

Współpłatnienie za świadczenia zdrowotne

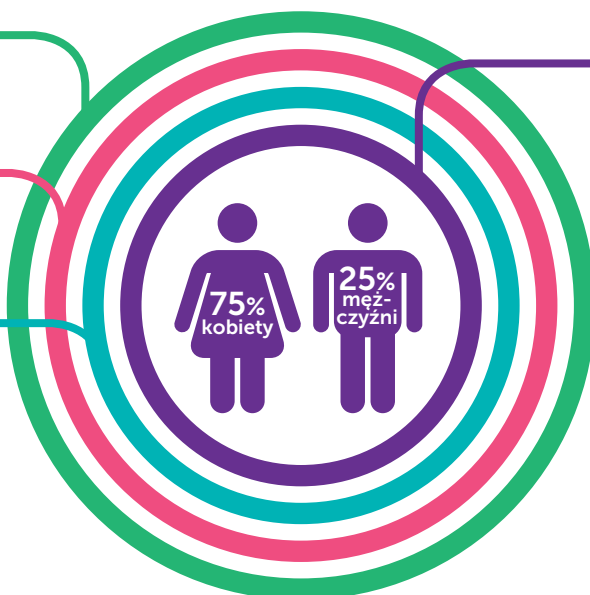


Charakterystyka respondentów (N=1386)

Wykształcenie:
70% wyższe
25% średnie

Miejsce zamieszkania:
44% z dużych miast
19% ze średnich miast
15% z małych miast

Stan zdrowia:
67% osoby zdrowe
33% osoby z problemami zdrowotnymi



W badaniu uczestniczyły osoby **w wieku 16-82 lata** (średnia wieku 44 lata; dominanta 30), **reprezentujące przede wszystkim:**
49% pacjentów
22% lekarzy
6% rodziców i opiekunów dzieci
4% pielęgniarki i położne

System ochrony zdrowia – jak z niego korzystamy?

W przypadku wystąpienia problemu zdrowotnego lub konieczności uzyskania pomocy medycznej korzystam ... (N=1385)



68%

Korzystam z usług w ramach **powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego** i jednocześnie z usług świadczonych **poza tym systemem**



17%

Korzystam wyłącznie z usług **w całości samodzielnie opłacanych** lub dostępnych w ramach **dodatkowego ubezpieczenia**



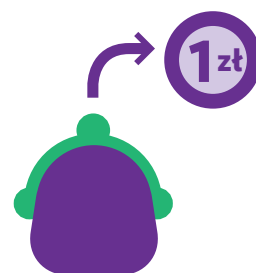
14%

Korzystam z usług medycznych **wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**



1%

nie korzystam z usług medycznych



Wydatki prywatne na świadczenia zdrowotne ponoszone przez respondentów w okresie ostatnich 12 miesięcy kształtują się średnio na poziomie **1551,61 PLN**; najczęściej wskazywaną wartością był **1000,00 PLN**

Jak dofinansować ochronę zdrowia? (N=1386)



zmniejszenie innych wydatków publicznych (np. na wojsko, górnictwo, opiekę społ., itd.)



wprowadzenie dopłat do świadczeń zdrowotnych płaconych przez pacjentów



szukanie oszczędności w obecnym systemie opieki zdrowotnej



określenie, jaki jest minimalny standard i koszt świadczeń oferowanych w systemie publicznym



wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych



zwiększenie podatku na zdrowie płaconego przez wszystkich obywateli

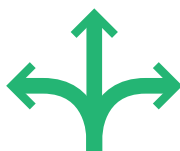
Możliwości dopłacania za usługi medyczne z kieszeni pacjentów

Założmy, że NFZ opublikuje swój cennik świadczeń zdrowotnych w publicznym systemie opieki zdrowotnej i będzie płacił za świadczenia dowolnie wybranym przez pacjentów świadczeniodawcom (publicznym lub prywatnym) zgodnie z tym cennikiem. Jeśli koszty świadczenia u wybranego przez pacjenta świadczeniodawcy są wyższe, jaka jest Twoja opinia na temat możliwości dopłacenia przez Ciebie różnicy tych kosztów? (N=1386)



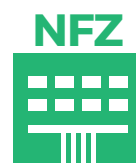
43%

mój wybór miejsca leczenia zależałby od wysokości dopłaty



43%

zgodziłbym się dopłacić różnicę, żeby mieć swobodę wyboru świadczeniodawcy



7%

leczyłbym się tylko w placówkach publicznych, bez konieczności dopłaty

Za jakie usługi zdrowotne był(a)byś skłonny dopłacić z prywatnej kieszeni? (N=1385)



57%

za lepszej jakości wyroby medyczne, np. implanty, soczewki czy stenty



52%

za krótszy czas oczekiwania na wizytę lub badanie



43%

za jedno lub dwuosobową salę w szpitalu



37%

za krótszy czas oczekiwania na hospitalizację



35%

za lepszej jakości żywienia w szpitalu



32%

za droższe leki, których nie ma w szpitalnej aptece



22%

nie chcę dopłacać do świadczeń zdrowotnych z własnej kieszeni



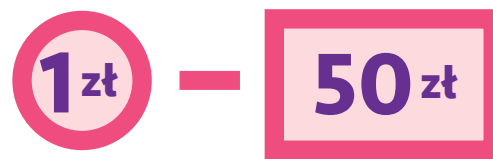
20%

za znieczulenie do porodu

Gdyby w Polsce wprowadzono drobne opłaty ryczałtowe za świadczenia zdrowotne, czyli stałe opłaty określonej wysokości za wizyty, badania lub pobyt w szpitalu

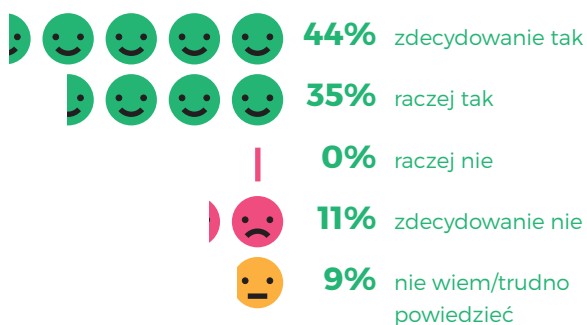
59% respondentów zgodziłaby się je ponieść a 32% nie wyraża na nie zgody (N=1386)

W przypadku wprowadzenia opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne, ile był(a)byś skłonny/a płacić za ...? (N=804)



Czas oczekiwania na wizytę

Czy uważasz, że powinien zostać określony maksymalny czas oczekiwania na wizytę, badanie lub leczenie, po przekroczeniu którego pacjent może się udać do dowolnie wybranego publicznego lub prywatnego świadczeniodawcy, a publiczny płatnik musi temu świadczeniodawcy zapłacić za leczenie pacjenta zgodnie z ustalonym, publicznie dostępnym cennikiem (jeśli koszt świadczenia jest wyższy niż wycena płatnika, różnicę dopłaca pacjent)? (N=1386)

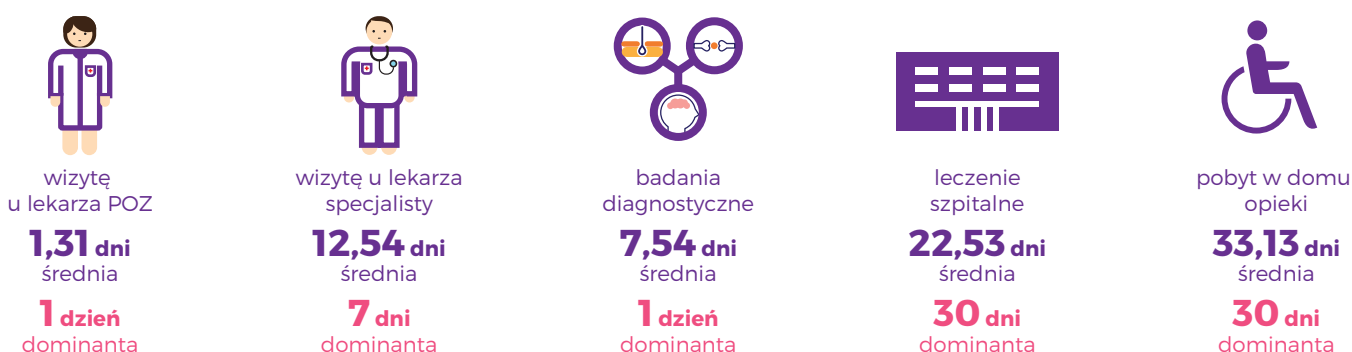


94% respondentów uznało, że w przypadku wprowadzenia takiego rozwiązania, ogólnodostępny

ranking placówek ochrony zdrowia, zawierający informacje o skuteczności, jakości i bezpieczeństwie leczenia w każdej z placówek (zarówno publicznej, jak i prywatnej) byłby

pomocny pacjentom w wyborze miejsca leczenia

Jak długo Twoim zdaniem pacjent powinien najdłużej czekać na ... (N=1386)



Roczny limit prywatnych wydatków na leki na receptę

Czy uważasz, że w Polsce powinien zostać wprowadzony roczny limit prywatnych wydatków na leki na receptę, po przekroczeniu którego leki są wydawane w danym roku pacjentowi w aptece bezpłatnie? (N=1386)



Co drugi z respondentów zgadza się z tym, że w Polsce powinien zostać wprowadzony **roczny limit prywatnych wydatków na leki na receptę**, po przekroczeniu którego leki są wydawane w danym roku pacjentowi w aptece bezpłatnie

Limit rocznego poziomu prywatnych wydatków na leki na receptę, po przekroczeniu którego leki są wydawane pacjentowi w aptece bezpłatnie, powinien wynosić maksymalnie (N=721)

Średnia = 1977,13 PLN



Dominanta = 1000,00 PLN



Rekomendacje →



Zaledwie **14% respondentów korzysta** wyłącznie ze świadczeń dostępnych **w sektorze publicznym**, wydając na **świadczenia prywatne przeciętnie 1000 PLN** w ciągu roku.



Współpłacenie jako mechanizm finansowania opieki zdrowotnej darzymy **wyższym zaufaniem** niż dodatkowe ubezpieczenie czy wzrost obowiązkowej składki zdrowotnej.



Uważamy, że **współpłacenie skraca łańcuch pośredników** i bezpośrednio wpływa na **jakość opieki zdrowotnej** a także **buduje pozycję pacjenta** w systemie opieki zdrowotnej.



Możliwa jest **umowa społeczna** polegająca na pozyskaniu **współpłacenia** w zamian za **deklarację płatnika publicznego** dotyczącą określenia maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenie.



Po przekroczeniu tego czasu pacjent mógłby udać się do dowolnie **wybranego świadczeniodawcy** a płatnik publiczny powinien mu zapłacić zgodnie z ustalonym, **publicznie dostępnym cennikiem**; pacjent pokryłby **z własnej kieszeni pozostałą część** kosztów świadczenia.



Spółeczną akceptację zyskał także **system rocznego limitu prywatnych wydatków na leki na receptę**, po przekroczeniu którego leki byłyby wydawane w danym roku pacjentowi w aptece bezpłatnie.



Należy w mechanizmie badań społecznych **określić granicę toksyczności współpłacenia dla różnych poziomów świadczeń** tzn. poznać wartość współpłacenia, która będzie powodowała unikanie szukania pomocy dostępnej odpłatnie i kierowanie się pacjentów do nieodpłatnych świadczeń udzielanych np. na SOR. Ten mechanizm generuje większe koszty dla systemu opieki zdrowotnej, który zajmuje się leczeniem bardziej zaawansowanych i powikłanych przypadków.



Należy rozważyć wprowadzenie rozwiązań z obszaru **ekonomii behawioralnej** pod postacią **niższych dopłat** dla osób prowadzących zdrowy tryb życia i biorących udział w badaniach profilaktycznych.



Należy wprowadzić **system osłon i wsparcia dla szczególnych grup społecznych** tj. kobiety w ciąży, dzieci, osoby niepełnosprawne czy pacjenci z chorobami przewlekłymi.

Sondaż opinii został przeprowadzony w okresie 19.10.17 – 30.11.17 przez



we współpracy z portalem znany**lekarz.pl**

Copyright © Fundacja MY Pacjenci



Razem dla Zdrowia to projekt oparty na partnerstwie Fundacji My Pacjenci, Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Aptekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Fundacji My Pacjenci, którego celem jest współpraca i dialog, służące doskonaleniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, jak również wspólna edukacja pacjentów. Celem działań partnerów jest również odbudowanie zaufania pacjentów do systemu opieki zdrowotnej i zawodów medycznych.



Naczelna Izba Aptekarska



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Opracowanie infografiki: StoryVisio.pl