

*Anna Piechota**

**POZIOM I UWARUNKOWANIA
AKCEPTACJI SPOŁECZNEJ
WSPÓŁPŁACENIA ZA PORADY
LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ LEKARZA SPECJALISTY**

Streszczenie. Niniejszy artykuł szeroko omawia problematykę współpłacenia w polskim systemie ochrony zdrowia w zakresie porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza specjalisty. Zaprezentowane zostały możliwości uzyskania i poziomu korzystania z porad lekarskich. Ponadto przedstawiono propozycje objęcia tychże świadczeń współpłaceniem oraz rozwiązania zastosowane w krajach Unii Europejskiej.

Celem pracy było przedstawienie poziomu i uwarunkowań akceptacji społecznej w zakresie współpłacenia za porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza specjalisty na podstawie badań opinii społecznej i badań własnych.

Słowa kluczowe: współpłacenie za świadczenia medyczne, system ochrony zdrowia, porada lekarza ogólnego, porada lekarza specjalisty, wydatki na ochronę zdrowia.

1. WPROWADZENIE

W Polsce usługi zdrowotne są finansowane w około 30% z prywatnych i w około 70% z publicznych środków. Wydatki prywatne na cele zdrowotne obejmują wydatki: na leki (17,8 miliarda zł), na prywatne usługi (*fee-for-service*) (11,3 miliarda zł) oraz na abonamenty (1,0–1,2 miliarda zł) i na komercyjne ubezpieczenia zdrowotne (120–140 milionów zł) (Goc, Gierczyk 2011: 8). Ponośzone w Polsce wysokie prywatne wydatki na usługi zdrowotne mogłyby być częściowo wydatkowane, za przykładem innych krajów europejskich, na wizyty/konsultacje lekarskie. Celem niniejszego opracowania jest ocena poziomu i identyfikacja uwarunkowań akceptacji społecznej współpłacenia za porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz) oraz lekarza specjalisty.

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Katedra Ubezpieczeń.

2. PORADA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PORADA LEKARZA SPECJALISTY W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Porady lekarza poz oraz porady lekarza specjalisty są usługami oferowanymi zarówno przez sektor publiczny, jak i sektor niepubliczny (prywatny) systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ponadto usługi te są finansowane ze środków publicznych oraz prywatnych.

2.1. Źródła finansowania porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz porad lekarza specjalisty

Finansowanie porad lekarskich ze środków publicznych jest uwarunkowane zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W zakresie finansowania ze środków prywatnych można wyróżnić kilka źródeł, m.in.: dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, abonamenty oraz środki prywatne gospodarstw domowych (GUS 2010: 196).

Prawo do korzystania z porad lekarskich mają osoby ubezpieczone w myśl zapisu art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w głównej mierze osoby objęte obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem zdrowotnym. Porady lekarza poz oraz lekarza specjalisty są uwzględnione w katalogu świadczeń gwarantowanych odpowiednio z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Porady lekarza poz oferowane są w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i realizowane najczęściej w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie także w domu pacjenta lub w domu pomocy społecznej. Do czynności wykonywanych przez lekarza poz należy m.in. kierowanie na: badania laboratoryjne, kierowanie do lekarza specjalisty lub do szpitala, kierowanie na zabiegi w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta, rehabilitację, leczenie uzdrowiskowe, wypisywanie recepty według zalecenia lekarza specjalisty, wydawanie zlecenia na transport sanitarny. Aby móc skorzystać z usług lekarza poz, ubezpieczony musi dokonać wyboru lekarza w jednej z placówek poz (świadczeniodawcy), którym może być zarówno podmiot publiczny, jak i niepubliczny (NFZ 2012: 40).

Porady lekarza specjalisty oferowane są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (aos). Do czynności wykonywanych przez lekarza specjalistę w ramach aos należą: przeprowadzanie badania lekarskiego, orzekanie o stanie zdrowia, kierowanie na badania, na badania kontrolne, do innego specjalisty, do szpitala, na rehabilitację, na leczenie uzdrowiskowe, wykonywanie niektórych zabiegów, informowanie lekarza poz, prowadzenie niezbędnej edukacji i promocji zachowań prozdrowotnych, wykonywanie badań profilaktycznych, wydawanie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi

oraz środkami pomocniczymi. Podstawą uzyskania konsultacji u lekarza specjalisty jest skierowanie wydane przez lekarza poz. Obowiązek posiadania skierowania jest wyłączony w zakresie porad lekarza specjalisty: dermatologa, ginekologa i położnika, okulisty, onkologa, psychiatry, wenerologa oraz dentystry, choć w odniesieniu do porad dermatologa i okulisty nastąpiło uchylenie przepisu ustawy z dniem 1.01.2015 r.

Wyłączenie obowiązku posiadania skierowania dotyczy kilku wymienionych w ustawie grup osób, m.in. chorych na gruźlicę, osób zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych i wojskowych oraz kombatantów, cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych (w zakresie leczenia odwykowego) czy uprawnionych żołnierzy lub pracowników.

Poradę w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego można uzyskać zarówno u świadczeniodawcy publicznego, jak i prywatnego.

Porady lekarskie są przedmiotem oferty także abonamentów medycznych. W ramach abonamentów nabywane są pakiety świadczeń medycznych, m.in. świadczenia z zakresu medycyny pracy, podstawowej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, rehabilitacji, diagnostyki, pomocy w przypadku nagłego zachorowania (Sobczak, Dudzik-Urbaniak, Juszczak 2004: 75–76) oferowane przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Kupującym abonament medyczny jest zazwyczaj klient grupowy – pracodawca¹ realizujący obowiązek objęcia pracowników profilaktyczną opieką zdrowotną, nałożony przez ustawę o służbie medycyny pracy z dnia 27 czerwca 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 96, poz. 593 z późn. zm.). W mniejszym stopniu abonamenty są nabywane przez klientów indywidualnych. W zamian za abonament klient indywidualny opłaca miesięcznie kwotę ustaloną w umowie. Klient grupowy opłaca miesięczną składkę za określoną liczbę pracowników. Abonamenty traktowane są przez pracodawców często jako dodatkowa gratyfikacja pracowników oraz sposób związania ich z firmą (Siwińska i in. 2008: 365). Odsetek korzystających z placówek opieki zdrowotnej, w których źródłem finansowania usług były abonamenty według badania „Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków” w latach 2000–2013, wynosił 4,9% w roku 2000, a 7% w roku 2013. Średnio w badanym okresie około 5,3% gospodarstw domowych korzystało z usług placówek tak finansowanych (Czapieński, Panek 2011: 120).

Świadczenie ubezpieczeniowe w postaci konsultacji lekarskiej (również wizyt domowych) jest oferowane także w ramach dodatkowego komercyjnego

¹ Pracodawca – jednostka organizacyjna posiadająca bądź nieposiadająca osobowości prawnej, także osoba fizyczna zatrudniająca pracowników – lub będący odpowiednikiem pracodawcy podmiot stosunku służbowego, w tym również: szkoły, szkoły wyższe, jednostki uprawnione do prowadzenia studiów doktoranckich, podmiot zatrudniający osoby świadczące pracę w czasie odbywania kary pozbawienia wolności w zakładach karnych, przebywania w aresztach śledczych lub wykonujących pracę w ramach kary ograniczenia wolności.

ubezpieczenia zdrowotnego (duz). Przedmiotem ubezpieczenia duz mogą być zarówno koszty uzyskanych świadczeń zdrowotnych (świadczenie pieniężne), jak i świadczenia niepieniężne w postaci świadczeń medycznych. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z klientem indywidualnym (na rzecz własną bądź osoby trzeciej; za którego opłaca składkę ubezpieczający) i klientem grupowym (na rzecz grupy osób trzecich, za których opłaca składkę ubezpieczający, z reguły pracodawca). Świadczenie może być uzyskane w placówce medycznej współpracującej z zakładem ubezpieczeń (tzw. partnera medycznego zakładu ubezpieczeń) bądź w innej. W przypadku realizacji świadczenia w placówce partnera medycznego ubezpieczony ma obowiązek okazać dowód ubezpieczenia oraz dowód osobisty. Rozliczenie usługi następuje bezgotówkowo pomiędzy zakładem ubezpieczeniowym a placówką. W przypadku realizacji świadczenia w placówce innej niż partnera medycznego ubezpieczony na podstawie pisemnego zgłoszenia roszczenia może dochodzić zwrotu poniesionych kosztów w granicach kwot określonych przez zakład ubezpieczeń.

Porady lekarskie są nabywane także ze środków prywatnych w ramach praktyk lekarskich (indywidualnych bądź grupowych) oraz świadczeń wykonywanych przez podmioty lecznicze.

Wydatki prywatne ponoszone przez pacjentów związane są m.in. z zakupem leków, opłatami w szpitalu publicznym, prezentami (jako dowód wdzięczności za uzyskaną opiekę), opłatami nieformalnymi oraz innymi prywatnymi wydatkami na leczenie oraz różne badania i stanowią istotny odsetek w łącznych wydatkach gospodarstw domowych na ochronę zdrowia. W latach 2000–2013 najwyższy poziom wśród wydatków gospodarstw domowych osiągnęły wydatki ponoszone na leczenie oraz na badania, wykazując tendencję wzrostową (od 276 zł w roku 2000 do 582 zł w roku 2013) (Czapiński, Panek 2000: 114; 2013: 114).

Dane dotyczące korzystania z porad lekarskich wskazują na wysoki odsetek korzystania w ramach poz z usług finansowanych ze środków publicznych, w niewielkim stopniu ze środków prywatnych. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje około 95% wszystkich udzielonych w ciągu roku porad lekarskich. Udział wydatków prywatnych oraz w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych był znacznie wyższy w zakresie specjalistycznych porad lekarskich (GUS 2011).

Jak pokazują badania przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), uzyskiwanie płatnych usług medycznych i niekorzystanie z pomocy medycznej świadczonej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie porad lekarza poz i specjalisty jest podyktowane różnymi względami, przede wszystkim: szybszymi terminami (krótszym czasem oczekiwania na umawianą wizytę), dogodniejszymi godzinami przyjęć, lepszymi specjalistami (kompetencjami lekarzy), większym zaangażowaniem lekarzy (podczas odpłatnych wizyt specjaliści bardziej się starają) (CBOS 2012: 1). Ponadto korzystanie ze świadczeń opłacanych bądź z własnych środków, bądź uzyskanych

w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego budzi u badanych pozytywne skojarzenia. Jako elementy różniące usługi opłacane z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego od usług świadczonych za dodatkową opłatą badani wskazywali: szybkie terminy (krótki czas oczekiwania na umawianą wizytę), sprawną obsługę na miejscu (brak opóźnień i kolejek), możliwość załatwienia wszystkiego „od ręki” (przy jednej wizycie), dogodne godziny przyjęć, nowoczesną aparaturę medyczną (CBOS 2012).

2.2. Korzystanie z porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz porad lekarza specjalisty

W zakresie porad lekarza poz dostępne dane wskazały, iż w latach 2008–2009 udzielono ponad 150 mln porad przez lekarza poz i lekarza rodzinnego (w tym wizyty domowe) (GUS 2010: 114; 2009: 119). Najwięcej porad udzielono osobom w wieku powyżej 18 lat, a przed 65 rokiem życia (ponad 74 mln), jednakże według danych Narodowego Funduszu Zdrowia liczba osób korzystających ze świadczeń lekarza poz względem liczby osób ubezpieczonych wskazuje na największe zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń wśród osób najmłodszych i najstarszych, gdzie lekarze poz udzielili w sumie 137 653 630 porad (Centrala NFZ 2010: 25). Inne dane wskazują, iż w czwartym kwartale roku 2010 z porad lekarza poz skorzystało prawie 14 mln Polaków (38% populacji) (GUS 2011: 41). W roku 2012 udzielono 156 mln porad lekarza poz (GUS 2013: 94). W zakresie udzielonych specjalistycznych porad lekarskich (w tym stomatologicznych) dane za 2008 i 2009 r. wskazują na liczbę ponad 130 mln (GUS 2010: 116; 2009: 120) (z czego największy odsetek stanowiły porady z zakresu chirurgii oraz ginekologiczno-położnicze, odpowiednio około 12,5% i 10%). Według danych za czwarty kwartał 2010 r. u lekarza specjalisty był prawie co piąty Polak (18,8%) (GUS 2011: 44). W roku 2012 udzielono 144 mln specjalistycznych porad lekarskich (GUS 2013: 94). Dane źródłowe potwierdzają badania społeczne mówiące, iż respondenci najczęściej korzystają z porady lekarza ogólnego oraz porady lekarza specjalisty (CBOS 2008: 7).

3. PORADA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PORADA LEKARZA SPECJALISTY W SYSTEMACH OCHRONY ZDROWIA INNYCH KRAJÓW

W niektórych państwach porady lekarza poz czy lekarza specjalisty są objęte współpłacaniem.

Zasady podziału kosztów w zakresie konsultacji lekarza ogólnego (rodzinnego, podstawowej opieki zdrowotnej) różnią się w poszczególnych krajach Unii Europejskiej. Dziewięć krajów stosuje systemy podziału kosztów w tym

sektorze, takie jak: dopłaty, np. w Irlandii w wysokości 19,0–25,4 euro dla osób z dochodem powyżej ustalonego poziomu oraz w Szwecji w wysokości 11–17 euro za wizytę, czy udział własny, np. od 8% do 30% kosztu porady w Belgii, 20% kosztu porady w Austrii oraz 30% kosztu porady we Francji. Pobieranie opłat w tym zakresie nie jest stosowane w Niemczech, Włoszech, Holandii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii.

W zakresie konsultacji lekarzy specjalistów część krajów Unii Europejskiej stosuje jakąś formę podziału kosztów. We Francji współpłacenie jest na poziomie 30% kosztu porady, w Luksemburgu 35%, w Belgii opłata jest na poziomie od 8% do 40% kosztu usługi. Brak współpłacenia za porady lekarza specjalisty występuje w takich krajach, jak: Hiszpania, Litwa, Malta, Niemcy, Wielka Brytania (Wisnar i in. 2011: 54–58).

4. PROPOZYCJE WPROWADZENIA WSPÓŁPŁACENIA W ZAKRESIE FINANSOWANIA PORAD LEKARSKICH A POZIOM AKCEPTACJI W ŚWIETLE WYNIKÓW BADANIA OPINII PUBLICZNEJ

W zakresie rozszerzenia współpłacenia za świadczenia zdrowotne, w tym „opłaty ryczałtowe” czy „dopłaty” za poradę lekarską, pojawiło się kilka propozycji z różnych źródeł, jednakże nie zostały one jak dotąd zrealizowane.

Postulat wprowadzenia współpłacenia m.in. w formie „opłaty ryczałtowej” za każdą wizytę lekarską w wysokości 5 zł przedstawiła Platforma Obywatelska w roku 2005. Miał on być celem racjonalizacji popytu na świadczenia zdrowotne, zwiększenia dopływu strumienia finansowego do systemu oraz ograniczenia szarej strefy (Instytut Państwa i Administracji 2005: 210).

„Opłata ryczałtowa” jako współpłacenie pojawiła się też w projekcie „Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL) w 2005 r. Częściowe pokrywanie kosztów świadczeń refundowanych miało się odbywać poprzez: „dopłaty wynikające z różnic między kwotą refundacji za dane świadczenie zdrowotne ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego a ceną za to świadczenie ustaloną przez świadczeniodawcę” (OZZL 2005).

Wprowadzenie „niewielkiej odpłatności” przynajmniej za część zdrowotnych świadczeń gwarantowanych oraz za świadczenia towarzyszące (m.in. koszty zakwaterowania i żywienia pacjentów) to jeden z wniosków „Białego szczytu” z 2008 r. poświęconego naprawie systemu ochrony zdrowia, a zorganizowanego przez premiera rządu oraz minister zdrowia (Ministerstwo Zdrowia 2008).

W badaniach opinii publicznej widać jednak brak akceptacji na wprowadzenie częściowej odpłatności za usługi oferowane w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W badaniu z 2008 r. sprzeciw wyraziło 61,9% badanych, 23,5% uważało to za dobry pomysł, ale nie posiadałoby środków

na opłaty, tylko 14,6% akceptowało taką odpłatność w zamian za lepsze usługi medyczne (CBOS 2008: 7).

Kolejne badania opinii publicznej w zakresie współpłacenia za świadczenia medyczne wskazują, iż pomimo niezadowolenia z funkcjonowania systemu ochrony to niewiele osób zdecydowałoby się leczyć wyłącznie odpłatnie, prywatnie (28%), duży odsetek badanych (45%) tylko częściowo zastąpiłby świadczenia finansowane ze środków publicznych leczeniem prywatnym, natomiast 23% starałoby się korzystać ze świadczeń opłacanych z ubezpieczenia w NFZ (CBOS 2012: 9).

5. AKCEPTACJA SPOŁECZNA WSPÓŁPŁACENIA ZA PORADĘ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ I PORADĘ LEKARZA SPECJALISTY W ŚWIEŹLE BADAŃ WŁASNYCH

Analiza poziomu i uwarunkowań akceptacji społecznej współpłacenia za poradę lekarza poz i poradę lekarza specjalisty była przedmiotem badań własnych. Celem przeprowadzonego badania ankietowego było zbadanie poziomu i uwarunkowań akceptacji społecznej w przedmiotowym zakresie. Badanie zostało przeprowadzone na 951 osobach dorosłych na przestrzeni roku 2007. Zbadano skłonność do zaakceptowania płatności za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza poz oraz każdorazową wizytę/konsultację u lekarza specjalisty. Dodatkowo ustalono poziomy jednorazowego wydatku, jaki badani byli skłonni zaakceptować do zapłaty za wizytę u lekarza poz oraz za wizytę u lekarza specjalisty.

5.1. Poziom i uwarunkowania skłonności do zaakceptowania płatności za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Na pytanie dotyczące skłonności do zaakceptowania płatności za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza poz spośród 951 ankietowanych odpowiedzi udzieliło 99,8%. Akceptację do płacenia za wizytę/konsultację u lekarza poz wyraziło 20% badanych, 68% było przeciwnych, a 12% nie miało zdania na ten temat.

W grupie osób nieakceptujących płatności największy odsetek stanowiły osoby młode (do 29 lat), niebędące w związku małżeńskim, z wykształceniem zasadniczym zawodowym, posiadające niski dochód na jedną osobę w rodzinie (do 500 zł).

Osobami, które akceptowały płatność za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza poz, były osoby w średnim wieku, samotne, z wykształceniem wyższym, pracujące na własny rachunek, z wysokim dochodem na jedną osobę w rodzinie (powyżej 1500 zł).

Akceptacja płatności za wizytę/konsultację u lekarza poz zależała od stanu cywilnego, poziomu wykształcenia, źródła utrzymania badanych oraz wysokości dochodu na jedną osobę w rodzinie.

5.2. Poziom i uwarunkowania skłonności do zaakceptowania płatności za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza specjalisty

Na pytanie dotyczące skłonności do zaakceptowania płatności za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza specjalisty odpowiedzi udzieliło 99% badanych. 52% badanych nie było skłonnych zaakceptować płatności za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza specjalisty, 34% badanych było skłonnych, 14% nie miało zdania na ten temat.

W grupie osób, które nie akceptowały płatności za konsultację lekarza specjalisty, były osoby starsze, samotne, z wykształceniem zasadniczym zawodowym, będące na rencie lub emeryturze, z niskim dochodem na jedną osobę w rodzinie.

W grupie osób, które były skłonne do zaakceptowania płatności za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza specjalisty, dominowały osoby młode, samotne, z wyższym wykształceniem, pracujące, z wysokim dochodem na jedną osobę w rodzinie.

Akceptacja płatności za każdorazową wizytę/konsultację u lekarza specjalisty zależała w istotny sposób od: wieku, stanu cywilnego, poziomu wykształcenia, źródła utrzymania oraz wysokości dochodu na jedną osobę w rodzinie.

5.3. Poziomy kwot akceptowanych do zapłaty za wybrane świadczenia zdrowotne

Z podanych przez badanych kwot jednorazowego wydatku, jaki byłiby skłonni zaakceptować do zapłaty za wizytę u lekarza poz oraz za wizytę u lekarza specjalisty, wynika, iż za pojedynczą wizytę u lekarza poz badani byli skłonni płacić od 2 do 500 zł, średnio $45 \text{ zł} \pm 56,90 \text{ zł}$, ale połowa badanych nie byłaby skłonna zapłacić więcej niż 30 zł. Na pojedynczą wizytę u lekarza specjalisty badani byli skłonni przeznaczyć od 2 do 500 zł, średnio $54,90 \text{ zł} \pm 58,10 \text{ zł}$, a połowa badanych mogła zapłacić 50 zł lub więcej. Wysokość zadeklarowanej kwoty za pojedynczą wizytę u lekarza poz istotnie zależała od płci badanych. W przypadku wskazanych kwot za pojedynczą wizytę/konsultację u lekarza specjalisty nie miały wpływu ani cechy demograficzne, ani ekonomiczne badanych.

6. WNIOSKI

W Polsce porada lekarza poz oraz lekarza specjalisty jest usługą ogólnie dostępną, objętą finansowaniem ze środków publicznych². Pomimo to obserwuje się wysoki odsetek korzystania z tychże usług finansowanych ze środków prywatnych, czego przyczynami może być łatwiejszy i szybszy dostęp do usługi. Ponoszone

² Jedynie w zakresie usług lekarza dentysty ma miejsce współpłacenie.

wysokie wydatki prywatne na ochronę zdrowia nie przekładają się jednak na akceptację społeczną w zakresie powszechnego współpłacenia za usługi zdrowotne. Brak akceptacji dominuje wśród osób z niskimi dochodami, z wykształceniem zasadniczym, samotnych.

Niewielki odsetek osób akceptujących współpłacenie to przede wszystkim osoby z wysokimi dochodami i można zakładać – ze stabilną sytuacją ekonomiczną (zatrudnienia). Należy więc przypuszczać, iż dopóki sytuacja ekonomiczna większej części społeczeństwa nie poprawi się, dopóty nie wzrośnie poziom akceptacji w zakresie współpłacenia za świadczenia zdrowotne.

Pomimo występowania współpłacenia za usługi lekarza poz i specjalisty w wielu krajach europejskich mało prawdopodobne, aby podobne rozwiązanie zostało wprowadzone na gruncie polskiego systemu ochrony zdrowia. Prezentowane koncepcje niestety nie spotykają się z przychylnym odbiorem w społeczeństwie wobec już dużego obciążenia wydatkami na ochronę zdrowia.

Brak akceptacji społecznej, mała liczba propozycji rozwiązań systemowych dla współpłacenia, wysokie i rozległe wydatki prywatne na ochronę zdrowia mogą utrudnić chociażby prowadzenie dyskusji w tym obszarze.

BIBLIOGRAFIA

- Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia (2010), *Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń*, Warszawa, s. 25.
- Centrum Badania Opinii Społecznej (2008), *Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych*, Warszawa, s. 7.
- Centrum Badania Opinii Społecznej (2012), *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej*, Warszawa, s. 1, 9.
- Czapiński J., Panek T. (2000), *Diagnoza Społeczna 2000. Warunki i jakość życia Polaków oraz ich doświadczenia z reformami systemowymi po 10 latach transformacji*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa, s. 114.
- Czapiński J., Panek T. (2011), *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa, s. 120.
- Czapiński J., Panek T. (2013), *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa, s. 114.
- Główny Urząd Statystyczny (2009), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r.*, Warszawa, s. 119–120.
- Główny Urząd Statystyczny (2010), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, Warszawa, s. 114, 116, 196.
- Główny Urząd Statystyczny (2011), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.*, Warszawa, s. 41, 44.
- Główny Urząd Statystyczny (2013), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa, s. 94.
- Goc S., Gierczyk I. (2011), *Jak zagospodarować rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce?*, De-
loitte Polska, Warszawa, s. 8.
- Instytut Państwa i Administracji (2005), *Podstawowe zasady skutecznego systemu opieki zdrowotnej. Państwo dla obywateli, Plan rządzenia 2005–2009*, Warszawa, s. 210.

- Narodowy Fundusz Zdrowia (2012), *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych*, Vademecum, Warszawa, s. 40.
- Siwińska V., Brożyniak J., Iłżecka J., Jarosz M. J., Orzeł, Z. (2008), *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*, „Zdrowie Publiczne”, nr 118 (3), s. 365.
- Sobczak A., Dudzik-Urbaniak E., Juszczyk G. (2004), *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 75–76.
- Wisnar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., Ginnken E. (2011), *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, Brussels, s. 54–58.

Źródła internetowe

- Ministerstwo Zdrowia (2008), *Rekomendacje Konferencji „Białego Szczytu” z dnia 19 marca 2008 r.*, Warszawa, www2.mz.gov.pl/wwwmz/slajd?mr=m281&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=010276 (dostęp: 3.01.2012).
- Projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym autorstwa Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, www.ozzl.org.pl/index.php/opinie-prawne-70/366-247 (dostęp: 15.07.2014).

Anna Piechota

LEVEL AND CONDITIONS OF SOCIAL ACCEPTANCE OF CO-PAYMENTS FOR GENERAL PRACTITIONER AND MEDICAL SPECIALIST ADVICE

Abstract. The article offers a broad discussion of co-payments for medical advice of primary care and specialist physicians in the Polish healthcare system. Availability and usage of medical advice are presented. Also discussed are the (conceptual) proposals to make the benefits of this kind subject to co-payments, and the solutions that are now used in the EU member states.

The purpose of this work was to present the level of, and the conditions for, the public support for the co-payments for medical advice from primary care and specialist physicians. The work is based on public opinion surveys and my own research.

Keywords: co-payment for medical services, health system, general practitioner advice, medical specialist advice, health expenditure.