

K Z O M B U N I A K N A T
Z B A D A N I A

Warszawa, kwiecień 2012

www.cbos.pl ● sekretariat@cbos.pl

BS/47/2012

POLACY O PAŃSTWOWEJ

I PRYWATNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ



Znak jakości przyznany CBOS przez Organizację Firm Badania Opinii i Rynku
11 stycznia 2012 roku

Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej
ul. Żurawia 4a, 00-503 Warszawa
e-mail: sekretariat@cbos.pl; info@cbos.pl
<http://www.cbos.pl>
(48 22) 629 35 69

Prawie połowa Polaków deklaruje, że w ostatnim półroczu zdarzyło im się korzystać ze świadczeń zdrowotnych w całości opłacanych z własnej kieszeni bądź z dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia¹. Dlaczego ankietowani ci nie zasięgnęli porady w ramach ubezpieczenia w NFZ? Jakie skojarzenia budzi państwowa, a jakie prywatna służba zdrowia? Między innymi na te pytania odpowiadamy w niniejszym komunikacie².

DLACZEGO ŚWIADCZENIA PRYWATNE

Respondenci, którzy z powodu choroby albo stanu zdrowia swojego lub dziecka przynajmniej raz skorzystali z usług świadczonych poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zdecydowanie najczęściej (66%) swoją decyzję uzasadniają krótszym czasem oczekiwania na umawianą wizytę. Co piąty ankietowany z tej grupy wśród najważniejszych powodów wymienia dogodniejsze godziny przyjęć, większe kompetencje lekarzy i osób wykonujących badania, przekonanie, że na prywatnych wizytach lekarze bardziej się starają (po 22%) bądź że NFZ nie refunduje usług, z których musieli skorzystać (20%) oraz możliwość załatwienia wszystkiego „od ręki”, podczas jednej wizyty (18%). Dla co siódmego istotna okazała się sprawniejsza obsługa – krótsze kolejki i mniejsze opóźnienia (16%), większy komfort leczenia związany z zapewnieniem intymności i schludnością gabinetów (15%) oraz nowocześniejsza aparatura medyczna (14%). Co dziesiątego badanego (10%) przekonał bardziej życzliwy stosunek personelu i miła atmosfera, natomiast jedynie 5% tłumaczy swoją decyzję dogodniejszą lokalizacją zakładów świadczących prywatną opiekę medyczną.

¹ Por. komunikat CBOS „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych”, marzec 2012 (oprac. N. Hipsz). Zob. także komunikaty CBOS „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”, marzec 2012 (oprac. N. Hipsz); „Protest pieczętkowy», czyli wokół ustawy refundacyjnej”, luty 2012 (oprac. N. Hipsz). W przygotowaniu komunikat poświęcony regionalnym różnicom opinii o funkcjonowaniu służby zdrowia.

² Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (261) przeprowadzono w dniach 3 – 9 lutego 2012 roku na liczącej 999 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

BADANI, KTÓRZY W CIĄGU SZEŚCIU MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH SONDAŻ PRZYNAJMNIEJ RAZ KORZYSTALI Z USŁUG W RAMACH DODATKOWEGO, DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (ABONAMENTU, POLISY ZDROWOTNEJ) LUB OPŁACANYCH Z WŁASNEJ KIESZENI* (N=460)

CBOS

RYS. 1. **DLACZEGO WYBRAŁ(A) PAN(I) PŁATNĄ USŁUGĘ I NIE SKORZYSTAŁ(A) Z POMOCY MEDYCZNEJ ŚWIADCZONEJ W RAMACH POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO? CZY ZE WZGLĘDU NA:**



* Na podstawie odpowiedzi na pytania: „Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy z powodu choroby lub stanu zdrowia **swójgo lub dziecka** korzystał(a) Pan(i) z usług dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej/ lekarza ogólnego/ lekarza specjalisty/ laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej w całości opłacanych z własnej kieszeni bądź z dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia (abonamentu, polisy zdrowotnej)”. Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ każdy badany mógł wskazać trzy najważniejsze powody

Tabela 1

Motywacje badanych, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż przynajmniej raz korzystali z usług [...] w ramach dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (abonamentu, polisy zdrowotnej) lub opłacanych z własnej kieszeni:	lekarza ogólnego (N=80)	lekarza specjalisty (N=234)	dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej (N=340)	laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej (N=164)
	w procentach*			
– szybsze terminy – krótszy czas oczekiwania na umawianą wizytę	65	78	64	74
– dogodniejsze godziny przyjęć, np. po pracy, szkole	28	24	21	24
– lepszych specjalistów, kompetencję lekarzy/ osób wykonujących badania	21	25	22	23
– większe zaangażowanie lekarzy/ osób wykonujących badania – na odpłatnych wizytach specjaliści bardziej się starają	21	25	20	22
– ponieważ NFZ nie refunduje usług, z których korzystał(a)m	12	12	24	18
– możliwość załatwienia wszystkiego „od ręki”, przy jednej wizycie	23	22	16	26
– sprawniejszą obsługę na miejscu, mniejsze opóźnienia i krótsze kolejki	23	17	16	15
– większy komfort leczenia – czystość, schludność gabinetów, intymność wizyty itp.	19	15	15	9
– nowocześniejszą aparaturę medyczną	11	14	15	15
– bardziej życzliwy stosunek personelu – pomocność, miłą atmosferę	10	8	10	6
– dogodniejszą lokalizację – blisko miejsca zamieszkania, pracy itp.	8	5	5	7
Trudno powiedzieć	2	1	4	1
Ponieważ ktoś (np. pracodawca) wykupił mi/ dziecku dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – abonament, polisę	9	3	2	3
Ponieważ nie jestem objęty(a) powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ	1	0	0	0
Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ każdy badany mógł wskazać trzy najważniejsze powody				

Krótszy czas oczekiwania na wizytę był ważny dla przeważającej części korzystających ze wszystkich rodzajów płatnych świadczeń zdrowotnych. Osoby leczące się prywatnie – niezależnie od tego jakiej porady zasięgały – najczęściej deklarują, że zdecydowały się na to głównie z tego powodu, a wśród badanych korzystających z usług specjalistów i pracowni diagnostycznych motywacja ta była dominująca (odpowiednio: 78% i 74%)³. Ankietowanych wykonujących badania diagnostyczne, do pokrycia ich kosztów z własnej kieszeni bądź z dodatkowego ubezpieczenia, ponadprzeciętnie często skłaniała

³ Warto zauważyć, iż dostępność usług lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych oceniana jest jako najniższy punkt państwowej służby zdrowia, który jednocześnie najsilniej rzutuje na poczucie satysfakcji z funkcjonowania całego systemu; por. komunikat CBOS „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”, wyd. cyt., s. 1-13.

także możliwość załatwienia wszystkiego podczas jednej wizyty (26%). Respondenci leczący się u stomatologa lub w poradni protetycznej bardziej niż korzystający z innych świadczeń kierowali się tym, że NFZ nie refundował tych usług (24%), natomiast badani zasięgający prywatnie porady lekarza ogólnego częściej decydowali się na to ze względu na dogodniejsze godziny przyjęć (28%), sprawniejszą obsługę w placówce medycznej (23%) lub dlatego że mieli wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – polisę lub abonament – którego koszt pokrywał ktoś inny, np. pracodawca (9%).

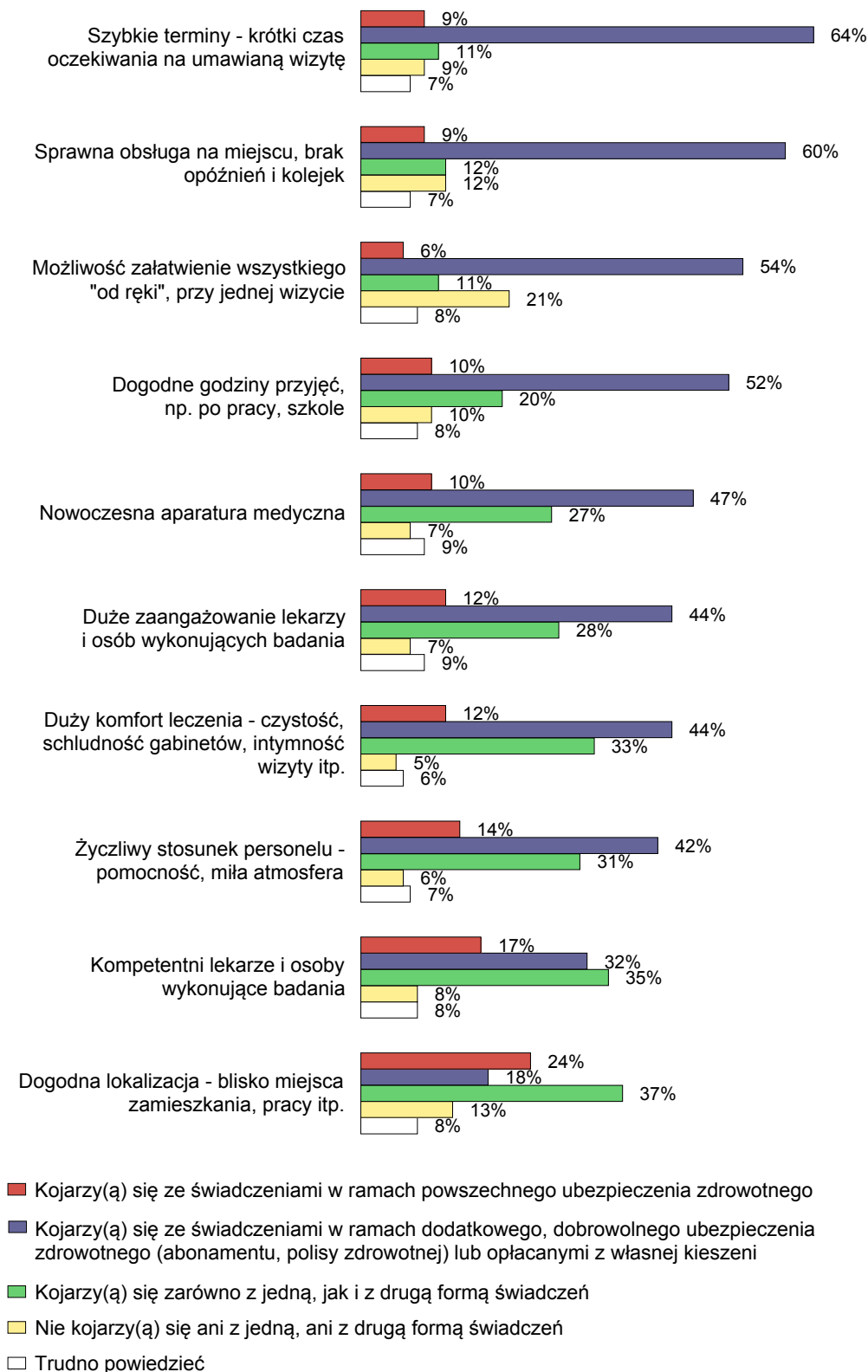
PAŃSTWOWA VS PRYWATNA OPIEKA ZDROWOTNA

Ta sama lista określeń posłużyła nam do sprawdzenia, jak Polacy postrzegają państwową i prywatną opiekę zdrowotną oraz co, ich zdaniem, odróżnia jedną od drugiej. Ankietowanym przedstawiliśmy dziesięć stwierdzeń odnoszących się do różnych wymiarów funkcjonowania służby zdrowia, prosząc, by o każdym z nich powiedzieli, czy kojarzy się im ze świadczeniami państwowymi – uzyskiwanymi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, prywatnymi – opłacanymi z dodatkowego ubezpieczenia lub z własnej kieszeni, zarówno z jedną, jak i z drugą formą opieki zdrowotnej, czy też z żadną z nich.

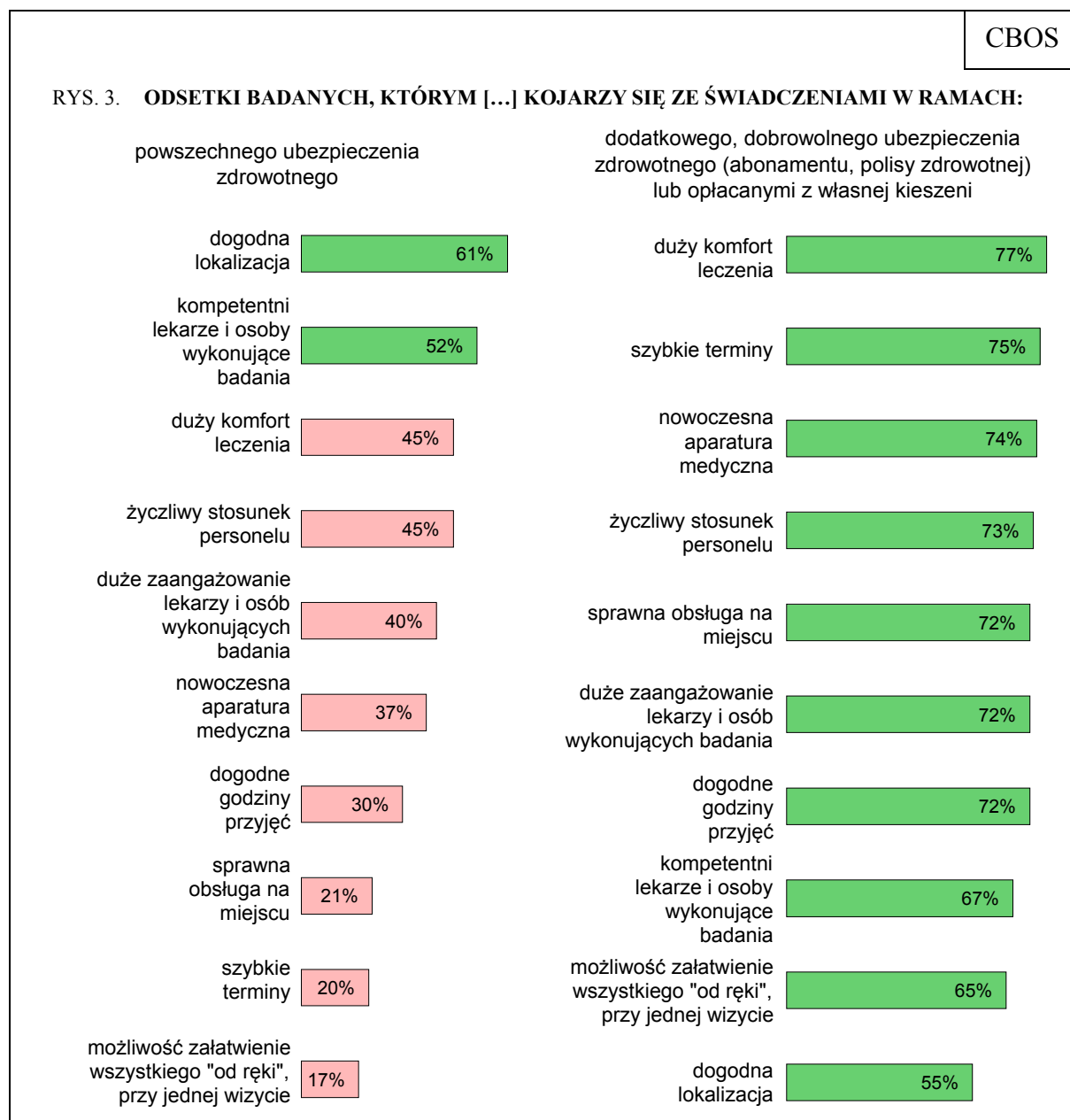
Ustosunkowując się niemal do wszystkich pozycji listy, największa część badanych deklarowała, że pozytywne skojarzenia budzą w nich wyłącznie usługi uzyskiwane w ramach dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego lub opłacane z własnej kieszeni. Tylko dwie z nich – kompetencje lekarzy i osób wykonujących badania oraz wygodną lokalizację placówek – dominująca część badanych odnosi do obydwu rodzajów świadczeń: zarówno prywatnych, jak i finansowanych ze środków publicznych.

Respondenci mają zwykle pozytywne skojarzenia z prywatnym leczeniem – aż trzy czwarte z nich przyznaje, że kojarzy im się ono z dużym komfortem (77%), szybkimi terminami (75%), nowoczesną aparaturą medyczną (74%), uprzejmością personelu (73%), zaangażowaniem lekarzy, dogodnymi godzinami przyjęć oraz sprawną obsługą (po 72%) – natomiast w usługach państwowej służby zdrowia przeważająca część docenia jedynie niedużą odległość od świadczących je zakładów opieki zdrowotnej (61%) i kompetencje lekarzy (52%). Co warto podkreślić, tylko w opiniach o dogodnej lokalizacji placówek odsetek badanych, którym kojarzy się ona z usługami otrzymywanymi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jest wyższy (o 6 punktów) od odsetka kojarzących ją ze świadczeniami uzyskiwanymi poza NFZ.

RYS. 2. CO, W PANA(I) OCENIE, ODRÓŻNIA USŁUGI OPŁACANE Z POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OD USŁUG ŚWIADCZONYCH ZA DODATKOWĄ OPŁATĄ, CO JEST WSPÓLNE DLA JEDNEJ I DRUGIEJ FORMY OPIEKI ZDROWOTNEJ, A CO NIE KOJARZY SIĘ PANU(I) Z ŻADNĄ Z NICH?



Największym atutem prywatnej opieki zdrowotnej w porównaniu z państwową wydaje się dostępność świadczeń i sprawność obsługi: krótki czas oczekiwania na umawianą wizytę, brak opóźnień i kolejek w placówce medycznej oraz możliwość załatwienia wszystkiego „od ręki”. Ankietowani dostrzegają je ponad trzykrotnie częściej w usługach opłacanych z własnej kieszeni albo z dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia niż w świadczeniach finansowanych ze środków publicznych.



Na rysunku połączono odpowiedzi „Kojarzy(ą) się ze świadczeniami w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” i „Kojarzy(ą) się zarówno z jedną, jak i z drugą formą świadczeń” oraz „Kojarzy(ą) się ze świadczeniami w ramach dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (abonamentu, polisy zdrowotnej) lub opłacanymi z własnej kieszeni” i „Kojarzy(ą) się zarówno z jedną, jak i z drugą formą świadczeń”

Tabela 2

Różnice w odsetkach badanych, którym [...] kojarzy(ą) się ze świadczeniami w ramach dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego i tych, którym kojarzy(ą) się ona (one) ze świadczeniami w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	Świadczenia poza ubezpieczeniem w NFZ – Świadczenia w ramach ubezpieczenia w NFZ	Świadczenia poza ubezpieczeniem w NFZ : Świadczenia w ramach ubezpieczenia w NFZ
– szybkie terminy	+55	3,8
– sprawna obsługa na miejscu	+51	3,4
– możliwość załatwienie wszystkiego „od ręki”, przy jednej wizycie	+48	3,8
– dogodne godziny przyjęć	+42	2,4
– nowoczesna aparatura medyczna	+37	2,0
– duże zaangażowanie lekarzy i osób wykonujących badania	+32	1,8
– duży komfort leczenia	+32	1,7
– życzliwy stosunek personelu	+28	1,6
– kompetentni lekarze i osoby wykonujące badania	+15	1,3
– dogodna lokalizacja	-6	0,9

Skojarzenia z państwową i prywatną służbą zdrowia znajdują odzwierciedlenie w syntetycznych wskaźnikach percepcji funkcjonowania jednej i drugiej formy opieki zdrowotnej. Z deklaracji ankietowanych wyłania się dość korzystny obraz usług opłacanych z własnej kieszeni bądź z dodatkowej polisy czy abonamentu zdrowotnego, które przywodzą na myśl przeciętnemu badanemu aż siedem z dziesięciu pozytywnych skojarzeń (przeciętna ocena na skali od 1 do 10 wynosi 7,0). Gorzej postrzegane są świadczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia, kojarzące się dobrze w średnio mniej niż czterech analizowanych wymiarach (3,7). Pozytywne skojarzenia z usługami prywatnymi idą najczęściej w parze z mniej korzystnym odbiorem państwowej opieki medycznej ($r = -0,11$; $p < 0,01$).

Tabela 3

Liczba pozytywnych skojarzeń ze świadczeniami:					
w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego		Średnia arytmetyczna na skali od 1 do 10	w ramach dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (abonamentu, polisy zdrowotnej) lub opłacanymi z własnej kieszeni		Średnia arytmetyczna na skali od 1 do 10
	%			%	
brak pozytywnych skojarzeń	19	3,7	brak pozytywnych skojarzeń	10	7,0
od 1 do 3	34		od 1 do 3	9	
od 4 do 6	28		od 4 do 6	14	
od 7 do 9	14		od 7 do 9	35	
wyłącznie pozytywne skojarzenia	5		wyłącznie pozytywne skojarzenia	32	
Na podstawie odpowiedzi na dziesięć pytań kwestionariusza					

Nieco lepszy obraz państwowej opieki zdrowotnej mają osoby starsze, gorzej wykształcone i sytuowane, a więc korzystające raczej z usług finansowanych ze środków publicznych⁴, a przy tym deklarujące nieco mniej pozytywnych skojarzeń ze świadczeniami prywatnymi (zob. tabele aneksowe). Chociaż respondenci, którzy w ostatnim półroczu korzystali wyłącznie z państwowej służby zdrowia oceniają ją korzystniej niż pozostali, to nawet wśród nich lepiej postrzegane są świadczenia prywatne.

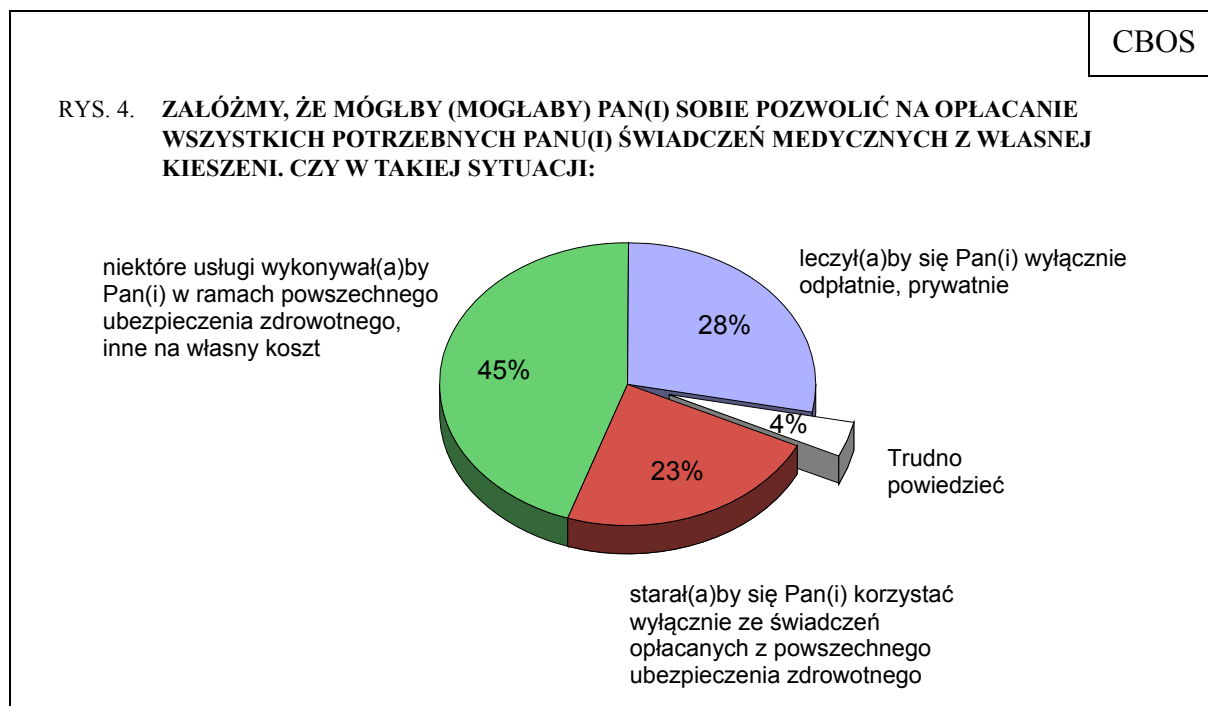
Tabela 4

Liczba pozytywnych skojarzeń ze świadczeniami*:	Odpowiedzi badanych, którzy w ostatnich sześciu miesiącach korzystali z usług medycznych:			
	wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego** (N=360)	zarówno w ramach powszechnego ubezpieczenia, jak i w całości opłacanych z własnej kieszeni lub dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia (N=404)	wyłącznie w całości opłacanych z własnej kieszeni lub dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (N=56)	Niekorzystający z usług medycznych (N=179)
	w procentach			
w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego				
brak pozytywnych skojarzeń	16	15	32	28
od 1 do 3	25	41	52	30
od 4 do 6	29	29	14	27
od 7 do 9	23	11	1	8
wyłącznie pozytywne skojarzenia	7	4	1	7
w ramach dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (abonamentu, polisy zdrowotnej) lub opłacanymi z własnej kieszeni				
brak pozytywnych skojarzeń	14	6	7	15
od 1 do 3	12	6	2	9
od 4 do 6	18	14	1	11
od 7 do 9	32	35	48	35
wyłącznie pozytywne skojarzenia	25	39	42	29
* Na podstawie odpowiedzi na dziesięć pytań kwestionariusza				
** W tym ze świadczeń tylko częściowo refundowanych przez NFZ				

Niezależnie od oceny obu form opieki zdrowotnej, zapytaliśmy badanych, jak by się zachowali, gdyby mogli sobie pozwolić na opłacanie wszystkich potrzebnych świadczeń z własnej kieszeni. Chcieliśmy tym samym sprawdzić, czy rozczarowanie państwową służbą zdrowia jest na tyle duże, że Polacy najchętniej w ogóle zrezygnowaliby z jej usług, czy też w sytuacji, gdyby mieli taką możliwość, kierowaliby się zdrowym rozsądkiem, najwyżej

⁴ Zob. także komunikat CBOS „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych”, wyd. cyt., s. 1-4.

częściowo zastępując świadczenia finansowane ze środków publicznych leczeniem prywatnym. Jedna czwarta respondentów (28%) deklaruje, że leczyłaby się wówczas tylko prywatnie, ale dominująca część starałaby się korzystać ze świadczeń opłacanych z ubezpieczenia w NFZ – wyłącznie (23%) bądź w przypadku niektórych usług (45%).



Zainteresowaniu wyłącznie świadczeniami państwowymi sprzyja gorsze wykształcenie, a w nieco mniejszym stopniu także starszy wiek – powyżej 54 lat, życie w mniejszej miejscowości oraz gorsza ocena swojej sytuacji materialnej. Na opłacanie wszystkich świadczeń z własnej kieszeni częściej decydowałiby się natomiast ankietowani najmłodszy – do 34 roku życia i legitymujący się relatywnie lepszym wykształceniem (zob. tabela aneksowa).



W jednym z wcześniejszych komunikatów wykazaliśmy, że najsłabszą stroną opieki zdrowotnej w Polsce jest – kluczowa dla ogólnego rozczarowania funkcjonowaniem systemu

– dostępność porad lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych⁵. Okazuje się, że respondenci, którzy w ostatnim półroczu zdecydowali się na pokrycie kosztów takich świadczeń z własnej kieszeni bądź z dodatkowego ubezpieczenia, niemal powszechnie uzasadniają to krótszym czasem oczekiwania na umawianą wizytę. Jak można więc było przypuszczać, do korzystania z odpłatnych usług medycznych skłania Polaków niewydolność państwowej służby zdrowia.

Polacy nie mają zbyt wielu pozytywnych skojarzeń z państwową służbą zdrowia, za to wyjątkowo korzystnie przedstawia się społeczny odbiór, opisywanej niemal w samych superlatywach, prywatnej opieki zdrowotnej. Duża rozbieżność ocen kontrastuje z innymi deklaracjami badanych – większość z nich przyznaje bowiem, że nawet gdyby mogli sobie pozwolić na opłacanie wszystkich potrzebnych świadczeń we własnym zakresie, nie zdecydowałiby się na całkowitą rezygnację z usług finansowanych ze środków publicznych. Trudno jednak rozstrzygnąć, czy wynika to z mimowolnej kalkulacji, czy z podświadomego zaufania do państwowej opieki zdrowotnej.

Opracowała

Natalia HIPSZ

⁵ Por. komunikat CBOS „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”, wyd. cyt.