

Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych

Przedruk i rozpowszechnianie
tej publikacji **w całości** dozwolone
wyłącznie za zgodą CBOS.
Wykorzystanie **fragmentów**
oraz danych empirycznych
wymaga podania źródła

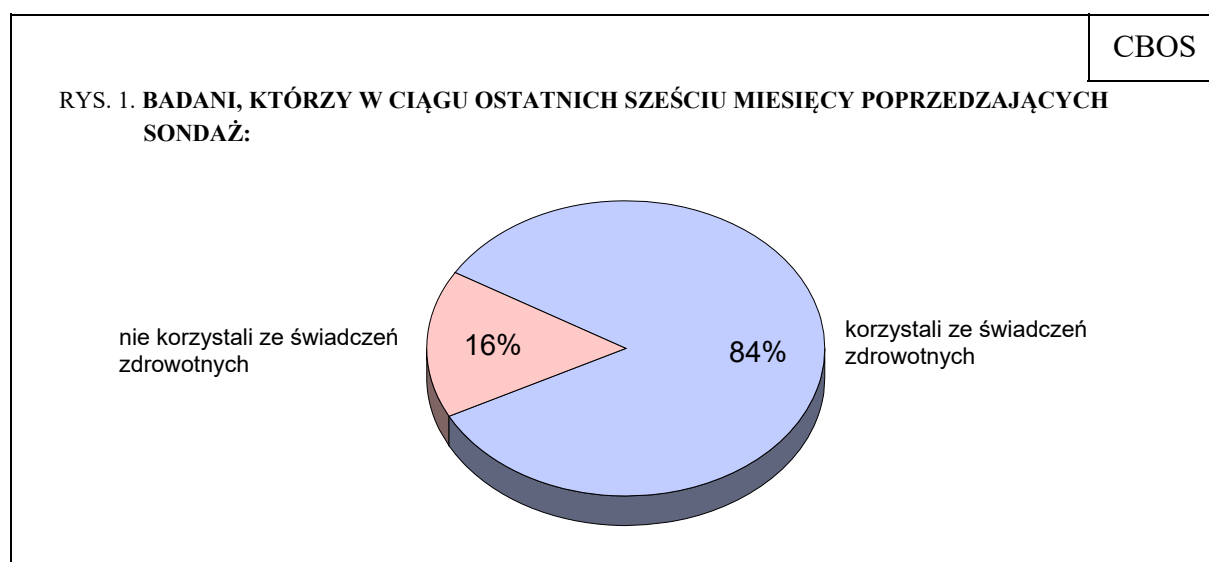
Znak jakości przyznany CBOS przez Organizację Firm Badania Opinii i Rynku 14 stycznia 2016 roku



Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej
ul. Świętojerska 5/7, 00-236 Warszawa
e-mail: sekretariat@cbos.pl; info@cbos.pl
<http://www.cbos.pl>
(48 22) 629 35 69

- ▶ W ciągu ostatnich sześciu miesięcy 2016 roku, z powodu choroby, złego stanu zdrowia swojego lub dziecka 84% badanych (o 3 punkty mniej niż w pierwszym półroczu 2014 roku) przynajmniej raz zasięgało porady lekarskiej, korzystało z usług stomatologa czy protetyka lub też zgłaszało się do laboratoriów lub innych pracowni diagnostycznych, by wykonać jakieś analizy czy badania.
- ▶ W tym roku Polacy równie powszechnie jak w analogicznym okresie 2014 roku korzystali z pomocy lekarza ogólnego (74% w 2014 roku i 73% obecnie) oraz z porad lekarzy specjalistów (po 54%). Mniej respondentów przynajmniej raz odwiedziło dentystę lub skorzystało z usług pracowni protetycznej (odpowiednio 50% i 46%). Zwiększyła się natomiast liczba osób, które korzystały z badań laboratoryjnych lub innych badań diagnostycznych (z 51% w 2014 roku do 56% obecnie).
- ▶ Podobnie jak w ubiegłych latach, także i w tym roku najwięcej osób leczyło się w sposób „mieszany”, czyli korzystało zarówno ze świadczeń dostępnych w ramach NFZ, jak i opłaconych prywatnie (40%). Nieco mniej liczną grupę stanowiły osoby, które korzystały wyłącznie z usług publicznej służby zdrowia (37%). Zaledwie 7% badanych leczyło się wyłącznie „prywatnie” – płacąc za potrzebne im porady i usługi medyczne z własnej kieszeni lub z dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- ▶ Jediną dziedziną, w której Polacy w większości bazują na prywatnych usługach, jest stomatologia. Tylko w tym przypadku odsetek korzystających z prywatnych usług przewyższa odsetek tych, którzy leczą się w ramach kontraktowanych przez NFZ świadczeń (69% wobec 47%). Drugą dziedziną finansowaną najczęściej z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia są porady lekarzy specjalistów, jednak w tym zakresie bardziej popularne są usługi zakontraktowane przez NFZ (76% wobec 47%).
- ▶ Podstawową motywacją wyboru ścieżki leczenia prywatnego jest krótszy czas oczekiwania na wizytę czy badanie (deklaruje ją 70% badanych, którzy przynajmniej raz skorzystali z usług świadczonych poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym). Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w publicznej służbie zdrowia wynosił w minionym półroczu ponad 3 i pół miesiąca, przy czym 6% badanych czekało na wizytę ponad rok. Prawie co piąty ankietowany, który potrzebował konsultacji specjalisty (17%), nie dostał się do niego w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej.

Polacy niemal powszechnie deklarują korzystanie ze świadczeń i usług zdrowotnych. W ciągu ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających sondaż¹, z powodu choroby, złego stanu zdrowia swojego lub dziecka 84% badanych przynajmniej raz zasięgało porady lekarskiej, korzystało z usług stomatologa czy protetyka lub też zgłaszało się do laboratoriów lub innych pracowni diagnostycznych, by wykonać jakieś analizy czy badania.



Na podstawie odpowiedzi na pytania: Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy z powodu choroby lub stanu zdrowia swojego lub dziecka korzystał(a) Pan(i) z usług dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej / lekarza POZ / lekarza specjalisty / laboratorium analitycznego / pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.) (1) w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – chodzi nam o świadczenia całkowicie lub częściowo refundowane przez NFZ, (2) świadczonych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – a więc finansowanych przez Pana(ią) samodzielnie lub dostępnych w ramach posiadanego przez Pana(ią)/Państwa dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia (abonamentu, polisy zdrowotnej).

¹ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (313) przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (face-to-face) wspomaganym komputerowo (CAPI) w dniach 2–9 czerwca 2016 roku na liczącej 1002 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Najwięcej osób – prawie trzy czwarte Polaków zasięgało porady lekarza ogólnego (73%). Ponad połowa przynajmniej raz odwiedziła w tym czasie lekarza specjalistę (54%). Co drugi z ankietowanych miał wykonywane analizy laboratoryjne (49%), a nieco ponad jedna trzecia – inne badania diagnostyczne, takie jak USG, tomografia, mammografia, gastroscopia itp. W sumie z usług laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej korzystała ponad połowa badanych (56%). Stosunkowo najmniej osób odwiedzało dentystę lub protetyka (46%).

		CBOS
Badani, którzy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających sondaż korzystali z usług:		
– lekarza ogólnego		73%
– laboratorium analitycznego lub pracowni diagnostycznej		56%
w tym		
laboratorium analitycznego		49%
pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.)		34%
– lekarza specjalisty		54%
– dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej		46%

Powszechność korzystania ze świadczeń zdrowotnych – w określonym tu zakresie – okazuje się minimalnie mniejsza niż przed dwoma laty. Wówczas, w ciągu pierwszego półrocza 2014 roku, odsetek badanych, którzy przynajmniej raz korzystali z jakiejś formy pomocy medycznej, był nieco wyższy (87%).

Z porównania aktualnych i ówczesnych deklaracji badanych wynika, że w tym roku Polacy równie powszechnie jak w analogicznym okresie 2014 roku korzystali z pomocy lekarza ogólnego (74% w 2014 roku i 73% obecnie) oraz z porad lekarzy specjalistów (po 54% deklaracji). Mniej respondentów przynajmniej raz odwiedziło dentystę lub skorzystało z usług pracowni protetycznej (odpowiednio 50% i 46%). Zwiększyła się natomiast liczba osób, które korzystały z badań laboratoryjnych lub innych badań diagnostycznych (z 51% w 2014 roku do 56% obecnie).

Trzeba jednak zastrzec, że w tym roku – inaczej niż w latach ubiegłych – o usługi realizowane w laboratoriach analitycznych i innych pracowniach badań diagnostycznych pytaliśmy w osobnych podpunktach pytania. Bardziej szczegółowy sposób zadawania pytania mógł sprzyjać pełniejszej retrospekcji i w rezultacie częstszym deklaracjom korzystania

z tego typu badań. Stąd też trudno z całą stanowczością twierdzić, iż – jeśli chodzi o powszechność korzystania przez pacjentów z różnego rodzaju badań diagnostycznych – obserwujemy wyraźny postęp. Z drugiej jednak strony znacząco wyższy w tym roku odsetek badanych deklarujących korzystanie z badań laboratoryjnych i innych badań diagnostycznych wpisuje się w obserwowaną już dwa lata temu tendencję wzrostową.

Tabela 1

	Badani, którzy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających sondaż korzystali z usług:		
	II 2012	VI 2014	VI 2016
	w procentach		
lekarza ogólnego	71	74	73
lekarza specjalisty	48	54	54
laboratorium analitycznego lub pracowni diagnostycznej	45	51	56
dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej	47	50	46

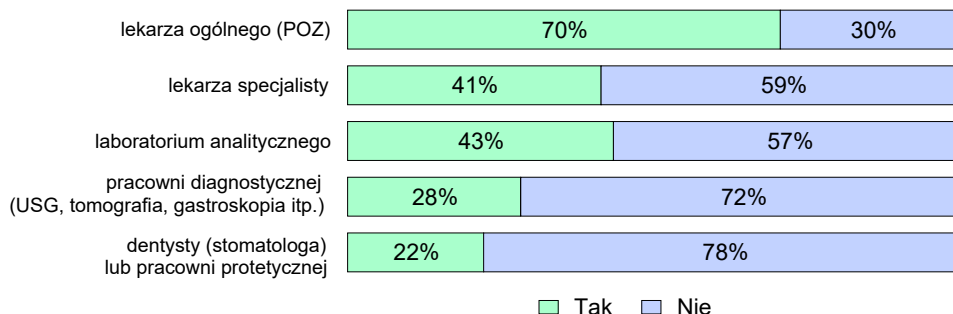
Ze świadczeń zdrowotnych wyraźnie częściej korzystały kobiety (91%) niż mężczyźni (77%). Częściej też – co poniekąd zrozumiałe – leczyły się osoby starsze. Spośród badanych liczących sobie 65 lat i więcej tylko nieliczni w ciągu pierwszego półrocza bieżącego roku nie zwracali się po żadną poradę czy pomoc, zaś 93% przynajmniej raz korzystało z uwzględnionych w pytaniu świadczeń. W pozostałych grupach wiekowych – z wyjątkiem najmłodszych respondentów – odsetki korzystających ze świadczeń są zbliżone (81% – 84%).

Częstszemu korzystaniu z pomocy medycznej sprzyja zamieszkiwanie w największych aglomeracjach, wyższy poziom wykształcenia, ale także wyższe dochody *per capita* i dobra sytuacja materialna. Spośród grup społeczno-zawodowych w placówkach medycznych czy gabinetach lekarskich najczęściej bywali przedstawiciele kadry kierowniczej i wysoko wykwalifikowani specjaliści (95%), pracownicy administracyjno-biurowi, osoby pracujące na własny rachunek (po 93%) oraz emeryci i renciści (92% i 91%). Relatywnie najrzadziej zaś – robotnicy niewykwalifikowani (63%) oraz osoby bezrobotne (69%).

GDZIE I JAK LECZĄ SIĘ POLACY?

Zdecydowana większość Polaków to pacjenci publicznej służby zdrowia. W minionym półroczu z jakiejś formy świadczeń uwzględnionych w badaniu, dostępnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przynajmniej raz korzystało ponad trzy czwarte ogółu ankietowanych (77%).

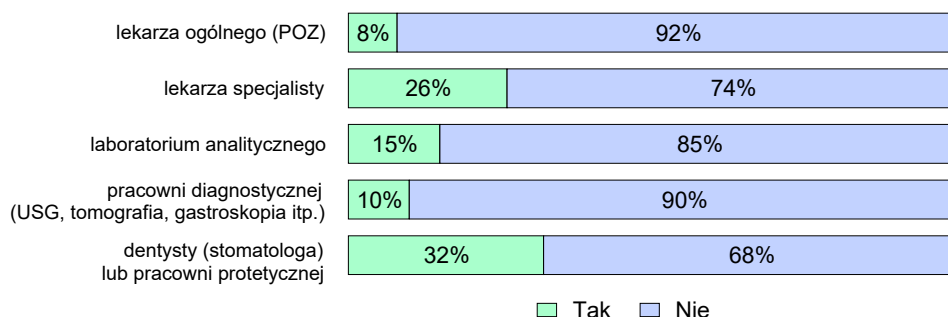
RYS. 2. CZY W CIĄGU OSTATNICH SZEŚCIU MIESIĘCY Z POWODU CHOROBY LUB STANU ZDROWIA SWOJEGO LUB DZIECKA KORZYSTAŁ(A) PAN(I) W RAMACH POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO Z USŁUG:



Zdecydowana większość przynajmniej raz była w tym czasie u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (70% ogółu badanych). Nieco ponad dwie piąte co najmniej raz trafiło do lekarza specjalisty (41%), miało wykonywane jakieś analizy laboratoryjne (43%), a nieco ponad jedna czwarta skorzystała z innych badań diagnostycznych realizowanych w specjalistycznych gabinetach czy poradniach. Stosunkowo najmniej osób – tylko nieco ponad jedna piąta ogółu badanych – korzystało z usług dentysty lub protetyka w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (22%).

Niezależnie od korzystania z publicznej służby zdrowia, dużo, bo prawie co drugi ankietowany (47% ogółu badanych), leczył się „prywatnie” – poza systemem finansowanym czy współfinansowanym przez NFZ.

RYS. 3. CZY W CIĄGU OSTATNICH SZEŚCIU MIESIĘCY KORZYSTAŁ(A) PAN(I) Z USŁUG ... ŚWIADCZONYCH POZA SYSTEMEM POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – A WIĘC FINANSOWANYCH PRZEZ PANA(IA) SAMODZIELNIE LUB DOSTĘPNYCH W RAMACH POSIADANEGO PRZEZ PANA(IA) DODATKOWEGO, DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO?



Z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego pacjenci stosunkowo najczęściej opłacali usługi stomatologiczne (32% ogółu badanych). Relatywnie dużo osób prywatnie lub w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego pokrywało koszty wizyty u specjalisty (26%). Stosunkowo najmniej respondentów robiło jakieś badania diagnostyczne (10%) i analizy laboratoryjne (15%) poza systemem świadczeń gwarantowanych przez państwo.

Na pokrycie kosztów wizyty z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia najczęściej decydowali się badani potrzebujący pomocy dentysty lub protetyka (69% korzystających, co stanowi 32% ogółu ankietowanych). Mniej osób korzystało z takich świadczeń w ramach NFZ (47% leczących się stomatologicznie).

W przypadku wszystkich pozostałych uwzględnionych w badaniu usług dominują świadczenia zapewniane przez państwo. Dotyczy to w szczególności korzystania z porad lekarzy rodzinnych, ogólnych czy pediatrów przyjmujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W pierwszym półroczu br. z ich usług korzystało aż 96% potrzebujących, a tylko nieliczni zasięgaliby porady lekarza ogólnego poza system świadczeń oferowanych przez państwo (11%). Także w przypadku badań laboratoryjnych i innych badań diagnostycznych publiczna służba zdrowia okazuje się głównym dostawcą tego typu usług (odpowiednio 88% i 82% korzysta z tych świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, 30% pokrywa koszty tych usług z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego).

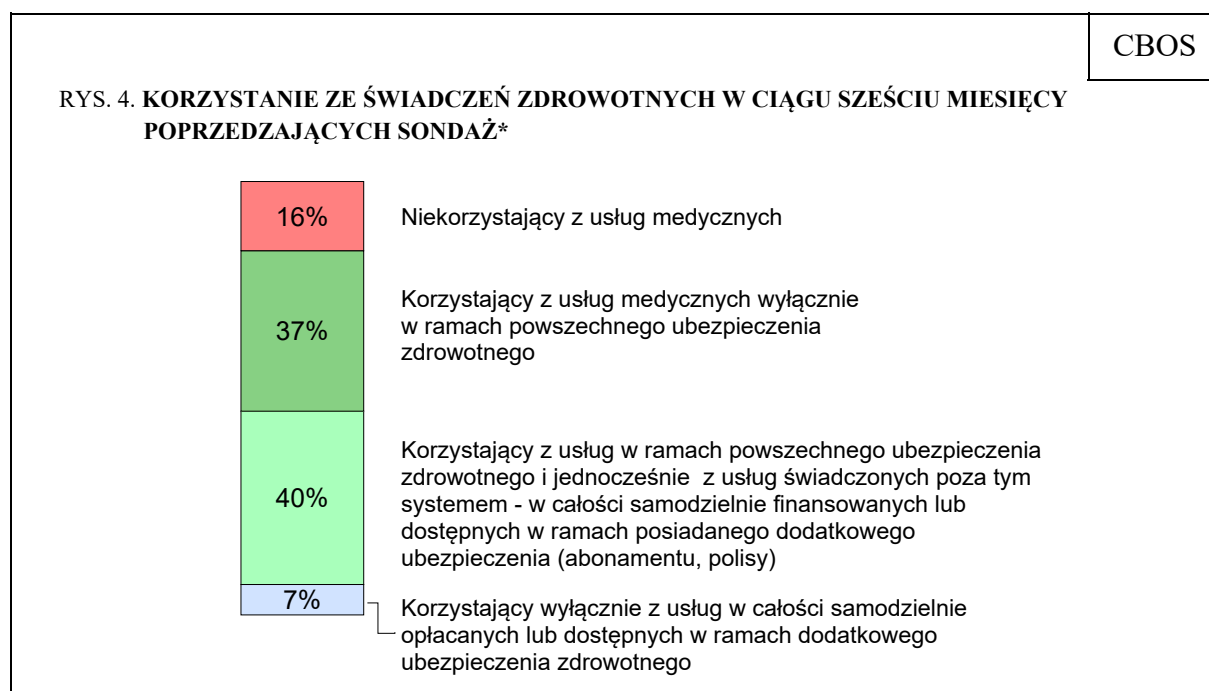
Proporcje te rozkładają się trochę inaczej, jeśli chodzi o wizyty u lekarzy specjalistów, które (obok leczenia stomatologicznego) należą do usług najczęściej realizowanych poza systemem świadczeń finansowanych przez NFZ. Wprawdzie i w tym wypadku większość potrzebujących przynajmniej raz korzystała z pomocy lekarza specjalisty w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (76%), to jednak prawie co drugi (47%) zapewniał sobie poradę specjalisty za swoje prywatne pieniądze lub też finansował ją z dodatkowego ubezpieczenia.

Tabela 2

Badani, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż skorzystali z usług*:	Odsetek badanych, którzy skorzystali z danego świadczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	Odsetek badanych, którzy skorzystali z danego świadczenia niezależnie – poza systemem świadczeń finansowanych przez NFZ
	Odsetki wśród korzystających z danej usługi	
lekarza ogólnego N=730	96	11
lekarza specjalisty N=539	76	47
laboratorium analitycznego N=490	88	30
pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.) N=336	82	30
dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej N=462	47	69

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli w tym czasie korzystać ze świadczeń zarówno w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i w całości opłacanych z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego

Podobnie jak w ubiegłych latach, także i w tym roku najwięcej osób leczyło się w sposób „mieszany”, czyli korzystało zarówno ze świadczeń dostępnych w ramach NFZ, jak i opłaconych prywatnie – pokrywając koszty leczenia z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (40% ogółu badanych). Nieco mniej liczną grupę stanowiły osoby, które korzystały wyłącznie z usług publicznej służby zdrowia (37%). Zaledwie 7% badanych leczyło się wyłącznie „prywatnie” – płacąc za potrzebne im porady i usługi medyczne z własnej kieszeni lub z dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.



* Dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej, lekarza ogólnego, lekarza specjalisty bądź laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej, z powodu choroby albo stanu zdrowia swojego lub dziecka.

Taki model korzystania z usług medycznych oraz skala uzupełniania świadczeń dostępnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez usługi dodatkowo opłacane przez pacjentów utrzymują się mniej więcej od 2009 roku. Wcześniej korzystanie z prywatnych porad i usług miało znacznie mniejszy zasięg, a prawie połowa badanych ograniczała się do korzystania jedynie z usług publicznej służby zdrowia.

Tabela 3

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż*									
	IX '02	XI '03	IX '04	XI '05	III '09	II '10	II '12	VI '14	VI '16
	w procentach								
Niekorzystający z usług medycznych	20	15	19	17	14	16	18	13	16
Korzystający z usług medycznych wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	46	47	48	47	36	39	36	39	37
Korzystający z usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i jednocześnie z usług świadczonych poza tym systemem – w całości samodzielnie finansowanych lub dostępnych w ramach posiadanego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (abonamentu, polisy)	27	32	28	29	43	37	40	41	40
Korzystający wyłącznie z usług w całości samodzielnie opłacanych lub dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.	7	6	5	7	7	8	6	7	7

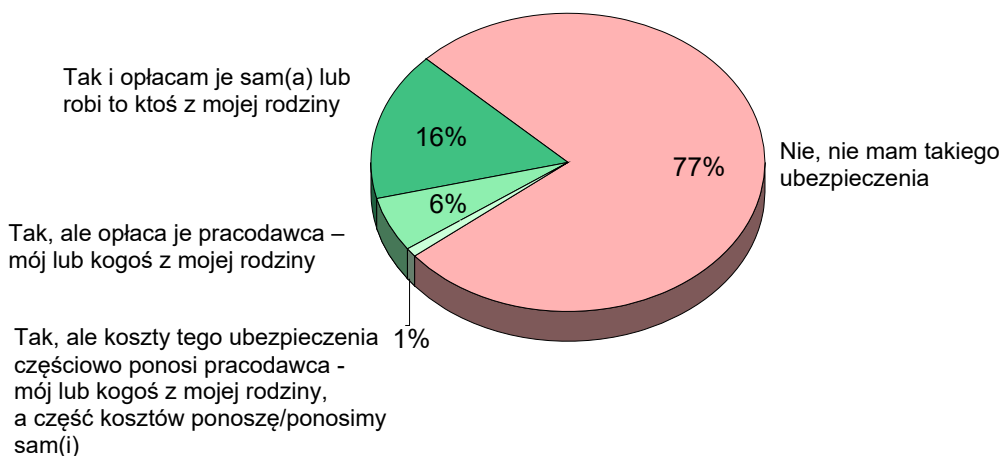
* Dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej, lekarza ogólnego, lekarza specjalisty bądź laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej, z powodu choroby albo stanu zdrowia swojego lub dziecka.

W ostatnich latach nie ubywa już jednak znacząco osób, które z tych czy innych względów leczą się wyłącznie w ramach systemu finansowanego przez NFZ, ale też nie przybywa znacząco tych, którzy całkowicie z niego rezygnowali.

Przeważająca część respondentów w wieku 65 lat i więcej (56%) oraz osób z wykształceniem podstawowym (52%), a spośród grup społeczno-zawodowych – rencistów (54%) i emerytów (53%) leczyła się wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Z kolei sięganiu po prywatne usługi medyczne sprzyja wyższe wykształcenie (71% korzystających), zamieszkiwanie w dużych miastach (100–500 tys. mieszkańców – 57%) i największych aglomeracjach (powyżej 500 tys. mieszkańców – 62%) oraz wysokie dochody *per capita* (powyżej 2000 na osobę w rodzinie – 66%) – zob. tabele aneksowe.

Tylko niespełna co czwarty dorosły Polak ma wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – abonament lub polisę (23%), w tym 16% opłaca je samodzielnie, z domowego budżetu, a w przypadku 7% są one w całości lub częściowo finansowane przez pracodawców.

RYS. 5. CZY MA PAN(I) WYKUPIONE DODATKOWE, DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE (ABONAMENT, POLISĘ ZDROWOTNĄ)?



Posiadaczami dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego najczęściej są osoby w średnim wieku (25–44 lata), badani z wyższym wykształceniem (41%), ankietowani pozytywnie oceniający własną sytuację materialną, o najwyższych dochodach na osobę w rodzinie (powyżej 2000 zł – 39%). Wśród grup społeczno-zawodowych najczęściej są to przedstawiciele kadry kierowniczej i wysoko wykwalifikowani specjaliści (53%) oraz średni personel i technicy (45%). Z kolei najrzadziej dodatkowe świadczenia zdrowotne mają wykupione mieszkańcy wsi (16%), osoby słabo wykształcone oraz najstarsi z badanych (powyżej 65 roku życia) – zob. tabela aneksowa 13.

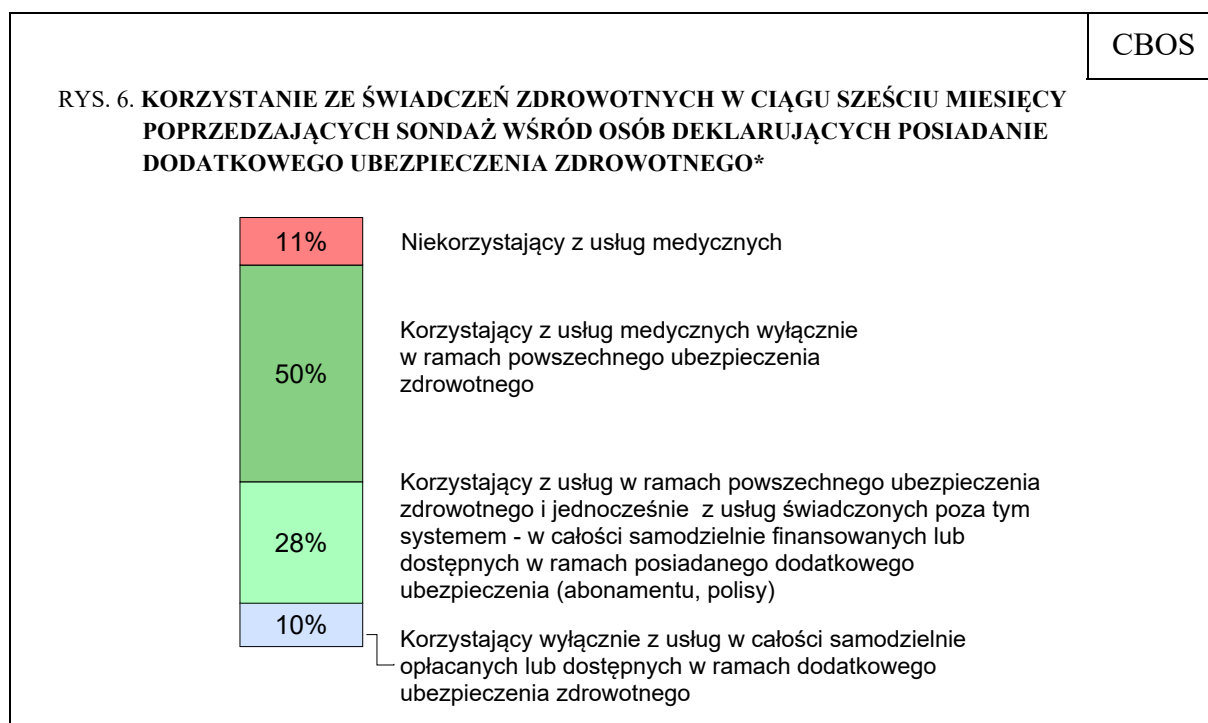
W ciągu ostatnich dwóch lat odsetek osób objętych dodatkowym, dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym nieco się zwiększył (z 19% w latach 2012–2014 do 23% obecnie).

Tabela 4

Czy ma Pana(i) wykupione dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (abonament, polisę zdrowotną)?	Deklaracje ankietowanych według terminów badań		
	II 2012	VI 2014	VI 2016
	w procentach		
Tak i opłacam je sam(a) lub robi to ktoś z mojej rodziny (w całości lub częściowo)	13	13	16
Tak, ale opłaca je pracodawca – mój lub kogoś z mojej rodziny	6	6	7
Nie, nie mam takiego ubezpieczenia	81	81	77

Co zrozumiałe, osoby posiadające dodatkowe ubezpieczenie częściej niż inni korzystają z usług medycznych świadczonych niezależnie od kontraktowanych

i finansowanych przez NFZ. Jednak posiadanie polisy zdrowotnej czy abonamentu nie oznacza bynajmniej rezygnacji z usług publicznej służby zdrowia – raczej chodzi o ich uzupełnienie. W minionym półroczu aż 78% posiadaczy abonamentu czy polisy zdrowotnej co najmniej raz korzystało z usług publicznej służby zdrowia (wśród ogółu badanych odsetek ten wynosi 77%), a tylko co dziewiąty z tej grupy nie korzystał z nich w ogóle (11%). Najliczniejszą zaś grupę stanowiły osoby korzystające zarówno ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia, jak i dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia bądź w formie niezależnie finansowanej usługi prywatnej (50%).



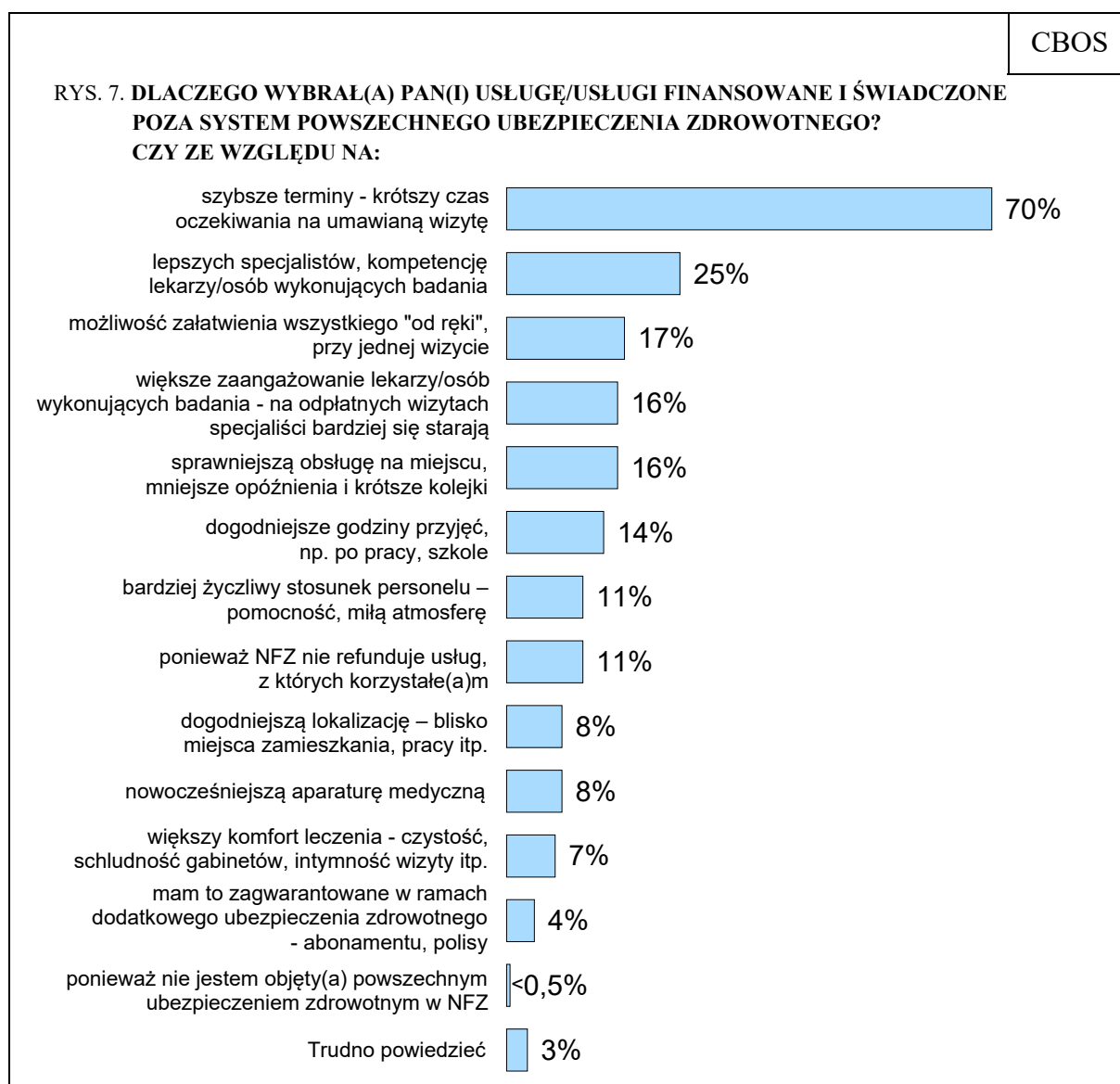
* Dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej, lekarza ogólnego, lekarza specjalisty bądź laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej, z powodu choroby albo stanu zdrowia swojego lub dziecka.

DLACZEGO POLACY LECZĄ SIĘ PRYWATNIE?

MOTYWY KORZYSTANIA Z NIEPUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Respondenci, którzy przynajmniej raz skorzystali z usług świadczonych poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, płacąc za nie z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, zdecydowanie najczęściej (70%) swój wybór uzasadniają krótszym czasem oczekiwania na wizytę czy badanie. Wobec tego argumentu, w świetle deklaracji badanych, wszystkie inne hipotetyczne atuty i przewagi prywatnej

szużby zdrowia nad publiczną mają drugorzędne znaczenie. Tylko co czwarty ankietowany wybrał prywatną usługę ze względu na wyższe kwalifikacje i lepsze kompetencje lekarzy lub osób wykonujących badania (25%). Jeszcze mniej wskazań uzyskały argumenty takie jak możliwość załatwienia wszystkiego „od ręki”, podczas jednej wizyty (17%), przeświadczenie o większym osobistym zaangażowaniu lekarzy specjalistów w przypadku odpłatnych wizyt, sprawniejsza obsługa na miejscu i mniejsze opóźnienia (po 16%), a także dogodniejsze dla pacjentów godziny przyjęć (14%).



Co dziewiąty respondent wybrał prywatne usługi ze względu na bardziej życzliwy stosunek personelu w placówkach – pomocność, miłą atmosferę itp. Tylko samo zdecydowało się na prywatną wizytę, dlatego że usługi, których potrzebowali, nie są refundowane przez

NFZ (po 11% wskazań). Podobnie, tylko nieliczni z badanych kierowali się w swych decyzjach dogodną lokalizacją niepublicznej placówki medycznej, lepszym standardem wyposażenia medycznego – jakością sprzętu i używanej aparatury, a także wybierali prywatne świadczenia ze względu na bardziej komfortowe warunki leczenia – czystość i schludność gabinetów i intymność wizyt.

Wydaje się, że w stosunku do sytuacji sprzed dwóch lat atrakcyjność niepublicznej opieki zdrowotnej w porównaniu z jakością usług, jakie oferuje publiczna służba zdrowia, nieco przyblakła. Mniej osób wybiera prywatne usługi z racji bardziej sumiennego i zaangażowanego stosunku lekarzy i osób wykonujących badania diagnostyczne do pacjentów, mniej respondentów uważa też za dogodniejsze godziny przyjęć i bardziej efektywny z punktu widzenia potrzeb pacjenta charakter prywatnych wizyt, podczas których można załatwić więcej niż oferuje limitowany różnego rodzaju ograniczeniami i reglamentacjami systemowymi lekarz NFZ (spadki wskazań po 6 punktów procentowych). Jeszcze rzadziej niż dwa lata temu atutem prywatnej służby zdrowia jest również lepsze wyposażenie placówek i gabinetów w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną (spadek liczby wskazań o 4 punkty). Natomiast tym, co bardziej niż jeszcze w 2014 roku przemawia za korzystaniem z prywatnej służby zdrowia, jest dostępność dobrych, lepiej wykwalifikowanych lekarzy i diagnostów (wzrost z 19% wskazań do 25%). Nieco wzrosła również liczba badanych, dla których głównym i – zważywszy malejące znaczenie innych argumentów – tak naprawdę zasadniczym powodem korzystania z prywatnych usług jest ich dostępność w sytuacji, gdy czas oczekiwania na wizytę czy badanie w ramach NFZ staje się absurdalnie długi, co czasem nie pozostawia chorym większego wyboru.

Tabela 5

Dlaczego wybrał(a) Pan(i) usługę/usługi finansowane i świadczone poza system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego? Czy ze względu na:	Wskazania według terminów badań	
	VI 2014	VI 2016
	w procentach	
szybsze terminy – krótszy czas oczekiwania na umawianą wizytę	68	70
lepszych specjalistów, kompetencję lekarzy/osób wykonujących badania	19	25
możliwość załatwienia wszystkiego „od ręki”, przy jednej wizycie	23	17
większe zaangażowanie lekarzy/osób wykonujących badania – na odpłatnych wizytach specjaliści bardziej się starają	22	16
sprawniejszą obsługę na miejscu, mniejsze opóźnienia i krótsze kolejki	17	16
dogodniejsze godziny przyjęć, np. po pracy, szkole	20	14
bardziej życzliwy stosunek personelu – pomocność, miłą atmosferę	12	11
ponieważ NFZ nie refunduje usług, z których korzystał(a)m	13	11
dogodniejszą lokalizację – blisko miejsca zamieszkania, pracy itp.	4	8
nowocześniejszą aparaturę medyczną	11	8
większy komfort leczenia – czystość, schludność gabinetów, intymność wizyty itp.	11	7
mam to zagwarantowane w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego – abonamentu, polisy	1	4
ponieważ nie jestem objęty(a) powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ	-	< 0,5
Trudno powiedzieć	1	3

Gdy pytamy badanych o opinie na temat funkcjonowania publicznej służby zdrowia², najwięcej jest krytycznych ocen dotyczących dostępności porad specjalistów i badań diagnostycznych. Aż 88% badanych nie zgadza się z opinią, że *jeśli pacjent tego potrzebuje, łatwo może dostać się na wizytę do specjalisty*. Podobnie, zdecydowana większość kwestionuje stwierdzenie, że *potrzebne badania diagnostyczne można wykonać szybko i bez większych trudności (70%)*. Jest zatem zrozumiałe, że w tej sytuacji głównym atutem prywatnych usług w porównaniu ze świadczonymi w ramach powszechnego ubezpieczenia, jest większa dostępność, krótsze terminy oczekiwania na wizytę lekarską lub badanie.

Jak wygląda czas oczekiwania na wizytę u specjalisty lub specjalistyczne badanie diagnostyczne w publicznej służbie zdrowia? Prosiłiśmy osoby, które zadeklarowały, że w ciągu ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających sondaż przynajmniej raz były u specjalisty lub też wykonywały jakieś badania diagnostyczne typu USG, tomografia, gastroscopia itp., o podanie czasu oczekiwania na ostatnią z tych wizyt czy badań. Ze względu na fakt, że umówienie się na wizytę czy badanie nie zawsze jest możliwe od razu – bywa, że pacjenci muszą czekać na otwarcie nowej listy kolejkowej, bo placówki wyczerpały

² Zob. komunikat CBOS „Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej”, sierpień 2016 (oprac. M. Omyła-Rudzka) – w przygotowaniu.

już limit świadczeń na dany okres – prosiliśmy badanych o podawanie czasu, jaki upłynął od momentu, kiedy podjęli próbę zapisania się do specjalisty czy na badania, do momentu przyjęcia ich przez lekarza czy na badania.

Według deklaracji ankietowanych, tak liczony czas oczekiwania na wizytę u specjalisty – a więc od momentu, kiedy konsultacja taka była potrzebna, do czasu uzyskania porady – w minionym półroczu wynosił średnio ponad 3 i pół miesiąca. Nieliczni z pacjentów niemal od razu dostali się do lekarza (4% spośród korzystających), rekordziści (0,2%) – czekali na wizytę dwa i pół roku.

Tabela 6

Odsetki badanych deklarujących przybliżony czas oczekiwania na ostatnią wizytę u specjalisty w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego odbytą w ciągu ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających badanie, liczony od momentu podjęcia próby zapisania się na wizytę. N=388	
Brak oczekiwania	4
Do miesiąca	18
Od 1 do 2 miesięcy	13
Od 2 do 3 miesięcy	15
Od 3 do 4 miesięcy	16
Od 4 miesięcy do pół roku	8
Od pół roku do roku	20
Rok i dłużej	6,1
Średnia (w miesiącach)	3,57
Odchylenie standardowe	4,04

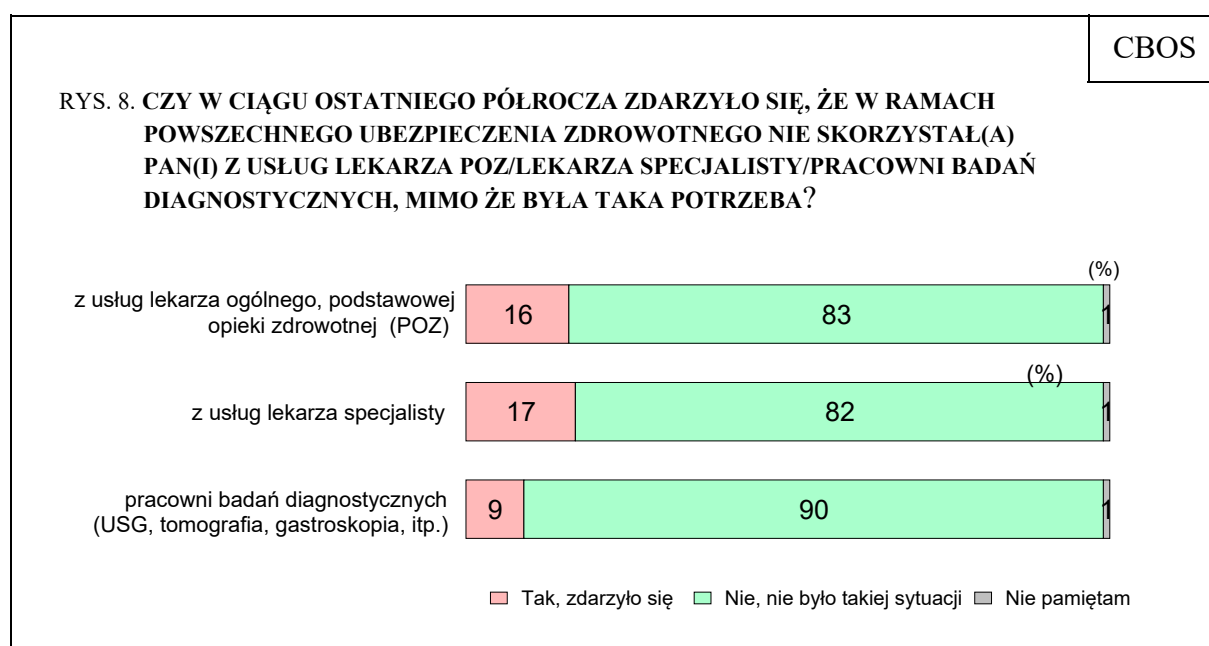
Mniejszym problemem w porównaniu z dostaniem się do specjalisty, przynajmniej jeśli chodzi o czas oczekiwania, jest wykonanie potrzebnych badań diagnostycznych, często wymagających specjalnego sprzętu czy aparatury. Średni czas oczekiwania na tego typu badania wynosił nieco powyżej półtora miesiąca. Spora część ankietowanych zrobiła potrzebne im badanie w tym samym dniu, w którym zgłosili się do stosownej pracowni (16%), a dalsze 43% zostało przebadanych w ciągu kilku, kilkunastu dni – do miesiąca.

Tabela 9

Odsetki badanych deklarujących przybliżony czas oczekiwania na ostatnie wykonywane w ostatnim półroczu poprzedzającym sondaż badanie realizowane w pracowni diagnostycznej, liczone od momentu podjęcia próby zapisania się na nie. N=255	
Brak oczekiwania	16
Do miesiąca	43
Od 1 do 2 miesięcy	11
Od 2 do 3 miesięcy	9
Od 3 miesięcy do pół roku	13
Od pół roku do roku	6
Rok i dłużej	2
Średnia (w miesiącach)	1,55
Odchylenie standardowe	2,52

W sondażu próbowaliśmy ocenić dostępność publicznej służby zdrowia dla potrzebujących porady czy pomocy medycznej. Upewnialiśmy się między innymi, czy osoby, które w analizowanym okresie nie korzystały z usług lekarza POZ, specjalistów czy badań diagnostycznych wymagających specjalnej wiedzy i sprzętu diagnostycznego, nie korzystały z ich usług dlatego, że nie miały takiej potrzeby, czy też nie udało im się dostać na taką wizytę.

Co szóstemu z badanych przynajmniej raz (w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż) zdarzyło się nie uzyskać porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, mimo że tego potrzebował (16%). Minimalnie większy odsetek respondentów nie był u lekarza specjalisty, choć, jak twierdzą, była taka potrzeba (17%). Najmniej ankietowanych zrezygnowało z badań diagnostycznych z powodu trudności z ich uzyskaniem (9%).



Własne doświadczenia respondentów potwierdzają obiegową opinię, także testowaną w badaniu³, że w Polsce dostęp do lekarza POZ nie stanowi większego problemu. Tylko 4% ogółu badanych to osoby, które w ciągu pierwszego półrocza nie były u lekarza POZ, choć przynajmniej raz były w sytuacji, kiedy potrzebowały jego pomocy czy porady. Jak świadczą ich odpowiedzi – głównym powodem były trudności z dostaniem się do lekarza – długie kolejki, brak numerków (38%) oraz w niewielu przypadkach trudności z dotarciem (3%), ale też sporo niedoszłych pacjentów stwierdziło, że po prostu zabrakło im czasu, by udać się do poradni czy umówić na wizytę (27%).

Poważniej przedstawia się sprawa dostępu do lekarzy specjalistów przyjmujących w ramach świadczeń kontraktowanych przez NFZ. W sytuacji takiej potrzeby, porady nie uzyskało 9% ogółu badanych, co oznacza, że nie otrzymał jej prawie co piąty ankietowany, który jej potrzebował (18%). Według deklaracji respondentów powodem, dla którego nie skorzystali oni z usług specjalisty, był przede wszystkim brak zapisów i długi czas oczekiwania na wizytę (57% odpowiedzi). Niewielkie znaczenie w tym względzie miały czynniki takie jak konieczność uzyskania skierowania od lekarza POZ (5%) czy trudności z dotarciem do specjalisty (5%).

Sześciu na stu badanych (6% ogółu) w ciągu ostatniego półrocza ani razu nie korzystało z usług pracowni badań diagnostycznych, mimo że mieli taką potrzebę czy zalecenie, co oznacza, że usługi tej nie udało zrealizować w tym czasie prawie jednej piątej potrzebujących (18%). I w tym wypadku głównym powodem takiego stanu rzeczy były kolejki i brak zapisów na badania (53%), konieczność uzyskania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu (11%) i w niewielkim już tylko stopniu – trudności z dotarciem do pracowni czy gabinetu realizującego takie świadczenie (5%).

Tabela 8

Korzystanie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z usług:	Badani, którzy w ciągu pierwszego półrocza 2016:		
	Korzystali	Nie korzystali, mimo że przynajmniej raz potrzebowali porady/usługi	Nie korzystali, ponieważ nie mieli takiej potrzeby
	w procentach		
Lekarza POZ	70	4	26
Lekarza specjalisty	41	9	50
Pracowni badań diagnostycznych (USG, tomografia, gastroscopia itp.)	28	6	66

³ Zob. przypis 2.



W porównaniu z rokiem 2014, obecnie Polacy nieco rzadziej korzystają ze świadczeń medycznych. Nie zmieniła się liczba korzystających z porad lekarzy ogólnych oraz lekarzy specjalistów, spadła nieco natomiast liczba leczących się stomatologicznie.

Nie zmienił się także, funkcjonujący od wielu lat, model korzystania z usług medycznych. Polacy w zdecydowanej większości korzystają z publicznej służby zdrowia, ale też w dużej mierze uzupełniają jej usługi o świadczenia kupowane „prywatnie” – w całości finansowane z własnej kieszeni lub opłacane z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W ciągu pierwszych sześciu miesięcy tego roku, prywatnie leczył się prawie co drugi ankietowany. Jediną dziedziną, w której Polacy w większości bazują na prywatnych usługach jest stomatologia (wraz z usługami protetycznymi). Tylko w tym przypadku odsetek korzystających z prywatnych usług przewyższa odsetek tych, którzy leczą się w ramach świadczeń kontraktowanych przez NFZ. Drugą, po stomatologii, najczęściej finansowaną przez Polaków z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia dziedziną są porady lekarzy specjalistów, jednak w tym zakresie popularniejsze są usługi zakontraktowane przez NFZ. Natomiast konsultacje u lekarzy ogólnych, a także analizy laboratoryjne i badania diagnostyczne to zdecydowanie domena publicznej służby zdrowia. Tylko stosunkowo nieliczni badani decydują się na ich dodatkowe finansowanie z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia.

Podstawową motywacją wyboru ścieżki leczenia prywatnego jest krótszy czas oczekiwania na wizytę czy badanie – ten motyw w ciągu ostatnich dwóch lat nabrał jeszcze większego znaczenia. I trudno się dziwić, skoro, według deklaracji badanych, średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w publicznej służbie zdrowia wynosił w minionym półroczu ponad 3 i pół miesiąca, przy czym 6% badanych czekało na wizytę ponad rok, a rekordziści nawet dwa i pół roku. Dla decyzji leczenia się „prywatnie” – w ramach niepublicznej opieki zdrowotnej – większe znacznie niż w 2014 roku ma dostępność dobrych, lepiej wykwalifikowanych lekarzy i diagnostów.

O ile otrzymanie porady od lekarza POZ w ramach NFZ nie stanowi większego problemu, to wizyta u lekarza specjalisty jest usługą wyraźnie mniej dostępną. Prawie co piąty ankietowany, który potrzebował konsultacji specjalisty, nie dostał się do niego w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej. Według deklaracji ponad połowy badanych powodem, dla którego nie skorzystali oni z usług specjalisty, mimo że mieli taką potrzebę, był zbyt długi czas oczekiwania na wizytę lub brak zapisów.

Opracowała

Agnieszka CYBULSKA