



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI  
W KRAKOWIE

---

# O WSPÓŁPŁACENIU – PRZYKŁADY; MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA

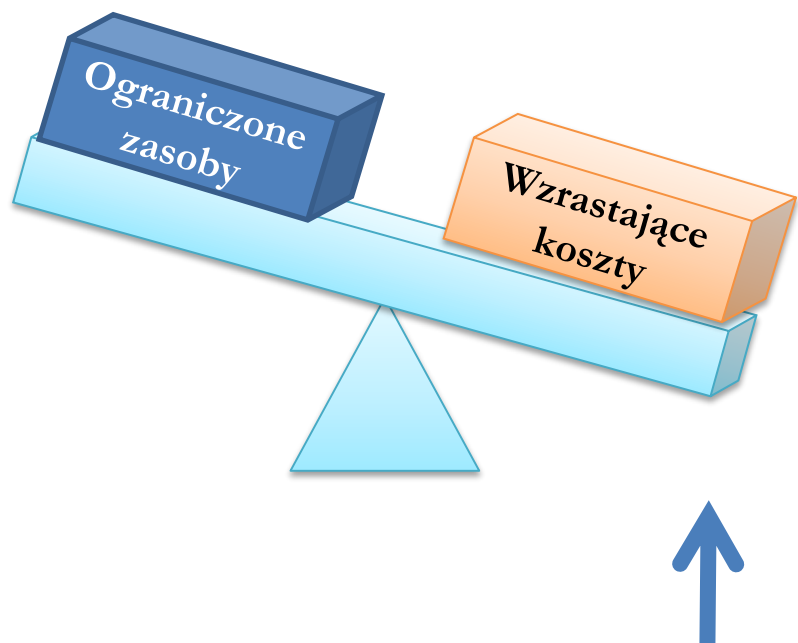
---

Warszawa, 24.05.2018

**Marzena Tambor**

Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM




## DOPLĄTY PACJENTÓW DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

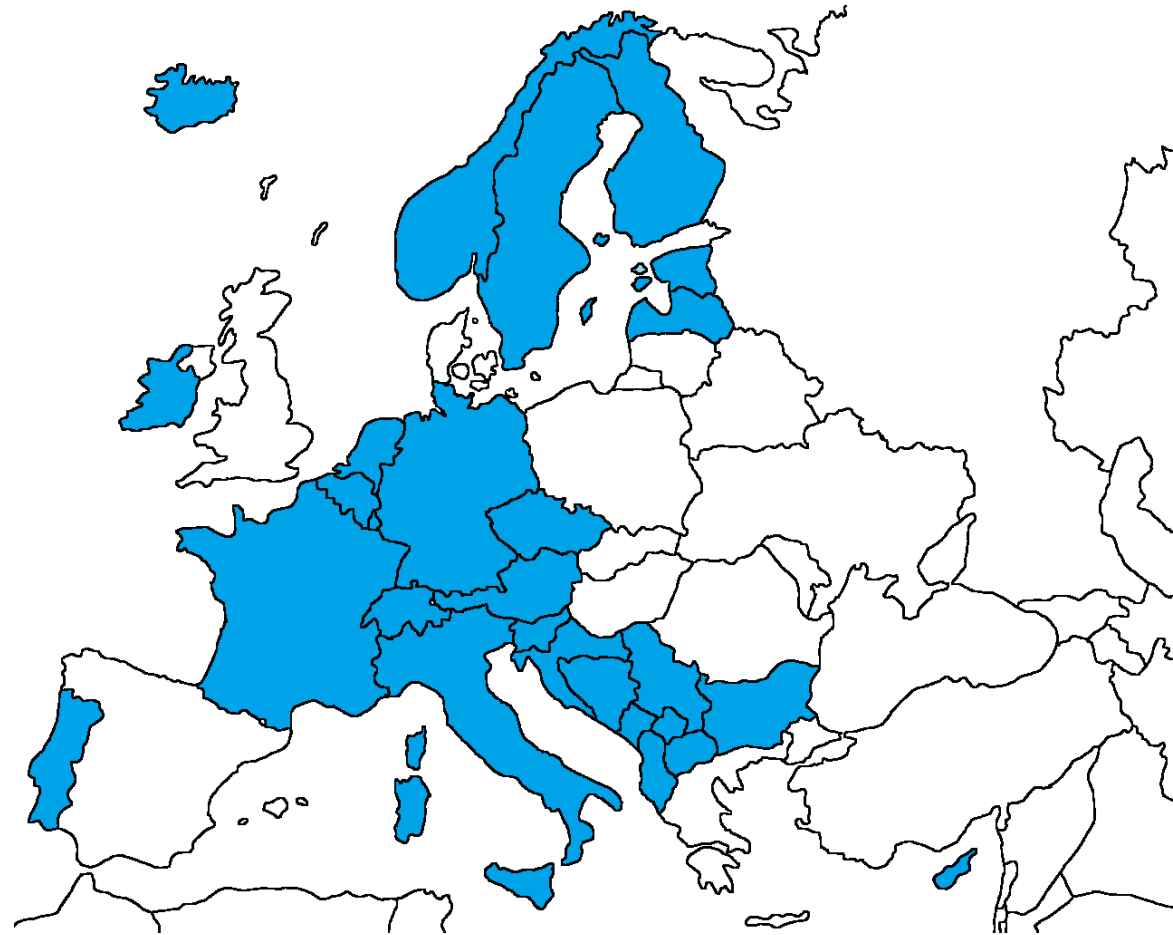
- Poprawa efektywności wykorzystania zasobów ochrony zdrowia
- Generowanie dodatkowych zasobów finansowanych



Forma dopłat ( <i>cost-sharing</i> )	Charakterystyka	Przykłady krajów stosujących daną formę dopłat do świadczeń
Współpłacenie ( <i>co-payment</i> )	Ryczałtowa opłata	Irlandia, Łotwa, Portugalia, Szwecja, Francja
Współubezpieczenie ( <i>co-insurance</i> )	Udział procentowy pacjenta w kosztach świadczenia	Austria, Belgia, Francja, Słowenia
Franszyza ( <i>deductibles</i> )	Pacjent pokrywa pełne koszty świadczenia, aż do momentu uiszczenia określonej kwoty w danym roku	Holandia, Szwajcaria
Indemnizacja ( <i>indemnity/balance billing/extra billing</i> )	Pacjent pokrywa różnicę pomiędzy ceną świadczenia a kwotą refundowaną ze środków publicznych	Belgia, Francja

## Rozpowszechnienie dopłat do świadczeń w Europie

 Dopłaty do opieki ambulatoryjnej lub/ oraz szpitalnej (2009)





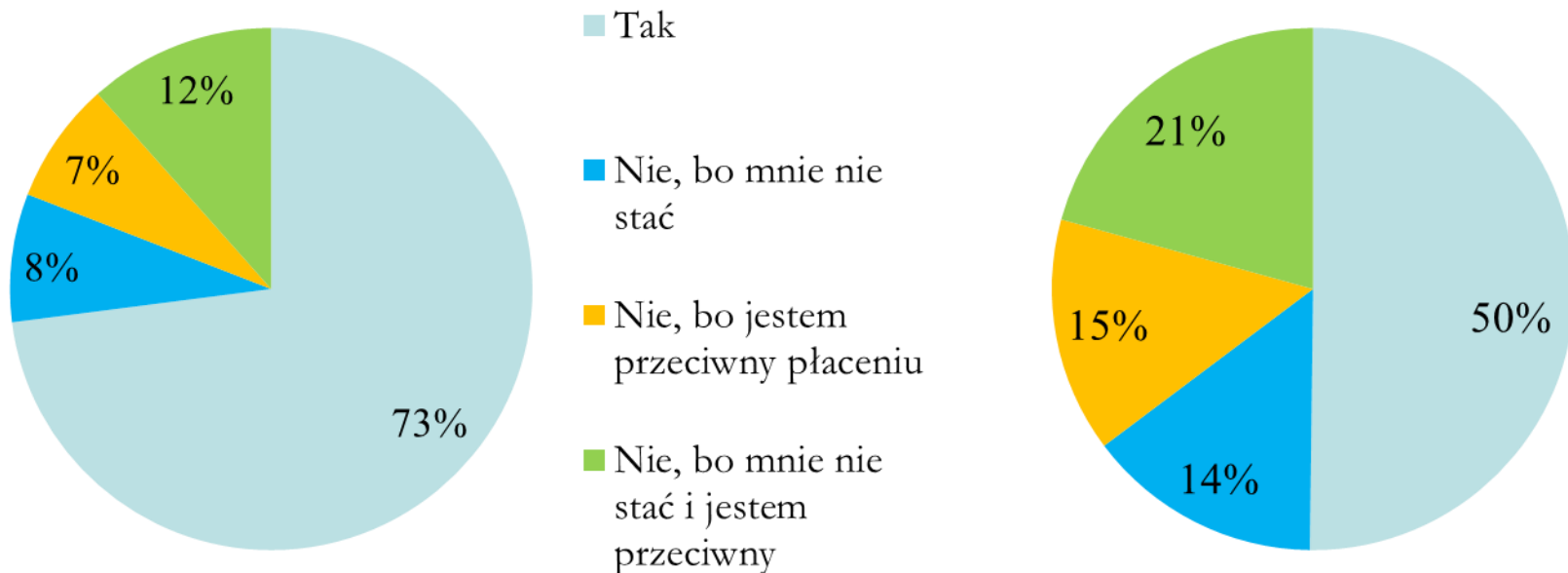
# Doświadczenia innych krajów

- Zmniejszenie korzystania  
(też ze świadczeń koniecznych i wśród grup wrażliwych)
- Przychody netto z dopłat relatywnie niewielkie  
Niemcy: 10 Euro/wizytę – ok. 1% całkowitych wydatków publicznego ubezpieczyciela  
Łotwa: ok. 7% przychodów świadczeniodawców
- Sprzeciw społeczny i brak stabilności polityki dopłat
  - Węgry 2007-2008
  - Słowacja 2003-2006
  - Czechy 2008-2015

# Przesłanki dla wprowadzenia dopłat do świadczeń w Polsce

- Niskie zasoby finansowe (THE= 6,3 % PKB, 2015) i potrzeba bardziej efektywnego ich wykorzystania
- Odpłatne korzystanie ze świadczeń w prywatnym sektorze (12% OOP na świadczenia ambulatoryjne)
- Skłonność konsumentów do płacenia za świadczenia o wysokiej jakości i dostępności (częściej osoby młodsze, o wyższym dochodzie, lepszym stanie zdrowia)

# Skłonność do płacenia za świadczenia zdrowotne, 2010 (% respondentów) Projekt ASSPRO CEE 2007



Wizyta u lekarza specjalisty  
N=986  
Mediana opłaty 50 PLN

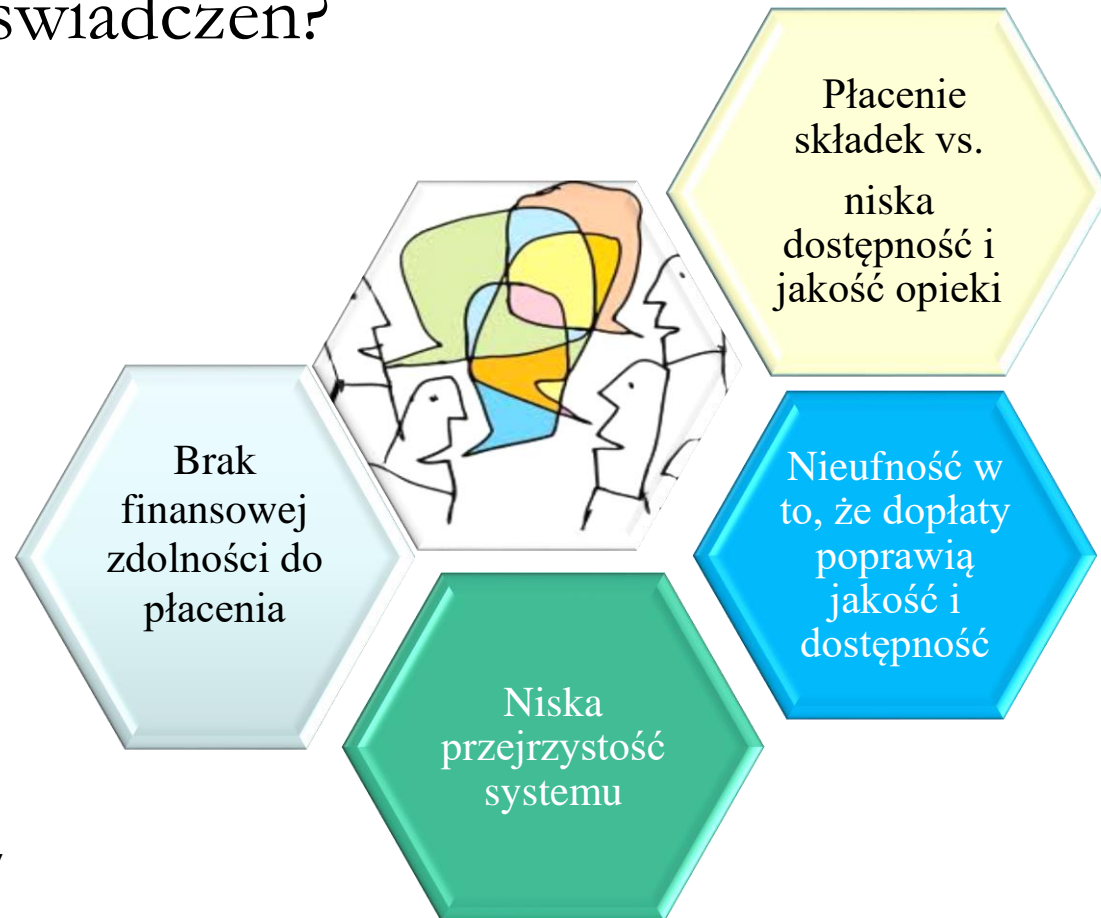
Hospitalizacja (5-dniowa, planowa operacja)  
N= 985  
Mediana opłaty 400 PLN

# Barierzy dla wprowadzenia dopłat do świadczeń w Polsce

- Wysoki udział wydatków OOP w całkowitym finansowaniu ochrony zdrowia (23%, 2015) – głównie za leki (w tym OTC)
- Duże obciążanie gospodarstw domowych wydatkami na zdrowie  
Ok. 9% populacji z wydatkami katastroficznymi (WHO, 2014)
- Niezaspokojone potrzeby zdrowotne  
Ok. 7% populacji rezygnuje z badań lekarskich i leczenia z powodu barier finansowych, czasu oczekiwania lub odległości (EU-SILC, 2016)  
Ok. 9% populacji nie zakupuje przepisanych leków z powodu barier finansowych (EHIS, 2014; GUS, 2013)
- Sprzeciw społeczny wobec wprowadzenia obowiązkowych dopłat do świadczeń opieki zdrowotnej



# Dlaczego konsumenci w Polsce są przeciwni wprowadzeniu obowiązkowych dopłat do świadczeń?





# Wnioski

- Dopłaty do świadczeń jako instrument dla kształtowania większej odpowiedzialności konsumentów opieki zdrowotnej
- Konieczność zmniejszenia obciążenia gospodarstw domowych wydatkami na leki, a także zastosowania mechanizmów ochronnych dobrze ukierunkowanych na grupy wrażliwe
- Tworzenie systemu dopłat w oparciu o dowody – w celu zapewnienia skuteczności polityki dopłat
- Uzyskanie szerokiego konsensusu w kwestii dopłat oraz uwzględnienie oczekiwań konsumentów (lepsza jakość i dostępność opieki) – w celu zapewnienia stabilności polityki dopłat



# Publikacje powiązane

- Golinowska S., Tambor M., Sowada C., (2010). Wprowadzenie dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – opinie głównych uczestników polskiego systemu opieki zdrowotnej, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 1/2010.
- Tambor M., Pavlova M., Woch P., Groot W. (2011). Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries, *Journal of Public Health* 21(5): 585-590.
- Tambor, M., Pavlova, M., Golinowska, S., Sowada, C., Groot, W. (2013). The formal-informal patient payment mix in European countries. Governance, economics, culture or all of these? *Health Policy*, 113: 284-295.
- Tambor, M., Pavlova, M., Rechel, B., Golinowska, S., Sowada, C., & Groot, W. (2014). Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries based on a contingent valuation method. *Social Science and Medicine*, 116, 193-201.
- Tambor M., Pavlova, M., Rechel B., Golinowska S., Sowada C., Groot W. (2014). The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries, *European Journal of Public Health*, 24(3): 378-385.
- Tambor, M., Pavlova, M., Golinowska, S., Sowada, C., & Groot, W. (2015). Towards a stakeholders' consensus on patient payment policy: the views of health-care consumers, providers, insurers and policy makers in six Central and Eastern European countries. *Health Expectations*, 18, 475-488.

**Project ASSPRO CEE 2007** (Grant Agreement no. 217431)

[www.assprocee2007.com](http://www.assprocee2007.com)

*The study was financed by the European Commission  
under the 7<sup>th</sup> Framework Programme, Theme 8 Socio-economic  
Sciences and Humanities*

*The content of the presentation is the sole responsibility of the authors  
and it in no way represents the views of the Commission or its  
services*

