

Piotr Supranowicz, Mirosław J. Wysocki, Justyna Car, Anna Dębska, Anita Gębska-Kuczerowska

GOTOWOŚĆ MIESZKAŃCÓW WARSZAWY DO WSPÓŁPRACY ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA. II. OCENA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO I EMERYTALNEGO

WILLINGNESS OF WARSAW INHABITANTS TO COOPERATE WITH HEALTH SERVICE. II. EVALUATION OF HEALTH AND RETIREMENT SECURITY

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

Zapewnienie obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego jest jednym z podstawowych wyzwań polityki zdrowotnej. W celu skutecznego modyfikowania systemu opieki zdrowotnej i socjalnej bardzo ważne jest poznanie, jak sami obywatele postrzegają własne zabezpieczenie zdrowotne i emerytalne. W artykule przedstawiono ocenę systemu opieki zdrowotnej, własnych wydatków na leczenie i systemu emerytalnego, dokonaną przez mieszkańców Warszawy, w odniesieniu do cech demograficznych i mierników zdrowia. Dane zebrano za pomocą ankiety nieadresowanej. Badania nasze wskazały, że kobiety, osoby w wieku 30-64 lat, legitymujące się wykształceniem zawodowym, zarówno bezrobotni i inne osoby pozostające bez pracy, jak również pracujący bardziej negatywnie oceniali system opieki zdrowotnej w porównaniu z innymi grupami demograficznymi. Ponoszenie bardzo wysokich wydatków na leczenie relatywnie częściej deklarowały osoby najmłodsze i najstarsze, posiadające wykształcenie podstawowe oraz bierni zawodowo. System emerytalny najbardziej negatywnie oceniały kobiety, osoby poniżej 45 lat, bezrobotni i inne osoby pozostające bez pracy. Analiza zależności między postrzeganym bezpieczeństwem zdrowotnym i wydatkami własnymi na leczenie, a wybranymi miernikami zdrowia wykazała, że osoby, które pozytywnie oceniły istniejącą opiekę zdrowotną i które deklarowały ponoszenie niskich wydatków na leczenie, wyżej oceniały swoje zdrowie, rzadziej przebywały w domu z powodu złego stanu zdrowia, rzadziej kontaktowały się z lekarzem i rzadziej leczone były w szpitalu. Różnic takich (poza jedną) nie odnotowano w przypadku oceny systemu emerytalnego.

Słowa kluczowe: *bezpieczeństwo zdrowotne, opieka zdrowotna, własne wydatki, system emerytalny, partycypacja społeczna*

ABSTRACT

Providing citizens with health security is one of the main challenges for health policy. For the effective modifying the health and social care system it is very important to recognize how citizens themselves perceived their health and retirement assurance. The article presents the analysis of assessment of health care system, out-of-pocket payments for treatment, and retirement system by Warsaw inhabitants in relation to demographic characteristics and health indicators. Data were collected using not-addressed questionnaire. Our findings indicated that women, people aged 30-64 years, those having vocational education and unemployed, the others out of work as well as employed more negatively assessed health care system in comparison to the other demographic groups. The youngest and oldest people, those having elementary education and those who were economically inactive relatively frequently declared bearing very high expenses for treatment. The retirement system was more negatively assessed by women, people under 45 years, unemployed and the others out of work. The analysis of the relationship between perceived health and out-of-pocket payments for treatment and selected health indicators showed that people, who positively assessed existing health care and declared low expenses for treatment, higher evaluated their health, less frequently stayed at home because of ill-health, less frequently were in contact with physician and rarely were treated in hospital. Such differences were not noted (except one) for retirement security.

Key words: *health security, health care, out-of-pocket payments, retirement system, social participation*

WSTĘP

Zapewnienie obywatelom poczucia bezpieczeństwa społecznego opartego na zasadach egalitaryzmu i solidaryzmu jest jednym z podstawowych wyzwań stawianych polityce publicznej (1). Bezpieczeństwo zdrowotne stanowi fundament bezpieczeństwa społecznego. Bywa ono różnie definiowane (2, 3, 4). Z perspektywy administracji państwowej oznacza działania zmierzające do skoordynowania różnych i często rozproszonych leczniczych i profilaktycznych składników opieki zdrowotnej, socjalnej i rehabilitacyjnej, pracowniczych świadczeń zdrowotnych, odszkodowań powypadkowych, zasiłków chorobowych, rent i innych świadczeń w taki sposób, by łącznie zaspokojone zostały indywidualne potrzeby w zakresie usług zdrowotnych i środków do życia (2). W wymiarze indywidualnym bezpieczeństwo zdrowotne określić można jako postrzeganie przez jednostkę, że: 1/ dostępna opieka zdrowotna w sposób wystarczający zapewnia jej możliwości leczenia się, 2/ koszty, jakie ponosi w związku z leczeniem, są adekwatne do jej możliwości finansowych, 3/ w razie utraty możliwości zarobkowania na skutek starości, bezrobocia, niepełnosprawności lub innych okoliczności będzie miała zabezpieczone wystarczające środki finansowe (emeryturę, rentę, zasiłek) umożliwiające jej prowadzenie godnego życia.

W Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH podjęto w 2011 roku wieloaspektowe badania subiektywnie postrzeganego zdrowia i jego fizycznych, psychicznych, społecznych i kulturowych uwarunkowań. Badania prowadzone były w taki sposób, by uczestnicy badań czuli się ich współautorami, a ich udział rozumiany był jako gotowość do współpracy przy reformowaniu służby zdrowia. Celem niniejszej pracy było zbadanie, jak mieszkańcy Warszawy oceniają istniejącą opiekę zdrowotną w perspektywie własnych doświadczeń, wysokość ponoszonych wydatków na leczenie i obecny system emerytalny oraz jak cechy demograficzne i stan zdrowia różnicują te oceny.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród mieszkańców Warszawy metodą ankiety nieadresowanej. Spośród 1700 dostarczonych ankiet odesłano 402 prawidłowo wypełnione (zwrotność 23,6%). Charakterystyka badanej grupy oraz szczegółowe omówienie zawartości ankiety przedstawione zostało w innej publikacji (5). Pytania o ocenę bezpieczeństwa zdrowotnego i emerytalnego zostały tak sformułowane, by respondent dokonywał oceny z perspektywy własnej sytuacji. Do zebrania

informacji o ocenie bezpieczeństwa zdrowotnego posłużyły dwa pytania:

- Czy Pana/Pani zdaniem obecny system opieki zdrowotnej w wystarczającym stopniu zapewnia Panu/Pani możliwość leczenia się? (odpowiedzi: tak, całkowicie / w ograniczonym stopniu / nie)
- Jak Pan/Pani ocenia swoje wydatki na leczenie? (odpowiedzi: bardzo wysokie / dość wysokie / niskie / nie lecę się, nie ponoszę wydatków)

Do zebrania informacji o ocenie bezpieczeństwa emerytalnego posłużyło pytanie:

- Czy istniejący system funduszy emerytalnych zapewnia Panu/Pani (jeśli jest Pan/Pani na emeryturze) lub zapewni w przyszłości (jeśli Pan/Pani nie osiągnął/osiągnęła jeszcze wieku emerytalnego) wystarczająco wysoką emeryturę? (odpowiedzi: tak / w ograniczonym stopniu / nie)

Do pomiaru zdrowia i jego zaburzeń zastosowano cztery mierniki: 1) samoocena stanu zdrowia (pięciodpunktowa skala Likerta – od bardzo złe do bardzo dobre), 2) częstość przebywania w ciągu ostatniego roku w domu z powodu choroby (od wcale do 6 razy lub więcej), 3) częstość kontaktowania się z lekarzem w ciągu ostatniego roku (od wcale do 6 razy lub więcej), 4) liczba pobyków w szpitalu w ciągu ostatniego roku (od wcale do 3 razy lub więcej).

Do założenia bazy danych i analizy statystycznej wykorzystano program Epi Info (6). Do określenia różnic między badanymi grupami zastosowano test χ^2 , gdy obie zmienne miały charakter jakościowy lub test Kruskala-Wallisa, gdy jedna zmienna miała charakter jakościowy, a pozostałe były zmiennymi ilościowymi. Istotność przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI

W tabeli I przedstawiono zróżnicowanie postrzegania bezpieczeństwa zdrowotnego i emerytalnego w zależności od płci, wieku, wykształcenia i aktywności zawodowej. Na pytanie czy obecny system opieki zdrowotnej w sposób wystarczający zapewnia możliwość leczenia się większość respondentów (ponad połowa) wybrała odpowiedź pośrednią (w ograniczonym stopniu). System opieki zdrowotnej negatywnie ocenił co trzeci respondent, natomiast pozytywnie rzadziej niż co dziesiąty, a różnica między odsetkami tych grup była aż czterokrotna. Zróżnicowanie ze względu na płeć nie zostało jednoznacznie potwierdzone. Wprawdzie dwukrotnie mniejszy odsetek kobiet wybrał ocenę pozytywną, to jednak odsetki osób, które wybrały odpowiedź negatywną były zbliżone, dlatego istotność różnicy leżała nieco poniżej przyjętego poziomu. Istotnej statystycznie różnicy nie stwierdzono również w przypadku zróżnicowania ze względu na wiek. Jednakże warto

zaznaczyć, że obie skrajne wiekowo grupy najczęściej wybierały odpowiedź pozytywną i jednocześnie najrzadziej (zwłaszcza osoby najstarsze) odpowiedź negatywną. W przypadku grup zróżnicowanych ze względu na wykształcenie, niewątpliwie zaskoczeniem było to, że prawie połowa osób legitymujących się wykształceniem podstawowym pozytywnie oceniła istniejący system opieki zdrowotnej, a żadna z nich nie wybrała odpowiedzi negatywnej. Dla odmiany w przypadku osób posiadających wykształcenie zawodowe ponad połowa negatywnie oceniła istniejący system opieki zdrowotnej, a tylko jeden respondent wybrał odpowiedź pozytywną. Należy zaznaczyć, że wśród osób z wykształceniem podstawowym aż 70% stanowili emeryci. Dlatego wydaje się, iż wybór odpowiedzi w tej grupie determinowało nie tyle wykształcenie, co status

aktywności zawodowej. Jeśli przyjąć to zastrzeżenie i pominąć tę grupę, to w przypadku pozostałych grup wyższy poziom wykształcenia wiązał się z częstszym wyborem pozytywnej oceny, natomiast niższy poziom wykształcenia z częstszym wyborem oceny negatywnej. W przypadku grup zróżnicowanych ze względu na aktywność zawodową ponad połowa respondentów pozostających na utrzymaniu innej osoby (nie zarejestrowanych w urzędzie pracy) i połowa bezrobotnych oceniła negatywnie istniejący system opieki zdrowotnej. Żaden respondent pozostający na utrzymaniu innej osoby nie wybrał oceny pozytywnej. Negatywna ocena istniejącego systemu opieki zdrowotnej w porównaniu z oceną pozytywną zdecydowanie przeważała w grupie osób pracujących. Najrzadziej negatywną odpowiedź wybierali emeryci i renciści, co korespondowało ze

Tabela I. Zróżnicowanie postrzegania bezpieczeństwa zdrowotnego i emerytalnego

Table I. Differences in perception of health and retirement security

Cechy demograficzne (n)	Bezpieczeństwo zdrowotne i emerytalne								
	Opieka zdrowotne			Wydatki na leczenie			System emerytalny		
	tak (36) %	ogr. (223) %	nie (140) %	bardzo duże (72) %	dość duże (219) %	niskie (73) %	tak (26) %	ogr. (135) %	nie (238) %
Ogółem (402)	9,0	55,9	35,1	19,8	60,1	20,1	6,5	33,8	59,6
Płeć:									
mężczyzna (153)	13,2	53,9	32,9	20,0	56,3	23,7	9,2	38,2	52,6
kobieta (248)	6,5	56,9	36,6	19,7	62,3	18,0	4,9	31,3	63,8
p*		0,078			0,389			0,050	
Wiek:									
18-29 (44)	11,4	52,3	36,4	26,3	52,6	21,1	2,3	20,5	77,3
30-44 (68)	3,0	53,7	43,3	12,3	54,4	33,3	6,0	16,4	77,6
45-64 (159)	8,9	52,9	61,9	14,5	65,5	20,0	2,5	32,3	65,2
>64 (126)	11,9	61,9	26,2	26,9	58,8	14,3	13,6	51,2	35,2
p*		0,129			0,014			0,000	
Wykształcenie:									
podstawowe (18)	46,2	53,8	0,0	41,7	41,7	16,7	23,0	30,8	46,2
zawodowe (31)	3,2	41,9	54,8	27,6	65,5	6,9	0,0	38,7	61,3
średnie (151)	2,7	62,7	34,7	21,9	61,3	16,8	5,4	36,2	58,4
wyższe (206)	12,3	53,4	34,3	15,7	59,5	24,9	7,3	31,7	61,0
p*		0,000			0,063			0,159	
Aktywność zawodowa:									
uczący się (18)	16,7	55,6	27,8	31,3	56,3	12,5	5,6	27,8	66,7
pracujący (198)	6,6	52,8	40,6	12,8	60,9	26,3	4,1	24,4	71,6
emeryt, renc. (161)	11,8	61,5	26,7	25,7	61,5	12,8	10,0	48,8	41,3
bezrobotny (11)	10,0	40,0	50,0	33,3	33,3	33,3	0,0	9,1	90,9
na utrzymaniu (12)	0,0	45,5	54,5	30,0	50,0	20,0	0,0	18,2	81,8
p*		0,088			0,014			0,000	

* test χ^2

wspomnianymi różnicami grup zróżnicowanych ze względu na wiek. Istotność statystyczna wymienionych różnic leżała nieco poniżej przyjętego poziomu, na co wpłynęła mała liczebność grup osób uczących się, bezrobotnych i pozostających na utrzymaniu innych osób.

Wydatki własne na leczenie większość respondentów oceniła jako dość wysokie. Zarówno odpowiedź „bardzo wysokie”, jak i „niskie” wybrał co piąty ankietowany. Podobne proporcje wystąpiły zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet. Wiek różnicował ocenę wydatków na leczenie. W porównaniu z innymi grupami wiekowymi osoby zarówno najmłodsze, jak i najstarsze częściej oceniały wydatki jako bardzo wysokie. Ponoszenie niskich wydatków na leczenie najrzadziej deklarowały osoby najstarsze, a najczęściej osoby w wieku 30-44 lat. W przypadku wykształcenia stwierdzono różnice podobne do opisanych przy analizie oceny istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Jeśli pominąć grupę osób z wykształceniem podstawowym, to wyższy poziom wykształcenia wiązał się z postrzeganiem niższych kosztów leczenia. W grupie respondentów posiadających wykształcenie zawodowe cztery razy częściej wydatki oceniono jako bardzo wysokie niż niskie, podczas gdy osoby legitymujące się wykształceniem wyższym częściej oceniały wydatki jako niskie niż bardzo wysokie. Istotność statystyczna tych różnic leżała nieco poniżej przyjętego poziomu. W porównaniu z innymi grupami wyodrębnionymi ze względu na aktywność zawodową, osoby pracujące najrzadziej postrzegały wydatki na leczenie jako bardzo duże, natomiast wydatki na leczenie jako niskie najrzadziej postrzegały osoby uczące się oraz emeryci i renciści.

W przypadku oceny systemu emerytalnego większość respondentów uważała, że istniejący system funduszy emerytalnych nie zapewnia im (emeryci) lub nie zapewni w przyszłości (osoby w wieku produkcyjnym) wystarczająco wysokiej emerytury. Dwa razy mniej badanych było zdania, że system ten zapewni im wystarczającą emeryturę w ograniczonym stopniu i aż dziewięciokrotnie mniej wyraziło przekonanie, że otrzymują lub otrzymają wystarczająco wysoką emeryturę. Mężczyźni w dwukrotnie wyższym odsetku niż kobiety ocenili pozytywnie system emerytalny. W porównaniu z innymi grupami wyodrębnionymi ze względu na wiek osoby najstarsze częściej wybierały odpowiedź pozytywną, natomiast obie grupy młodsze częściej wybierały odpowiedź negatywną. Poziom wykształcenia nie różnicował w sposób istotny statystycznie oceny systemu emerytalnego. Należy jednak zaznaczyć, że wystąpiły różnice podobne do omówionych w przypadku oceny systemu opieki zdrowotnej i wydatków na leczenie. Jeśli chodzi o aktywność zawodową, to żaden z respondentów bezrobotnych i tych, którzy pozostawali na utrzymaniu innej osoby nie wybrał odpowiedzi pozytywnej, a zdecydowana ich większość (zwłaszcza

w przypadku bezrobotnych) oceniła system negatywnie. System emerytalny najbardziej optymistycznie postrzegali emeryci. Co dziesiąty z nich stwierdził, że ma zapewnioną wysoko wystarczającą emeryturę, a prawie połowa wybrała odpowiedź pośrednią.

W tabeli II przedstawiono zależności pomiędzy postrzeganiem bezpieczeństwa zdrowotnego i emerytalnego a wybranymi miernikami zdrowia. Respondenci, którzy pozytywnie ocenili istniejący system opieki zdrowotnej w porównaniu z grupami, które wybrały ocenę pośrednią i negatywną, wyżej oceniali stan swojego zdrowia, w ciągu ostatniego roku rzadziej pozostawali w domu z powodu choroby, rzadziej kontaktowali się z lekarzem i rzadziej przebywali w szpitalu. Różnice w przypadku dwóch ostatnich mierników nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. W przypadku oceny wydatków na leczenie liniowość różnic została silnie potwierdzona. W im większym stopniu respondenci postrzegali własne wydatki na leczenie jako wyższe, tym niżej ocenili stan swojego zdrowia, częściej przebywali w domu z powodu choroby, częściej kontaktowali się z lekarzem i częściej przebywali w szpitalu. W przypadku oceny systemu emerytalnego zaobserwowano nieco odmienne zależności. Wprawdzie respondenci, którzy

Tabela II. Zróżnicowanie postrzegania bezpieczeństwa zdrowotnego i emerytalnego w zależności od wskaźników zdrowia

Table II. Differences in perception of health and retirement security in relation to health indicators

Bezpieczeństwo zdrowotne i emerytalne	Mierniki zdrowia			
	Samooce- na stanu zdrowia	Częstość pozosta- wania w domu	Częstość kontakto- wania się z lekarzem	Częstość przeby- wania w szpitalu
	X_{sr}	X_{sr}	X_{sr}	X_{sr}
Opieka zdrowotna:				
tak	3,71	0,83	2,18	0,17
w ograniczonym stopniu	3,34	1,35	2,50	0,34
nie	3,18	1,68	2,38	0,30
p*	0,019	0,001	0,559	0,386
Wydatki na leczenie:				
bardzo wysokie	3,10	1,67	2,38	0,58
dość wysokie	3,29	1,48	1,86	0,47
niskie	3,67	1,07	1,54	0,27
p*	0,001	0,021	0,004	0,036
System emerytalny:				
tak	3,54	0,78	1,96	0,64
w ograniczonym stopniu	3,32	1,27	1,79	0,56
nie	3,38	1,56	1,87	0,32
p*	0,497	0,004	0,842	0,153

* test Kruskala-Wallis

pozytywnie ocenili system emerytalny, wyżej ocenili stan swojego zdrowia i rzadziej przebywali w domu z powodu choroby, to jednak częściej kontaktowali się z lekarzem i częściej przebywali w szpitalu. Jedynie różnice w przypadku częstości pozostawania w domu wykazały istotność statystyczną. Większą częstość kontaktowania się z lekarzem i przebywania w szpitalu przy jednoczesnej wyższej samoocenie stanu zdrowia i rzadszym pozostawaniu w domu z powodu choroby tłumaczy fakt, że wśród respondentów pozytywnie oceniających system emerytalny przeważali emeryci, którzy – co jest zrozumiałe – częściej leczą się.

DYSKUSJA

Uzyskane przez nas wyniki w dużym stopniu korespondują z wynikami wcześniejszych badań. W badaniach opinii publicznej opartych na metodzie sondażu ankietowego, zarówno ogólnopolskich, jak i prowadzonych w ograniczonych terytorialnie populacjach (województwa, miasta) stwierdzono niezmiennie wysokie niezadowolenie respondentów z opieki zdrowotnej od początków jej reformowania (7, 8, 9). We wszystkich badaniach przeprowadzonych przez CBOS od 1994 roku odsetek niezadowolonych (raczej i zdecydowanie) z istniejącego systemu opieki zdrowotnej w Polsce przekraczał 70%. W sondażu przeprowadzonym w 2010 roku 36% respondentów uważało, że obecny system jest zdecydowanie zły i potrzebne są zasadnicze zmiany i odsetek ten był prawie identyczny z odsetkiem respondentów, którzy w naszych badaniach uważali, że obecny system nie zapewnia im możliwości leczenia, natomiast odsetek osób, które oceniły system jako zdecydowanie dobry i nie wymaga zmian był zdecydowanie niższy (1%) w porównaniu z odsetkiem respondentów, którzy w naszych badaniach uznali, że mają w wystarczającym stopniu zapewnioną możliwość leczenia się (10). W badaniach przeprowadzonych przez *Bojar* i *Szymańska* 10% respondentów uznało, że istniejący system ubezpieczeń gwarantuje zabezpieczenie zdrowotne, 50% było zdania, że jedynie w ograniczonym stopniu, a 30% oceniło system negatywnie, rozkład ten był zbliżony do stwierdzonego w naszych badaniach (11). Badania prowadzone przez WHO w 21 państwach Unii Europejskiej wykazały, że w państwach „starej piętnastki” odsetek zadowolonych z systemu opieki zdrowotnej był dużo wyższy niż w państwach będących członkami UE od 2004 roku. Podczas gdy w „starej piętnastce” średni odsetek zadowolonych wynosił ponad 70% i rozciągał się od 48% (Grecja) do 92% (Austria i Dania), to w tej drugiej grupie państw był on prawie dwukrotnie niższy i rozciągał się od 28% (Słowacja, Estonia) do 55% (Słowenia) (12). W badaniach tych odnotowano również

największe zadowolenie z systemu opieki zdrowotnej w najstarszej grupie wiekowej.

Wydatki na leczenie były przedmiotem wcześniejszych badań. W 2011 roku przeciętny Polak w ciągu jednego kwartału wydał 550 zł na leczenie i różne rodzaje badań i 375 zł na zakup leków i innych artykułów farmaceutycznych związanych z chorobą (13). Wydatki własne obywateli (*out-of-pocket payments*) na opiekę zdrowotną w Polsce należą do najwyższych w Europie i stanowią 30% ogółu wydatków na ochronę zdrowia (14, 15). Od połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku wzrosły one ponad czterokrotnie, a ich udział w wydatkach konsumpcyjnych Polaków wzrósł z 3,5% do ponad 5% (16). Ponadto rozważana jest możliwość dodatkowego obciążenia finansowego obywateli poprzez wprowadzenie częściowej odpłatności za usługi publicznej służby zdrowia (15, 17). Wprawdzie co szósty Polak zaakceptowałby takie rozwiązanie, to jednak ponad połowa wyraziła swój sprzeciw (18, 19). W naszych badaniach prawie dwie trzecie respondentów oceniło koszty swojego leczenia jako dość duże, co wskazywałoby, że wprawdzie postrzegają oni koszty jako wysokie, ale są w stanie je ponieść. Jednak dość znaczna grupa respondentów oceniła wydatki na leczenie jako bardzo wysokie, co mogłoby sugerować, że trudno jest im pokryć koszty leczenia. Skalę tego zjawiska potwierdzają inne badania. W longitudinalnych badaniach warunków i jakości życia Polaków odnotowano, że z przyczyn finansowych znaczący odsetek respondentów (6–18%) zrezygnować musiało z zakupu leków, usług lekarzy, badań medycznych i rehabilitacji, a także pobytu w sanatorium (13). W naszych badaniach nieaktywni zawodowo (emeryci, renciści, bezrobotni i pozostający na utrzymaniu innej osoby) oraz osoby młode najbardziej negatywnie oceniły wydatki na własne leczenie. Inne badania wskazują, że wydatki na leczenie są szczególnie dotkliwe dla emerytów i rencistów. W porównaniu z osobami pracującymi ich wydatki związane z leczeniem były ponad dwukrotnie wyższe (16). Również emeryci i renciści częściej musieli zrezygnować z zakupu leków i płatnych usług medycznych (13). Badania prowadzone w innych państwach wykazały, że im większy był udział własnych wydatków obywateli w ogólnych wydatkach na opiekę zdrowotną, w tym większym stopniu różnicowały one dostęp do usług medycznych (20, 21).

Przedmiotem wcześniejszych badań oceny systemu emerytalnego byli przede wszystkim jego beneficjanci – emeryci. Rzadziej poddawano badaniu populację w wieku produkcyjnym. W ogólnopolskich badaniach opinii publicznej odsetek osób niezadowolonych z systemu emerytalnego był podobny do zanotowanego w naszych badaniach, natomiast odsetek osób zadowolonych (zdecydowanie lub w sposób umiarkowany) był czterokrotnie wyższy niż w naszych badaniach (22). Być może

różnica ta była spowodowana sformułowaniem pytania, które odnosiło się do ogólnego funkcjonowania systemu emerytalnego w naszym kraju, podczas gdy w naszych badaniach poprosiliśmy o ocenę w odniesieniu do własnej sytuacji życiowej respondentów. Podobnie jak miało to miejsce w naszym przypadku, badania te wykazały, że najbardziej zadowoleni z funkcjonowania systemu ubezpieczeń emerytalnych są sami emeryci i – co się z tym wiąże – osoby powyżej 64 lat. Natomiast osoby poniżej 45 lat najbardziej czuły się zagrożone w związku ze zmianą składki emerytalnej odprowadzanej do OFE, co również koresponduje z wynikami naszych badań – respondenci w tym właśnie wieku najczęściej oceniali negatywnie obecny system emerytalny.

W Polsce systematyczne badania związku między postrzeganym bezpieczeństwem zdrowotnym i emerytalnym a stanem zdrowia nie były podejmowane. W badaniach oceny systemów opieki zdrowotnej prowadzonych przez WHO w 21 krajach UE analizie poddano zależność oceny opieki zdrowotnej od poziomu zdrowia. Wyniki wskazywały, że – podobnie jak w naszych badaniach – respondenci, którzy niżej oceniali stan swojego zdrowia, również niżej ocenili system opieki zdrowotnej. Analizy prowadzone w państwach rozwiniętych wskazywałyby, że – w przeciwieństwie do naszych badań – wielkość własnych wydatków na leczenie w małym stopniu lub w ogóle nie wpływa na ocenę stanu zdrowia (23).

WNIOSKI

Badania nasze wykazały, że wśród mieszkańców Warszawy gotowych współpracować ze służbą zdrowia w ramach reformy systemu zdrowia dominuje niskie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego i emerytalnego, a w szczególności w opinii przeważającej części ankietowanych:

- Istniejący system opieki zdrowotnej nie zapewnia lub zapewnia w ograniczonym stopniu możliwość leczenia się;
- Wydatki na leczenie są znaczne;
- Obecny system emerytalny nie zapewnia lub nie zapewni w przyszłości wystarczająco wysokiej emerytury.

Ponadto badania nasze wykazały, że opracowany przez nas kwestionariusz w części dotyczącej bezpieczeństwa zdrowotnego i emerytalnego mógłby być użytecznym narzędziem wykorzystanym do analizy bezpieczeństwa socjalnego i jego zdrowotnych uwarunkowań, zwłaszcza w przypadku społeczności lokalnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Dijkhoff T. International social security standards in the European Union. Antwerpen: Intersertia; 2011.
2. Saltman RB. The idea of health security. *Eurohealth* 2002;8:18-19.
3. Miller M, Opolski J. Bezpieczeństwo zdrowotne – zakres i odpowiedzialność. *Probl Hig Epidemiol* 2006;87:1-5.
4. Cianciara D, Wysocki MJ. Koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego – panaceum czy placebo. *Probl Hig Epidemiol* 2006;87:79-82.
5. Supranowicz P, Wysocki MJ, Car J, Dębska A, Gębska-Kuczerowska A. Gotowość mieszkańców Warszawy do współpracy ze służbą zdrowia. I. Opinie o reformie zdrowia (w druku).
6. Dean AD, Dean JA, Burton AH i in. *Epi Info: a word processing, database and statistics system for epidemiology*. Atlanta: CDC; 1990.
7. Latański M, Tokarski S. Dostępność świadczeń zdrowotnych na terenie województwa lubelskiego: raport z badań. Lublin: Akademia Medyczna; 2003.
8. Gałuszka M. Sprawiedliwa medycyna w opinii społecznej. *Zdr Publ* 2003;113:58-62.
9. Misina M. Zmiany oceny opieki zdrowotnej i ich społeczne zróżnicowanie. *Zdr Publ* 2005;115:296-302.
10. Wądołowska K. Opinie o opiece zdrowotnej. Warszawa: CBOS; 2010.
11. Bajor I, Szymańska J. Gwarancja bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce w opinii społecznej. *Zdr Publ* 2010;120:8-13.
12. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CJL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experiences? *Bull World Health Org* 2009;87:271-278.
13. *Diagnoza społeczna 2011: warunki i jakość życia Polaków*. Czapiński J, Panek T, red. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego; 2011: 120-127.
14. Bukowska-Piastryńska A. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia – Polska a Unia Europejska. W: Ryć K, Skrzypczak Z, red. *Ochrona zdrowia i gospodarka: sposoby finansowania*. Warszawa: Wyd. Nauk. Wydz. Zarządzania UW; 2010: 38-47.
15. Nojszewska E. Współuczestniczenie pacjentów w kosztach świadczeń medycznych – za i przeciw współpłatności. W: Nojszewska E, red. *Kierunki rozwoju systemu zdrowia w Polsce*. Warszawa: SGH; 2009: 210-227.
16. Skrzypczak Z. Skala obciążeń polskiego społeczeństwa wydatkami na ochronę zdrowia. *Zdr Publ* 2010;120:107-111.
17. Mucha J. Jeszcze jeden pomysł na zreformowanie opieki zdrowotnej – dopłaty do usług medycznych. *Roczn Nauk Społ* 2007;35:93-117.
18. Derkacz M, Chmiel-Perzyńska I, Buczak-Stec E i in. Współpłacenie za usługi medyczne – badania opinii społecznej. *Przeegl Epidemiol* 2011;65:363-370.
19. Wądołowska K. Gotowość do zmian w służbie zdrowia. Warszawa: CBOS; 2010.
20. Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care. *Soc Sci Med* 2004;58:248-258.

21. Saksena P, Xu K, Evans DB. Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of literature. Geneva: WHO; 2011.
22. Roguska B. Opinia o planowanych zmianach w systemie emerytalnym. Warszawa: CBOS; 2011.
23. Fu AZ, Wang N. Healthcare expenditure and patient satisfaction: cost and quality from the consumer's perspective in US. *Curr Med Res Op* 2008;24:1385-1394.

Otrzymano: 23.11.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 20.12.2011 r.

Adres do korespondencji:

Dr n.med. Piotr Supranowicz

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowego

Zakładu Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. (022) 54 21 334,

e-mail: psupranowicz@pzh.gov.pl