

Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych

Znak jakości przyznany CBOS przez
Organizację Firm Badania Opinii i Rynku 11 stycznia 2018 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

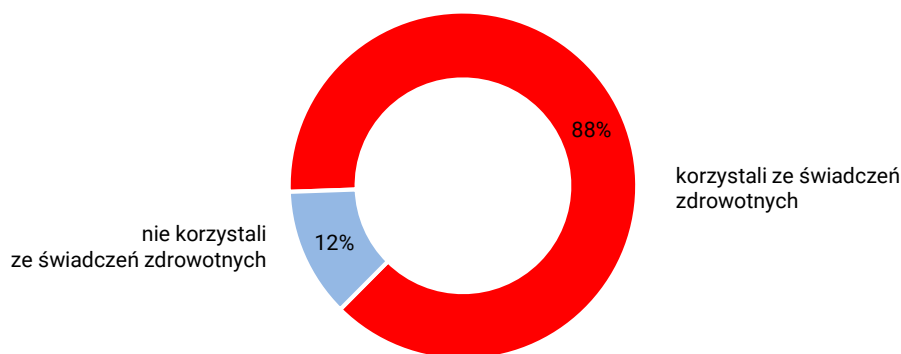
SPIS TREŚCI

Gdzie i jak leczą się Polacy?	3
Leczenie prywatne – motywy korzystania z niepublicznej służby zdrowia	10
Aneks	14

Polacy niemal powszechnie deklarują korzystanie ze świadczeń i usług zdrowotnych. W ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż¹ 88% respondentów z powodu choroby, złego stanu zdrowia swojego lub dziecka przynajmniej raz zasięgało porady lekarskiej, korzystało z usług stomatologa czy protetyka lub też zgłaszało się do laboratoriów albo pracowni diagnostycznych, by wykonać jakies analizy lub badania.

CBOS

RYS. 1. Badani, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż:



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) dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia (abonamentu, polisy zdrowotnej).

Najwięcej dorosłych Polaków zasięgało porady lekarza ogólnego (75%). Ponad połowa przynajmniej raz odwiedziła w tym czasie lekarza specjalistę (55%), tyle samo przynajmniej raz miało wykonywane analizy laboratoryjne (55%), a nieco ponad jedna trzecia – inne badania diagnostyczne, np. USG, tomografię, mammografię, gastroscopię (36%). W sumie z usług laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej korzystało trzy piąte badanych (60%). Więcej niż co drugi odwiedzał dentystę lub protetyka (53%).

¹ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (337) przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (face-to-face) wspomaganym komputerowo (CAPI) w dniach 7–14 czerwca 2018 roku na liczącej 989 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

TABELA 1

Badani, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż korzystali z usług:		
– lekarza ogólnego	75%	
– laboratorium analitycznego	55%	60%
– pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.)	36%	
– lekarza specjalisty	55%	
– dentyści (stomatologa) lub pracowni protetycznej	53%	

Obecnie powszechność korzystania ze świadczeń zdrowotnych (w określonym tu zakresie) okazuje się trochę większa niż przed dwoma laty. W pierwszym półroczu 2016 roku odsetek badanych, którzy korzystali z jakiejś formy pomocy medycznej, wynosił 84%, obecnie zaś jest w zasadzie taki sam jak w 2014 roku (87%), co pozwala sądzić, że – przynajmniej jeśli chodzi o liczbę leczących się – pierwsze półrocze br. nie należało do wyjątkowych.

W porównaniu z analogicznym okresem 2016 roku nie przybyło znacząco badanych, którzy z powodu choroby lub stanu zdrowia swojego lub dziecka przynajmniej raz odwiedzili lekarza ogólnego. Deklaracje takie utrzymują się od 2014 roku na zbliżonym poziomie i oscylują w granicach 73% – 75%. Podobnie, od czterech lat praktycznie nie zmienia się odsetek osób zasięgających porady lekarzy specjalistów – w pierwszym półroczu 2014 i 2016 roku do lekarza specjalisty przynajmniej raz zgłaszało się po 54% ankietowanych, w tym roku nieznacznie więcej: 55%.

W ostatnich latach sukcesywnie przybywa natomiast osób, które co najmniej raz korzystały z jakichś badań diagnostycznych. W stosunku do poprzedniego pomiaru odsetek takich wskazań zwiększył się o 4 punkty (z 56% do 60%). Z deklaracji ankietowanych wynika jednak, że mówimy tu przede wszystkim o upowszechnieniu się badań i analiz laboratoryjnych (wzrost korzystających z 49% do 55%). Niewielki natomiast wzrost (o 2 punkty procentowe w stosunku do pierwszego półrocza 2016) odnotowaliśmy w przypadku innych, zwykle bardziej kosztownych i mniej dostępnych, badań diagnostycznych realizowanych w wyspecjalizowanych pracowniach i gabinetach, jak np. USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny czy badania endoskopowe, których deficyt Polacy wyraźnie odczuwali także w ubiegłych latach².

Relatywnie największy wzrost, jeśli chodzi o społeczny zasięg korzystania z określonych usług i świadczeń medycznych, rejestrujemy w sferze usług stomatologicznych i protetycznych. Odsetek badanych, którzy w pierwszym półroczu br. przynajmniej raz odwiedzili lekarzy tych specjalności, zwiększył się w stosunku do analogicznego okresu 2016 roku o 7 punktów (z 46% do 53%).

TABELA 2

Badani, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż korzystali z usług:	Wskazania według terminów badań			
	II 2012	VI 2014	VI 2016	VI 2018
	w procentach			
– lekarza ogólnego	71	74	73	75
– lekarza specjalisty	48	54	54	55
– laboratorium analitycznego lub pracowni diagnostycznej	45	51	56	60
– dentyści (stomatologa) lub pracowni protetycznej	47	50	46	53

² Por. komunikat CBOS „Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej”, lipiec 2018 (oprac. M. Omyła-Rudzka).

W tym roku, podobnie jak w latach ubiegłych, ze świadczeń zdrowotnych wyraźnie częściej korzystały kobiety (93%) niż mężczyźni (83%). Jeśli chodzi o wiek pacjentów, to w tym roku zróżnicowanie okazuje się dość słabe: nieco częściej niż inni leczyli się najstarsi, mający 65 lat i więcej (91%), ale też osoby od 35 do 44 roku życia (92%).

Trochę częściej niż inni z pomocy medycznej korzystali respondenci mieszkający w największych aglomeracjach (96%), relatywnie najrzadziej zaś mieszkańcy wsi (83%). Korzystanie ze świadczeń medycznych jest tym częstsze, im wyższy poziom wykształcenia – najrzadziej w minionym półroczu leczyły się lub badały osoby z wykształceniem podstawowym (82%), a najczęściej – z wyższym (94%). Związane z tym są zróżnicowania wiążące się ze statusem materialnym zarówno w wymiarze obiektywnym, mierzonym poziomem dochodów przypadających na osobę w gospodarstwie domowym (nieco mniej wyraźnie), jak i subiektywnie odczuwanym. Osoby określające swoje warunki materialne jako złe leczą się nieco rzadziej (80%) niż te, które uznają je za dobre (91%). Zróżnicowania te okazują się jednak słabsze niż dwa lata temu.

Spośród grup społeczno-zawodowych w placówkach medycznych czy gabinetach lekarskich stosunkowo najczęściej bywali uczniowie i studenci (98%), technicy i pracownicy średniego szczebla (97%), kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem oraz renciści (po 95%). Relatywnie najrzadziej z jakiejś formy pomocy medycznej co najmniej raz skorzystali bezrobotni (73%) oraz robotnicy niewykwalifikowani (77%).

GDZIE I JAK LECZĄ SIĘ POLACY?

Zdecydowana większość Polaków to pacjenci publicznej służby zdrowia. **W minionym półroczu z jakiejś formy świadczeń dostępnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, które uwzględniliśmy w badaniu, przynajmniej raz skorzystało cztery piąte ogółu ankietowanych (80%).**

TABELA 3

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:	Tak	Nie
	w procentach	
– lekarza ogólnego (POZ)	71	29
– lekarza specjalisty	40	60
– laboratorium analitycznego	46	54
– pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.)	29	71
– dentyści (stomatologa) lub pracowni protetycznej	19	81

Najpowszechniej korzystano z usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub / i pediatry (71%). Dwie piąte ogółu ankietowanych co najmniej raz w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ trafiło do lekarza specjalisty (40%). U ponad dwóch piątych wykonywano jakieś analizy laboratoryjne (46%), a niespełna jedna trzecia miała wykonywane inne badanie diagnostyczne, np. RTG, USG,

tomografię, gastroscopię (29%). Najmniej osób – tylko 19% ogółu badanych – w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego korzystało z usług dentysty lub protetyka.

Niezależnie od korzystania z publicznej służby zdrowia, duża grupa ankietowanych (57% ogółu badanych) w pierwszym półroczu 2018 roku leczyła się prywatnie – poza systemem finansowanym czy współfinansowanym przez NFZ.

TABELA 4

Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy korzystał(a) Pan(i) z usług [...] świadczonych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a więc finansowanych przez Pana(ią) samodzielnie lub dostępnych w ramach posiadanego przez Pana(ią) dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego?	Tak	Nie
	w procentach	
– lekarza ogólnego	12	88
– lekarza specjalisty	29	71
– laboratorium analitycznego	23	77
– pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.)	13	87
– dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej	43	57

Z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego Polacy najczęściej opłacali usługi stomatologiczne (43% ogółu badanych). Relatywnie dużo osób całkowicie prywatnie lub w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w pierwszym półroczu 2018 roku pokrywało koszt wizyty u specjalisty (29%). Prawie co czwarty dodatkowo płacił za badania laboratoryjne (23%). Najbardziej poza systemem świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia kupowano badania diagnostyczne, wykonywane w wyspecjalizowanych poradniach czy gabinetach (13%).

W tym roku odsetek leczących się prywatnie, poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – opłacających świadczenia medyczne samodzielnie lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, okazał się najwyższy z dotychczas rejestrowanych. **W porównaniu z analogicznym okresem 2016 roku liczba korzystających z dodatkowo płatnych świadczeń wzrosła aż o 10 punktów (z 47% do 57%).**

TABELA 5

Korzystający ze świadczeń i usług zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (finansowanych samodzielnie lub w ramach dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia):	Deklaracje według terminów badań	
	VI 2016	VI 2018
	w procentach	
– lekarza ogólnego	8	12
– lekarza specjalisty	26	29
– laboratorium analitycznego	15	23
– pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.)	10	13
– dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej	32	43
Korzystający w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających badanie przynajmniej raz z któregośkolwiek z wymienionych wyżej świadczeń medycznych we własnym zakresie lub w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego	47	57

Wzrost liczby korzystających z dodatkowo płatnych świadczeń rejestrujemy we wszystkich wyróżnionych w badaniu kategoriach usług medycznych. Przede wszystkim dużo więcej osób niż dwa lata temu zdecydowało się w tym roku sfinansować z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego usługi stomatologa lub protetyka (wzrost odsetka korzystających

o 11 punktów). Wyraźnie częściej niż dwa lata temu płacono też dodatkowo za analizy laboratoryjne (wzrost o 8 punktów). Nieznacznie przybyło również badanych, którzy w pierwszym półroczu tego roku co najmniej raz z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zapłacili za wizytę u lekarza ogólnego (o 4 punkty procentowe), lekarza specjalisty czy też pokryli koszt badania diagnostycznego realizowanego w specjalistycznych placówkach lub gabinetach (po 3 punkty).

Jednocześnie, przy odnotowanym wzroście liczby leczących się prywatnie, nie obserwujemy większych zmian w liczbie korzystających z publicznej służby zdrowia. Ogólny wskaźnik liczby leczących się w tym systemie jest w tym roku minimalnie wyższy niż przed dwoma laty (wzrost z 77% w czerwcu 2016 do 80% w czerwcu 2018).

TABELA 6

Korzystający ze świadczeń i usług zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego:	Deklaracje według terminów badań	
	VI 2016	VI 2018
	w procentach	
– lekarza ogólnego	70	71
– lekarza specjalisty	41	40
– laboratorium analitycznego	43	46
– pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.)	28	29
– dentyści (stomatologa) lub pracowni protetycznej	22	19
Korzystający w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających badanie przynajmniej raz z któregośkolwiek z wymienionych wyżej świadczeń medycznych	77	80

Niewiele też się zmieniło, jeśli chodzi o powszechność korzystania z poszczególnych usług czy świadczeń. W stosunku do 2016 roku w ramach publicznej służby zdrowia minimalnie upowszechniło się korzystanie z usług laboratoriów analitycznych (wzrost wskazań o 3 punkty procentowe). Nieco ubyło natomiast pacjentów, którym zdarzyło się w ramach świadczeń finansowanych i współfinansowanych przez NFZ odwiedzać stomatologa lub protetyka (spadek o 3 punkty).

Badania laboratoryjne oraz usługi stomatologiczne i protetyczne to te same grupy świadczeń, w których obserwujemy stosunkowo największy postęp, jeśli chodzi o powszechność leczenia i zaspokajanie potrzeb zdrowotnych Polaków. Z tym że poprawę w tym względzie, jak widać, Polacy zdają się zawdzięczać nie tyle większej wydolności systemu publicznej służby zdrowia, ile większej zasobności własnych portfeli, co z kolei mogą potwierdzać m.in. lepsze niż w ubiegłych latach oceny własnej sytuacji materialnej³.

Mimo większego udziału w lecznictwie ambulatoryjnym sektora prywatnych usług medycznych (finansowanych we własnym zakresie lub dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia) niezmiennie głównym ich dostawcą pozostaje system lecznictwa publicznego, gwarantowanego przez państwo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

³ Por. komunikat CBOS „Nastroje społeczne w czerwcu”, czerwiec 2018 (oprac. R. Boguszewski).

Jedyną spośród omawianych usług medycznych, w której dominują świadczenia opłacane przez pacjentów we własnym zakresie lub oferowane w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, jest opieka stomatologiczna. W tym roku na tej zasadzie, poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, z usług stomatologa lub protetyka korzystało aż 82% tych, którzy w ostatnim półroczu leczyli się stomatologicznie (43% ogółu badanych). Dużo mniej osób korzystało z takich świadczeń w ramach NFZ (36% leczących się stomatologicznie).

W przypadku wszystkich pozostałych uwzględnionych w badaniu usług dominują świadczenia, które zapewnia państwo. W szczególności dotyczy to korzystania z porad lekarzy rodzinnych, ogólnych oraz pediatrów przyjmujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W pierwszym półroczu br. z ich usług korzystało aż 94% potrzebujących, a tylko stosunkowo nieliczni zasięgaliby porady lekarza ogólnego poza systemem świadczeń oferowanych przez państwo (16%). Także w przypadku badań laboratoryjnych i diagnostycznych publiczna służba zdrowia jest głównym dostawcą tego typu usług, jednak przy sporym już udziale świadczeń oferowanych poza tym systemem (odpowiednio: 84% i 78% korzystających z tych świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wobec 42% i 36% pokrywających ich koszty z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego).

Jeśli chodzi o wizyty u lekarzy specjalistów, które obok leczenia stomatologicznego należą do świadczeń najczęściej kupowanych poza systemem finansowanym przez NFZ, proporcje te układają się trochę inaczej. Wprawdzie i w tym przypadku większość potrzebujących przynajmniej raz korzystała z pomocy lekarza specjalisty w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (73%), jednak więcej niż połowa (54%) zapewniała sobie poradę specjalisty za swoje prywatne pieniądze lub też finansowała ją z dodatkowego ubezpieczenia.

TABELA 7

Badani, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż skorzystali z usług:	Badani, którzy korzystali z danego świadczenia	
	w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	poza systemem świadczeń finansowanych przez NFZ
	odsetki wśród korzystających z danej usługi*	
– lekarza ogólnego N=745	94	16
– lekarza specjalisty N=540	73	54
– laboratorium analitycznego N=542	84	42
– pracowni diagnostycznej (USG, tomografia, gastroscopia itp.) N=356	78	36
– dentyści (stomatologa) lub pracowni protetycznej N=521	36	82

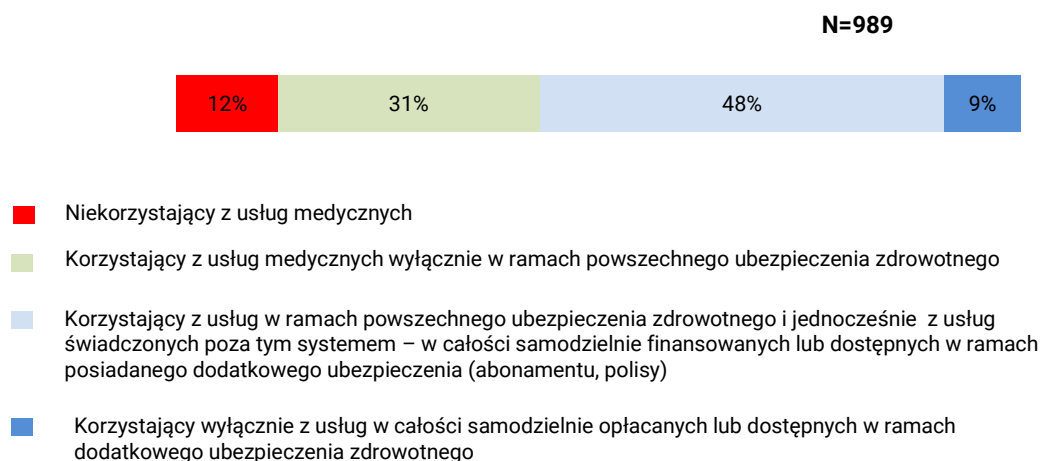
*Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli w tym czasie korzystać ze świadczeń zarówno w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i w całości opłacanych z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego

W tym roku, podobnie jak w ubiegłych latach, najwięcej osób leczyło się w sposób „mieszany”, czyli korzystało zarówno ze świadczeń dostępnych w ramach NFZ, jak i leczyło się prywatnie – pokrywając koszty leczenia z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (48% ogółu badanych). Wyraźnie mniej liczną grupę stanowiły osoby, które korzystały wyłącznie z usług

publicznej służby zdrowia (31%). Zaledwie 9% badanych leczyło się wyłącznie prywatnie – płacąc za potrzebne im porady i usługi medyczne z własnej kieszeni lub z dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

CBOS

RYS. 2. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych* w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż



* 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

Ten „mieszany” model korzystania z usług medycznych, w którym świadczenia dostępne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są uzupełniane usługami dodatkowo kupowanymi przez pacjentów, dominuje w wypowiedziach badanych mniej więcej od 2009 roku. W czerwcu 2018 roku prawie połowa respondentów zadeklarowała, że leczy się w ten sposób, co stanowi najwyższy odsetek, odkąd prowadzimy badania. W porównaniu z rokiem 2016 to wzrost o 8 punktów procentowych. Jednocześnie najwyższy w ciągu ostatnich szesnastu lat jest także odsetek respondentów korzystających wyłącznie z niepublicznych usług medycznych, czyli opłacających wizyty i badania z własnej kieszeni lub dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, choć wzrost w stosunku do poprzedniego sondażu jest niewielki (z 7% w roku 2016 do 9% obecnie). Tylko mniej niż jedna trzecia leczy się wyłącznie w publicznej służbie zdrowia, co jest najniższym poziomem wskazań w analizowanym okresie (31%, od roku 2016 spadek o 6 punktów).

TABELA 8

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	VI '18
	w procentach									
Niekorzystający z usług medycznych	20	15	19	17	14	16	18	13	16	12
Korzystający z usług medycznych wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	46	47	48	47	36	39	36	39	37	31
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	48
Korzystający wyłącznie z usług w całości samodzielnie opłacanych lub dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego	7	6	5	7	7	8	6	7	7	9

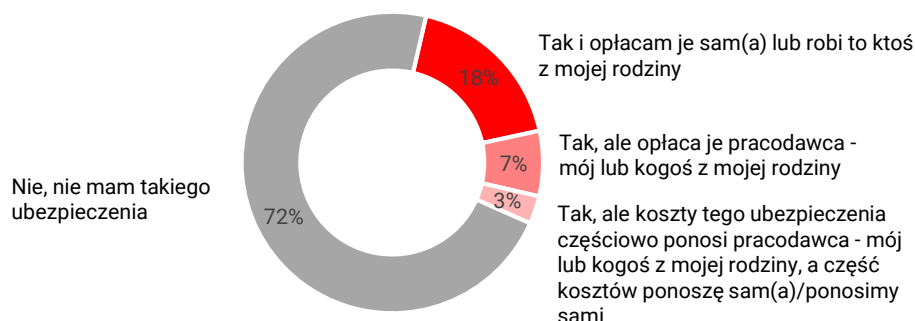
* Dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej, lekarza ogólnego, lekarza specjalisty bądź laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej, z powodu choroby albo stanu zdrowia swojego lub dziecka

Wyłącznie z publicznej służby zdrowia korzysta ponad połowa osób powyżej 65 roku życia (52%); takie leczenie się jest tym rzadziej wskazywane, im młodszy są badani. Jedynie najmłodszy (18–24 lata) korzystają z niego relatywnie częściej (29%) niż osoby o pokolenie starsze i, jak należy przypuszczać, zdecydowanie bardziej samodzielnie pod względem finansowym. Wyłącznie z usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stosunkowo częściej korzystają też badani negatywnie oceniający własne warunki materialne (50%) oraz najmniej zarabiający – poniżej 900 zł *per capita* (42%), a także respondenci z wykształceniem podstawowym (45%) i zasadniczym zawodowym (42%), a spośród grup społecznych emeryci (49%) i renciści (46%).

Tylko prywatnie leczą się natomiast relatywnie najczęściej mieszkańcy największych miast (23%), a spośród grup społeczno-zawodowych kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem (16%) oraz bezrobotni (20%) i robotnicy niewykwalifikowani (15%). Notabene te dwie ostatnie grupy zarazem w ogóle najrzadziej odwiedzają gabinety i placówki medyczne – mniej więcej jedna czwarta osób należących do nich nie leczyła się w analizowanym okresie (odpowiednio: 27% i 23% w ogóle nie korzystało z usług medycznych).

Więcej niż co czwarty dorosły Polak ma wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – abonament lub polisę (28%), w tym 18% opłaca je samodzielnie, z domowego budżetu, a co dziesiątemu (10%) w całości lub częściowo finansuje je pracodawca.

RYS. 3. Czy ma Pan(i) wykupione dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (abonament, polisę zdrowotną)?



Od roku 2014 sukcesywnie przybywa osób objętych dodatkowym, dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. W ciągu ostatnich dwóch lat ich odsetek zwiększył się o 5 punktów procentowych (z 23% do 28%), przy czym w większym stopniu wzrósł udział pracodawców w ich finansowaniu.

TABELA 9

Czy ma Pan(i) wykupione dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (abonament, polisę zdrowotną)?	Deklaracje ankietowanych według terminów badań			
	II 2012	VI 2014	VI 2016	VI 2018
	w procentach			
Tak i opłacam je sam(a) lub robi to ktoś z mojej rodziny	13	13	16	18
Tak, ale opłaca je (w całości lub częściowo) pracodawca - mój lub kogoś z mojej rodziny	6	6	7	10
Nie, nie mam takiego ubezpieczenia	81	81	77	72

Posiadaczami dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego stosunkowo najczęściej są osoby w wieku 25–44 lata, badani legitymujący się dyplomem wyższej uczelni (46%), osoby dobrze oceniające własną sytuację materialną, w tym przede wszystkim deklarujące dochody *per capita* 2500 zł i więcej (43%). Spośród grup społeczno-zawodowych najczęściej są to kadra kierownicza i wysoko wykwalifikowani specjaliści (55%), średni personel i technicy (49%) oraz osoby pracujące na własny rachunek (46%). Z kolei najrzadziej dodatkowe świadczenia zdrowotne mają wykupione najstarsi badani – mający 65 lat i więcej (8%), respondenci z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (13%), źle oceniający własną sytuację materialną (13%) – por. tabele aneksowe.

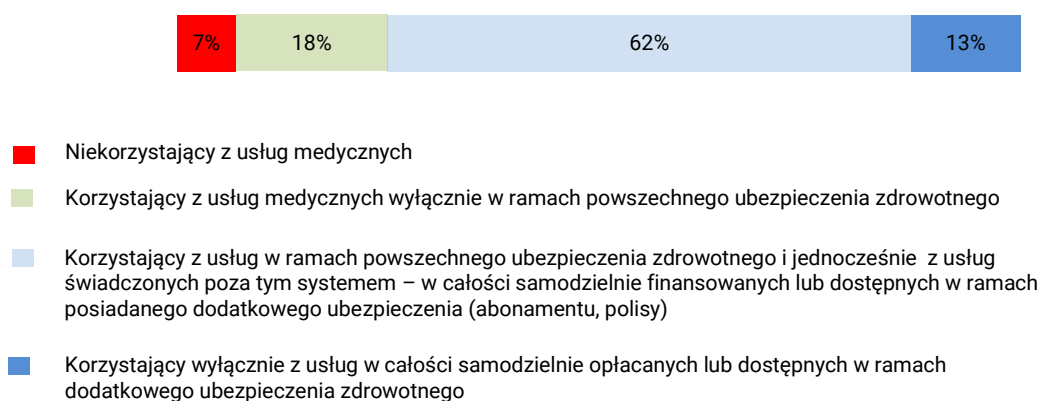
Co zrozumiałe, osoby mające wykupione dodatkowe ubezpieczenie częściej niż inne korzystały z usług medycznych świadczonych niezależnie od kontraktowanych i finansowanych przez NFZ. Posiadanie polisy zdrowotnej czy abonamentu nie oznacza jednak rezygnacji z usług publicznej służby zdrowia, stanowi raczej ich uzupełnienie. W minionym półroczu aż 80% posiadaczy abonamentu czy polisy zdrowotnej co najmniej raz korzystało z usług publicznej służby zdrowia (wśród ogółu badanych odsetek ten jest taki sam – 80%), a tylko prawie co ósmy w ogóle z nich nie korzystał (13%). Większość dysponujących polisą czy abonamentem to osoby korzystające ze świadczeń zarówno w ramach

powszechnego ubezpieczenia, jak i dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia bądź w formie niezależnie finansowanej usługi prywatnej (62%). W stosunku do 2016 roku wśród posiadaczy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego tendencja do łączenia czy uzupełniania usług dostępnych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń z oferowanymi na zasadzie abonamentu czy kupowanych całkowicie prywatnie jeszcze się nasiliła. Dwa lata temu taki „mieszany” sposób leczenia się praktykował co drugi posiadacz polisy zdrowotnej czy abonamentu (50%).

CBOS

RYS. 4. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych* w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż przez osoby mające wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne

N=274



* 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

LECZENIE PRYWATNE – 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 (74%) uzasadniają swój wybór krótszym czasem oczekiwania na wizytę czy badanie. Wobec tego argumentu wszystkie inne wymienione na naszej liście ewentualne atuty i przewagi prywatnej służby zdrowia nad publiczną zdają się mieć dla pacjentów raczej drugorzędne znaczenie. Tylko nieco ponad jedna piąta ankietowanych z tej grupy wybrała prywatną usługę ze względu na wyższe kwalifikacje i lepsze kompetencje lekarzy lub osób wykonujących badania (22%) i prawie tyle samo zdecydowało się na to w przeświadczeniu, że w przypadku odpłatnych wizyt lekarze specjaliści dochowują większej staranności i można liczyć na ich większe osobiste zaangażowanie (21%).

RYS. 5. Dlaczego wybrał(a) Pan(i) usługę/usługi finansowane i świadczone poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego? Czy ze względu na:



Procenty nie sumują się do 100, ponieważ badani mogli wskazać nie więcej niż trzy powody

Nieco mniej wskazań uzyskały takie argumenty, jak dogodniejsze niż w publicznej służbie zdrowia godziny przyjęć (19%) i możliwość załatwienia wszystkiego „od ręki”, podczas jednej wizyty (18%). Co siódmy respondent wybrał prywatne usługi ze względu na sprawniejszą obsługę na miejscu, mniejsze opóźnienia i kolejki (14%). Prawie tyle samo (13%) zdecydowało się na prywatną wizytę, ponieważ usługi, których potrzebowali, nie są refundowane przez NFZ. Dla co ósmego badanego liczył się większy komfort leczenia oferowany w niepublicznych placówkach – czystość i schludność gabinetów, zapewniona intymność wizyty, a także miła atmosfera i lepszy, bardziej życzliwy i pomocny stosunek personelu do pacjentów (po 12% wskazań). Jeszcze rzadziej kierowano się wyższym standardem wyposażenia medycznego – jakością sprzętu i aparatury używanej w niepublicznych placówkach (11%). Tylko dla co piętnastego istotnym motywem decyzji była dobra

lokalizacja niepublicznej placówki czy gabinetu (7%). Całkiem już nieliczni jako powód swej decyzji podali fakt, iż usługi, których potrzebowali, mieli opłacone w ramach posiadanego abonamentu czy polisy (3%). Zaledwie jeden na stu badanych z tej grupy skorzystał z prywatnej usługi medycznej wyłącznie dlatego, że jako nieubezpieczony w NFZ lub KRUS nie miał innego wyboru (1%). Jeśli porównać listę argumentów, które dziś skłaniają rosnącą rzeszę pacjentów do wybierania prywatnych usług, trudno oprzeć się wrażeniu, iż przemawia za tym nie tyle ich rosnąca jakość, co pogarszająca się sytuacja w publicznej służbie zdrowia. Główną przesłanką skłaniającą pacjentów do wyboru dodatkowo płatnych usług medycznych jest bowiem przede wszystkim niedostateczna ich dostępność w ramach publicznej służby zdrowia.

CBOS

RYS. 6. Dlaczego wybrał(a) Pan(i) usługę/usługi finansowane i świadczone poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego? Czy ze względu na:



Procenty nie sumują się do 100, ponieważ badani mogli wskazać maksymalnie trzy powody

Od 2016 roku znaczenie tego argumentu dla leczących się jeszcze się nasiliło – przybyło badanych, którzy szukali pomocy poza NFZ ze względu na krótszy czas oczekiwania na wizytę czy badanie (o 4 punkty). Jednocześnie zmalała i tak niezbyt często podnoszona przez pacjentów przewaga prywatnej służby zdrowia nad publiczną, jeśli chodzi o dostęp do wysoko wykwalifikowanych lekarzy specjalistów (spadek o 3 punkty). Wzrosła natomiast częstość przeświadczenia, że z mniejszym zaangażowaniem i mniej starannie traktuje się i leczy pacjenta w publicznej służbie zdrowia, niż tego, który za te usługi płaci (wzrost o 5 punktów). W stosunku do roku 2016 przybyło też osób, dla których atutem niepublicznej służby zdrowia stają się dogodne dla pacjentów godziny przyjęć (wzrost o 5 punktów). Niewiele osób jako argument na rzecz prywatnych usług medycznych podnosi kwestię różnic w wyposażeniu w nowoczesny sprzęt medyczny, niemniej jednak i w tym aspekcie różnice zaczynają być dla pacjentów bardziej widoczne niż jeszcze dwa lata temu (wzrost o 3 punkty).



Wydaje się, że poziom zdrowotności Polaków utrzymuje się na dotychczasowym poziomie. W ciągu ostatnich czterech lat w zasadzie nie zmieniła się powszechność korzystania z usług medycznych, zauważalny wzrost notujemy w przypadku usług stomatologicznych oraz badań diagnostycznych i laboratoryjnych. Można sądzić, że Polacy robiąc więcej badań i analiz bardziej troszczą się o swoje zdrowie. Nadal bardziej uważni i zapobiegliwi pod tym względem są mieszkańcy miast niż wsi, częściej też ludzie wykształceni, dobrze zarabiający niż osoby o niższym statusie.

W Polsce obserwujemy *de facto* postępującą prywatyzację służby zdrowia. I to nie dlatego, że publiczne zakłady lecznicze są prywatyzowane (ten proces w ostatnim okresie został mocno przyhamowany), ale dlatego, że pacjenci, jeśli chcą być skutecznie leczeni, zmuszeni są sami lub z pomocą pracodawcy opłacać usługi medyczne. Ponad połowa badanych, wyraźnie więcej niż dwa lata temu, badała się lub leczyła za pieniądze z domowego budżetu lub dodatkowego ubezpieczenia. Prawie połowa deklaruje, że obok usług publicznej służby zdrowia korzysta z prywatnego leczenia, dalsze 9% korzysta wyłącznie z usług prywatnych lekarzy, laborantów i diagnostów. Co dziesiąty Polak dysponuje dodatkowym ubezpieczeniem opłacanym przez pracodawcę.

W ramach publicznej służby zdrowia najczęściej korzysta się z usług lekarza pierwszego kontaktu lub pediatry. Wykonuje się także analizy laboratoryjne, rzadziej odwiedza się lekarzy specjalistów. Z własnej kieszeni lub dodatkowego ubezpieczenia najczęściej opłaca się usługi stomatologiczne i wizyty u lekarzy specjalistów. Zdecydowana większość korzystających z prywatnych usług medycznych uzasadnia wybór tej ścieżki krótszym oczekiwaniem na wizytę i leczenie.

Opracowali

Agnieszka Cybulska

Krzysztof Pankowski