaby również reorientacji roli pacjenta, który tym samym wyszedłby z pozycji podporządkowanej na pozycję równoprawnego uczestnika transakcji wymiennej [Imieliński, 1993, s. 16]. Pozostają co prawda pytania najtrudniejsze, stawiane przede wszystkim przez polityków ochrony zdrowia, a dotyczące kwestii równości w dostępności finansowej i korzystaniu oraz statucie zdrowotnym. Dążąc do uzyskania kompromisu pomiędzy zasadą współpłacenia, a zasadą równości państwo powinno zapewnić protekcję grupom o najniższych dochodach oraz osobom cierpiącym na choroby przewlekłe. Segmenty te są bowiem szczególnie narażone na działanie negatywnych efektów formuły obligatoryjnego współuczestnictwa w kosztach. Pozostawienie owej sfery bez ingerencji państwa może natomiast spowodować negatywne efekty w postaci większego obciążenia finansowego dla grup o niższych dochodach, powstania bariery w dostępie do usług oraz powstrzymywania się od korzystania z usług lub opóźnionego szukania pomocy lekarskiej na skutek bariery cenowej. To z kolei doprowadzić mogłoby do pogorszenia się statusu zdrowotnego osób najuboższych, u których normatywne potrzeby zdrowotne notowane są zwykle na wyższym poziomie.

Określenie pożądanego zakresu współpłacenia pacjentów w kosztach usług zdrowotnych implikuje także konieczność zdefiniowania podstawowego (standardowego) i uzupełniającego (ponadstandardowego) pakietu (koszyka) świadczeń. Wydaje się, że punktem wyjścia powinno być w takim przypadku zdefiniowanie listy procedur postępowania medycznego w konkretnych jednostkach chorobowych w oparciu o kryterium efektywności ekonomicznej i skuteczności klinicznej. Gwarancje dostępności powinny zatem obejmować tylko te usługi, dla których powyższe kryteria są spełnione, otwierając tym samym pole do współpłacenia za pozostałe świadczenia [Włodarczyk, 2001, s. 72]. Jako że nie wydaje się możliwe – w oparciu o kryterium relacji koszt-efekt – skonstruowanie ostatecznej puli świadczeń dostępnych w ramach powszechnego ubezpieczenia, bardziej pożądanym rozwiązaniem jest opracowanie tzw. negatywnego koszyka usług, którego zawartość poddawana byłaby ciągłej renegotjacji. Kryteria umieszczania danego typu usługi czy procedury medycznej w takim koszyku powinny mieć charakter ekonomiczny i moralny [Rudawska, 2005, s. 227].

Nie można przy tym wykluczyć, że istnieją pewne grupy pacjentów, których problemy zdrowotne silnie determinują potencjał zdrowotny całego społeczeństwa i tym grupom należałoby ułatwić dostęp do usług medycznych. Jest również wysoce prawdopodobne, że wraz z upływem czasu stosunek jakość-cena nowych technologii znacznie się poprawi, umożliwiając włączenie procedur niedostępnych dotychczas dla grup społecznych o niższych dochodach do bezpłatnego pakietu usług. Dążenie to należy uznać za istotny element docelowego modelu opieki zdrowotnej.

Podsumowanie

Doświadczenia krajów o rozwiniętych demokracjach uczą selektywnego podchodzenia do mechanizmu współpłacenia. Trzeba jednak mieć na uwadze, iż w krajach dopiero rozwijających się, jak Polska, jawna i powszechna partycypacja pacjentów w kosztach usług zdrowotnych może być znaczącym źródłem zasilającym skromny publiczny fundusz ubezpieczeń. Co więcej, może przyczynić się do redukcji niekorzystnej „szarej sfery”, która w żaden sposób nie przyczynia się do rozwoju sektora ochrony zdrowia, a wręcz niesie ze sobą ryzyka „przerzucania kosztów” do sektora publicznego. W końcu wprowadzenie współpłacenia mogłoby nieco zrationalizować zachowania pacjentów, jak i poprawić ich pozycję na rynku jako klientów zdolnych do egzekwowania swych praw i mających zarazem obowiązki.

Bibliografia

- Czapiński J., Panek T., [2003], *Warunki i jakość życia Polaków. Diagnoza Społeczna 2003*, Warszawa.
- Freeman R., Dowd B., [1993], *What does the demand curve for medical care measure?*, Journal of Health Economics, Nr 12.
- Golinowska S., [2001], *Polityka społeczna*, Wyd. Poltext, Warszawa.
- Green D., [1992], *The NHS reforms: from ration-book collectivism to market socialism*, Economic Affairs, Nr 4.
- Imieliński K. (red.), [1993], *Humanizm i medycyna*, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa.
- Kornai J., Eggleston K., [2002], *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wyd. Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa.
- OECD Health Data 2002, [2003], *Comparative analysis of 30 countries*, OECD Publications, Paris.
- Oxley H., MacFarlan M., [1994], *Health care reform. Controlling spending and increasing efficiency*, OECD, Paris.
- Ricardson J., [2001], *Supply and demand for medical care: or, is the health care market perverse?*, The Australian Economics Review, Vol. 34, Nr 3.
- Rice T., Biles B., Brown E.R., Diderichsen F., Kuehn H., [2000], *Reconsidering the role of competition in health care markets: Introduction*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 25, Issue 5.
- Rudawska I., [2005], *Ekonomizacja relacji pacjent-usługodawca w sektorze ochrony zdrowia*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, (w druku).

- Saltman R.B., Figueras J., Sakellarides C. (ed.), [1998], *Critical challenges for health care reform in Europe*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- Sobiech J., [1990], *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Zeszyty Naukowe, Zeszyt nr 109, Seria II, Poznań.
- Tymowska K., [1999], *Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Włodarczyk W.C., [2001], *Ważne problemy polityki zdrowotnej*, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, Rocznik VIII, nr 21.

PATIENT PARTICIPATION IN HEALTH SERVICE COSTS

S u m m a r y

Probably no country in either Eastern or Western Europe is free from the problem of rapidly growing healthcare costs. Since the health needs of the population cannot be fully met solely with the use of public funds, it is necessary to revise the current obligations of the state in this area. The article describes one of the methods for creating a more economic relationship between the patient and service provider through the participation of patients in the costs of health services. The aim of the article is to show opportunities and threats resulting from this mechanism in a wide economic and social context. The author highlights the pitfalls of cost-sharing programs while referring to economic theory. The article presents the experiences of Western European countries in the financial involvement of patients and the prospects of extensive patient participation in Poland. The author concludes that, as far as the costs of health services are concerned, the effectiveness of the patient participation mechanism is limited.