

Katarzyna Kolasa¹, Tomasz Rybnik²

SOCJODEMOGRAFICZNE UWARUNKOWANIA NIERÓWNOŚCI DOSTĘPU DO USŁUG ZDROWOTNYCH W POLSCE W 2011 ROKU NA PRZYKŁADZIE DIAGNOZY SPOŁECZNEJ

SOCIO-DEMOGRAPHIC DETERMINANTS OF INEQUITY OF ACCESS TO HEALTH CARE IN POLAND IN 2011 – BASED ON SOCIAL DIAGNOSIS

¹ Zakład Farmakoekonomiki, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warszawski

STRESZCZENIE

Dostępność do świadczeń zdrowotnych staje się szczególnie istotnym problemem w Polsce. Pochodną jego jest relatywnie niska satysfakcja ze sposobu działania systemu zdrowia, jaką zgłaszają polscy respondenci na tle respondentów z innych państw Europy.

CEL PRACY. ocena równości dostępu do usług zdrowotnych w Polsce w 2011 roku. Hipoteza badawcza zakładała, że występowanie różnic pomiędzy korzystaniem z pomocy medycznej a faktycznymi potrzebami zdrowotnymi jest związane z zamożnością i charakterystyką socjo-demograficzną jednostki.

MATERIAŁ I METODY. Badanie zostało przeprowadzane na podstawie Diagnozy Społecznej. Metodologię badania zaczerpnięto z prac Eddiego van Doorslaera dotyczącą tematyki *horizontal inequity*.

WYNIKI. osoby z najmniejszymi dochodami sięgały po publiczną pomoc medyczną zgodnie z ich potrzebami zdrowotnymi. Z kolei osoby zamożne częściej korzystały z usług zdrowotnych opłacanych z ich własnej kieszeni lub objętych abonamentem. W przeciwieństwie do publicznych świadczeń zdrowotnych, konsumpcja prywatnych usług była determinowana sytuacją socjo-demograficzną. Poza dochodem było to przede wszystkim wykształcenie oraz miejscowość zamieszkania.

WNIOSKI. Jedną z konsekwencji koegzystencji publicznego i prywatnego sektora zdrowia są nierówności w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.

SŁOWA KLUCZOWE: *usługi zdrowotne, równość dostępu, prywatny i publiczny sektor świadczeń zdrowotnych*

ABSTRACT

The inequity in access to healthcare system is more and more discussed issue in Poland. One of its consequence is the low satisfaction of healthcare services in comparison to other European countries.

OBJECTIVE. to test for horizontal inequity with regards to healthcare services in Poland. The research hypothesis was to estimate whether there are differences in the health care utilization patterns by income and socio-demographic factors after standardizing for differences in the need for health care.

MATERIAL AND METHODS. The analysis was performed on a Social Diagnosis 2011. The methodology was adopted from publications by Eddy van Doorslaer, related to *horizontal inequity*.

RESULTS. The study confirmed that inequity in access to healthcare system exist in Poland. It revealed that there is income inequality favoring the poor with regard to free of charge healthcare services and income inequality favoring the rich in terms of medical services available on the private healthcare market. The education status and place of residence contributed to the horizontal inequity.

CONCLUSIONS. One of the consequences of coexistence of both private and public healthcare sector is inequity in access to healthcare services in Poland.

KEY WORDS: *horizontal inequity, private and public healthcare system*

WSTĘP

Satysfakcja z funkcjonowania systemu zdrowia w Polsce jest jedną z najniższych w gronie 14 państw włączonych do badania Global Health Survey w 2011 roku (1). Jednym z najczęściej wymienianych problemów polskiej ochrony zdrowia jest kwestia dostępności świadczeń zdrowotnych. Informacje o kolejkach pacjentów czy też niemożności skorzystania z nowoczesnych terapii bardzo często zajmują czołowe miejsce w nagłówkach codziennych gazet.

Przedstawiane w mediach przykłady z pewnością nie są obrazem jedynie polskich problemów. Ograniczoność dostępnych środków finansowych i niemożność realizacji wszystkich potrzeb zdrowotnych jest dylematem każdego systemu ochrony zdrowia. W przeciwieństwie do krajów rozwiniętych, w Polsce nie prowadzi się jednak debaty publicznej nad poszukiwaniem optymalnego podejścia do alokacji zasobów finansowych w systemie ochrony zdrowia, zgodnego z preferencjami społecznymi.

W konsekwencji można przypuszczać, iż świadomość obywateli, co do diagnozy istniejących problemów i możliwości ich rozwiązania jest niewystarczająca. Sposobem na zainicjowanie dialogu społecznego może być analiza dostępnych danych obrazujących równość dostępu do systemu ochrony zdrowia. Temu właśnie została poświęcona niniejsza praca.

Jednym z przejawów ograniczonych możliwości realizacji wszystkich potrzeb zdrowotnych istniejących w społeczeństwie jest pogwałcenie prawa równości dostępu. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej mówi, iż „...obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.” (2). W literaturze przedmiotu najczęściej zwraca się uwagę na aspekt równości, rozumiany jako równe prawa dla jednostek z takimi samymi potrzebami zdrowotnymi (ang. *Equal access for equal needs*) (3). Na potrzeby niniejszego badania rozbudowano powyższą definicję uznając, iż równość dostępu oznacza takie samo traktowanie takich samych potrzeb zdrowotnych, niezależnie od charakterystyki pacjenta w odniesieniu do jego dochodu, rasy, miejsca zamieszkania itp. (4). W literaturze przedmiotu określa się ją jako równość równoległą (ang. *horizontal equity*).

Celem niniejszego badania była ocena stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w naszym kraju w 2011 roku. Hipoteza badawcza brzmi: czy istniejące różnice pomiędzy korzystaniem z pomocy medycznej a faktycznymi potrzebami zdrowotnymi są związane z zamożnością i charakterystyką socjo-demograficzną jednostki. Z uwagi na koegzystencję w Polsce publicznego i prywatnego sektora świadczeń zdrowotnych,

za intrygujące uznano badanie równości dostępu do ochrony zdrowia zależnie od formy płatności.

MATERIAŁ I METODY

Analiza równości dostępu została przeprowadzona na podstawie Diagnozy społecznej (5). Jest to panel gospodarstw domowych, który został zapoczątkowany w 2000 roku i jest powtarzany cyklicznie w regularnych odstępach czasu. Jest to jedyne dostępne źródło danych, które zawiera informacje na temat samooceny stanu zdrowia i korzystania ze służb zdrowotnych wśród polskich pacjentów.

W analizie wykorzystano dane z 2011 r. Ograniczenie próby do jednego roku podyktowane jest brakiem ciągłości zbierania niektórych informacji, co utrudnia zestawienie danych w panel. W badaniu kwestionariuszowym w 2011 roku wzięło udział 12 387 gospodarstw, w tym 26 453 osoby. Ankieta kwestionariusza zawierała szereg pytań dotyczących różnych dziedzin życia. Analizowano dane socjo-demograficzne badanych gospodarstw domowych, dane dotyczące korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia respondenta. Indywidualny kwestionariusz Diagnozy społecznej rozróżnia trzy rodzaje korzystania z opieki zdrowotnej: konsumpcja publicznej służby zdrowia dostępnej bezpłatnie, prywatnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z własnej kieszeni lub pokrytych ubezpieczeniem prywatnym. Z kolei status zdrowotny respondenta określono na podstawie odpowiedzi na 17 pytań kwestionariusza dotyczących różnorodnych dolegliwości zdrowotnych.

Wyznaczono wskaźnik równości dostępu do różnych typów świadczeń zdrowotnych, wyróżnionych ze względu na formę płatności (*HI index – horizontal inequity index*). Metodologia służąca temu celowi rozwijana jest od dłuższego czasu m.in. przez *van Doorslaera* (6). Ideą stojącą za wyznaczeniem wskaźnika równości dostępu jest ocena stopnia nierówności w wykorzystaniu służby zdrowia po uwzględnieniu zróżnicowania potrzeb. Zróżnicowanie obserwowane po takiej standaryzacji interpretowane może być jako miara nierówności w dostępie. Miara ta może faworyzować bogatych (pro-rich) lub biednych (pro-poor).

Indeks HI wyznaczony może być na podstawie równania: (1)

$$HI = C - \sum_k \eta_k C_{x_k}$$

gdzie: C jest ogólnym indeksem koncentracji, zaś C_{x_k} to cząstkowe indeksy koncentracji, wyznaczone dla k -tego poziomu zmiennej reprezentującej zapotrzebowanie na korzystanie ze służby zdrowia (*need variable*). Sposób

wyznaczania parametrów η_k będzie zaprezentowany poniżej.

Indeks koncentracji (CI) jest miarą zależności pomiędzy intensywnością/faktem korzystania z danego rodzaju służby zdrowia, a rangą dochodową respondenta. Ogólną jego postać można wyznaczyć na podstawie

$$\text{regresji: (2)} \quad \frac{2\sigma_R^2}{y} y_i = \alpha + \beta R_i + \varepsilon_i$$

gdzie:

y_i to zmienna reprezentująca intensywność/fakt korzystania z danego rodzaju służby zdrowia (zmienne zostaną opisane niżej),

\bar{y} jest średnią z y_i ,

R_i jest rangą dochodową respondenta i ,

σ_R^2 stanowi wariancję R_i ,

α , β to estymowane parametry, będące przedmiotem zainteresowania

ε_i to błąd losowy.

Przy tak zdefiniowanej postaci regresji można pokazać, że indeks koncentracji jest tożsamy z oszacowaniem parametru dla rangi dochodu, β . Częstkowe indeksy koncentracji (C_{x_k}) wyznaczone są w analogiczny sposób, jednak regresja oparta jest o próbę zawierającą obserwacje dla k -tego poziomu zmiennej x_k , określającej potrzebę korzystania ze służby zdrowia. Poza indeksami koncentracji, do wyznaczenia HI zgodnie z równaniem (1) potrzebne są współczynniki η_k stojące przy odpowiadającym im cząstkowym indeksom koncentracji. Współczynniki te można uzyskać po przeprowadzeniu następującej regresji:

$$(3) \quad y_i = \delta + \gamma \ln(inc_i) + \sum_k \gamma_k x_{ik} + \sum_p \gamma_p z_{ip} + \varepsilon_i$$

w której:

y_{it} jest zmienną opisującą intensywność/fakt korzystania z danej formy służby zdrowia,

x_k jest k -tą zmienną opisującą potencjalne potrzeby korzystania ze służby zdrowia,

z_p jest p -tą zmienną niezwiązaną z potencjalnymi potrzebami korzystania ze służby zdrowia,

inc jest dochodem respondenta.

Wtedy η_k (interpretowana jako cząstkowa elastyczność popytu na usługi medyczne związana ze zmienną

x_k) może być wyznaczona ze wzoru:

$$\eta_k = \gamma_k \bar{x}_k / \bar{y}$$

Zmienne

W badaniu wykorzystywane zostały trzy rodzaje zmiennych:

1. Intensywność/fakt korzystania ze służby zdrowia (zmienna y)

Z uwagi na ograniczenia wynikające z rodzaju posiadanych danych, analizie poddany zostanie jedynie fakt korzystania z trzech różnych rodzajów służby zdrowia (zmienne 0-1, indykatory korzystania):

- publiczna służba zdrowia,
- prywatna służba zdrowia opłacana incydentalnie, w przypadku potrzeby skorzystania z niej,
- prywatna służba zdrowia opłacana w ramach abonamentu.

2. Zmienne opisujące potrzeby (zmienne x_k , *need variables*)

Przykłady takich zmiennych:

płeć, grupa wiekowa (możliwe interakcje z płcią), zmienne opisujące stan zdrowia (np. stopień nasilenia symptomów określonej dolegliwości (w Diagnostyce Społecznej występują pytania o bole głowy, bezsenność, przemęczenie, itd.))

3. Zmiennej niezwiązane z potrzebami (zmienne z_p , *no-need variables*)

Przykłady takich zmiennych to dochód, wykształcenie, rozmiar gospodarstwa domowego, miejsce zamieszkania, rodzaj zatrudnienia.

Zastrzeżenia ekonometryczne

Z uwagi na postać zmiennej zależnej (y) liniową postać szacowanych modeli, zastrzeżenia dotyczyć mogą podstawowych wad liniowych modeli prawdopodobieństwa. Wśród nich najczęściej wymienia się brak pewności, że teoretyczne wartości prawdopodobieństwa będą leżały w przedziale [0;1] oraz heteroskedastyczność błędu losowego, wymuszaną przez postać modelu (7). Pierwsza wada nie jest ważna z punktu widzenia estymowanych tu modeli, gdyż teoretyczne prawdopodobieństwo nie jest przedmiotem zainteresowania w ramach tej analizy. Z kolei, postać heteroskedastyczności błędu losowego w liniowych modelach prawdopodobieństwa jest dobrze znana i stosunkowo łatwo na nią uodpornić proces estymacji.

Można, oczywiście, znaleźć lepsze techniki estymacyjne (np. nieliniowe) dla prezentowanych tu modeli. Jednak, za liniowością relacji przemawia dość znamieny fakt, podkreślany w metodologii promowanej przez *van Doorslaera*. Otóż liniowa postać modeli pozwala na dekompozycję współczynnika koncentracji:

$$C = \eta C_{\ln(inc)} + \sum_k \eta_k C_{x_k} + \sum_p \eta_p C_{z_p} + GC_\varepsilon / \bar{y}$$

gdzie nieopisane wcześniej symbole definiowane są analogicznie do już opisanych.

Dzięki dekompozycji można uzyskać dodatkowe informacje odnośnie obserwowanej nierówności dostępu do służby zdrowia. Każdy komponent ogólnego wskaźnika koncentracji jest dodatkowo rozdzielany na dwie części: (i) pierwszą jest wpływ na korzystanie ze służby zdrowia (mierzony poprzez elastyczność tego korzystania, η), (ii) drugą jest stopień nierówności w dostępie wynikający z różnic dochodowych (częstkowe współczynniki koncentracji).

W związku z powyższym dekompozycja pozwala na oddzielenie indywidualnego wpływu różnych czynników, ale również na ustalenie najważniejszych przyczyn nierówności w dostępie do danego rodzaju służby zdrowia

WYNIKI

Po wykluczeniu ankiet z brakującymi danymi, wykorzystane zostały 19 842 wywiady indywidualne. Średni wiek respondenta wyniósł 51,64 roku (SD 17,3). W gronie badanych osób dominowali mężczyźni, którzy stanowili 54% badanej populacji. Aż 50% respondentów ukończyło zaledwie szkołę podstawową. W badaniu brało udział 33% osób z wykształceniem średnim oraz 17% z wykształceniem wyższym. Podczas gdy 46% respondentów deklaruowało zatrudnienie na podstawie umowy z pracą, 42% stanowili emeryci. Jedynie 23% badanych zaznaczyło, że zamieszkuje miasta powyżej 100 000 mieszkańców, jednocześnie prawie połowa badanej populacji (43%) mieszka na wsi. Okazało się, że większość respondentów żyła w przynajmniej

Tabela I. Liczba respondentów deklaruujących korzystanie ze świadczeń zdrowotnych - według formy płatności za świadczenie zdrowotne

Table I. Number of responders reporting healthcare services use by type of payment

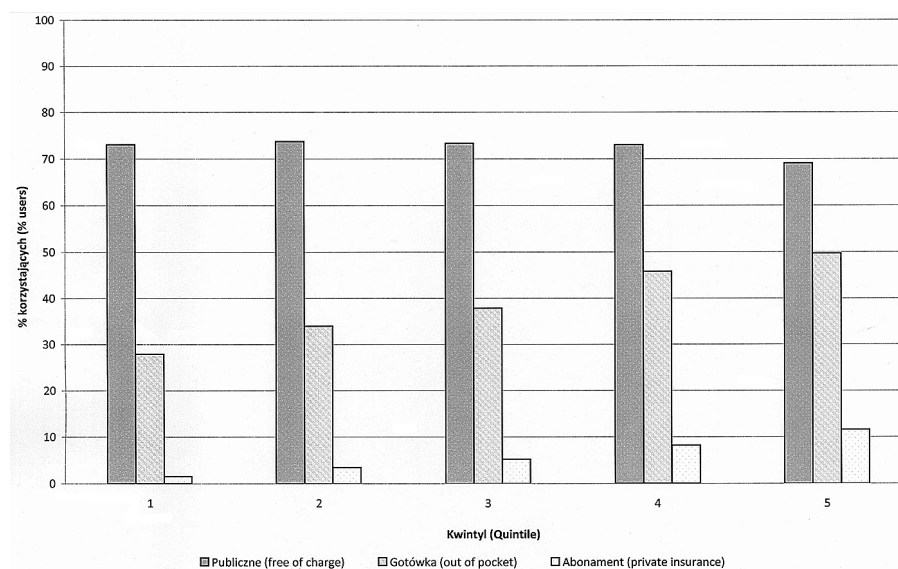
		TAK (yes)	NIE (no)
bezpłatne (publiczne) (free of charge)		15 925	3 917
Prywatne (private)	Gotówka (out-of-pocket)	7 326	12 516
	Abonament (private insurance)	1 362	18 480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Diagnozy społecznej 2011

Source: Own work based on Social Diagnosis 2011

dwuosobowym gospodarstwie domowym. Jedynie 10% respondentów deklarowała brak partnera.

Średni miesięczny dochód netto wyniósł 615 zł (najmniej) oraz 3493 zł (najwięcej). W tabeli I przedstawiono korzystanie z usług opieki zdrowotnej zależnie od formy płatności. W ciągu ostatniego roku, większość osób spośród 19 842 respondentów była beneficjentem bezpłatnych (publicznych) świadczeń służby zdrowia. W badaniu była niewielka liczba prywatnych użytkowników usług medycznych. W grupie osób niekorzystających z bezpłatnych (publicznych) świadczeń zdrowotnych, większość respondentów nie kontaktowała się również z lekarzami prywatnymi. W tej grupie, zaledwie 646 osób wydało jakiegokolwiek środki pieniężne na usługi medyczne na rynku prywatnym, a 188 korzystało z opieki abonamentowej.



Ryc. 1. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych wg form płatności w podziale na kwintyle (%)

Fig. 1. Healthcare services utilization by type of payment and quintile (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Diagnozy społecznej 2011

Source: Own work based on Social Diagnosis 2011

Rozkład korzystania z usług medycznych w podziale na kwintale przedstawiono na rycinie 1. Podczas gdy użytkowników bezpłatnych (publicznych) świadczeń jest więcej wśród osób o niskich dochodach, korzystanie z wizyt opłaconych bezpośrednio z budżetów gospodarstw domowych wzrastało wraz z dochodem.

Tabela II. Nierówność w dostępie do usług zdrowotnych według form płatności

Table II. Inequity in access to healthcare services by type of payment

Forma płatności za świadczenie zdrowotne (form of payment for health service)		Wskaźnik koncentracji (concentration index)		Standaryzacja (standardization)	Nierówność dostępu (inequity of access)
		CI	p value		
Bezpłatne (publiczne) (free of charge)		-0,022	<.0001	0,002	-0,024
Prywatne (private)	Gotówka (out-of-pocket)	0,129	<.0001	-0,124	0,252
	Abonament (private insurance)	0,301	<.0001	-1,475	1,776

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Diagnozy społecznej 2011

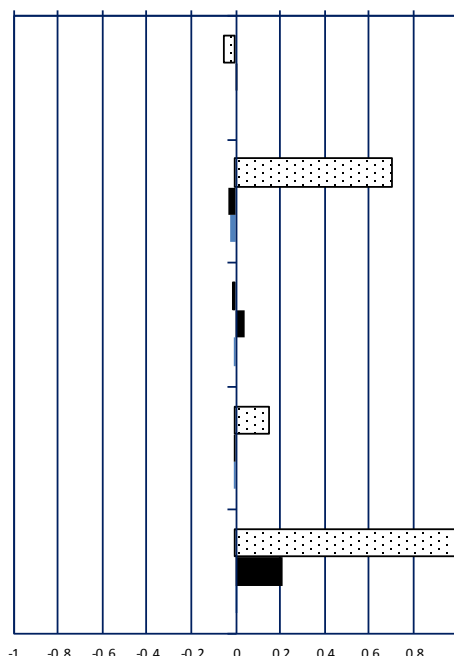
Source: Own work based on Social Diagnosis 2011

Podobny trend można zaobserwować w korzystaniu z abonamentowych usług medycznych.

Tabela II przedstawia wyniki dla wskaźnika koncentracji oraz wskaźnika równości dostępu w korzystaniu z usług medycznych. Wyniki dla wszystkich trzech rodzajów wizyt są statystycznie istotne oraz różne od zera. Wskazują na dominację konsumpcji świadczeń publicznych wśród osób mniej zamożnych oraz przewagę osób o większych dochodach wśród tych, które korzystają z prywatnych usług zdrowotnych. Standaryzacja o potrzeby zdrowotne wzmocniła wyróżnione tendencje. Zaobserwowano nierówność dostępu, która przejawiała się większym korzystaniem ze świadczeń publicznych przez osoby uboższe. Kontrolowanie potrzeb zdrowotnych pokazało ponadto, że stan zdrowia osób bardziej zamożnych nie jest wystarczającym powodem do częstszego korzystania z prywatnej służby zdrowia przez te grupy względem osób o mniejszych dochodach. W efekcie zaobserwowana nierówność dotyczyła także nieuzasadnionej potrzebami zdrowotnymi większej konsumpcji prywatnych usług medycznych wśród jednostek o większych budżetach domowych.

Wynik badania wpływu cech socjo-demograficznych na nierówność dostępu przedstawiono na rycinie 2. Są to wyniki analiz dekompozycji. W sytuacji, gdy konsumpcja usług zdrowotnych byłaby taka sama dla wszystkich grup dochodowych, suma prostokątów dla

forma zatrudnienia [employment form]
 wielkość miejscowości zamieszkania [size of city respondent lives in]
 wielkość gospodarstwa domowego [household size]
 wykształcenie [education]
 dochód (log) [income (log)]



■ Abonament (private insurance) ■ Gotówka (out-of-pocket) ■ Publiczne (free-of-charge)

Ryc. 2. Socjodemograficzne uwarunkowania nierówności dostępu do usług zdrowotnych - według z form płatności
 Fig. 2. Social demographic differences in access to healthcare by type of payment

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Diagnozy społecznej 2011

Source: Own work based on Social Diagnosis 2011

poszczególnych rodzajów świadczeń byłaby równa zero. O wpływie poszczególnych cech socjo-demograficznych na korzystanie z usług medycznych świadczy wielkość prostokąta. Im większy, tym silniejsza zależność. Dodatni prostokąt odpowiada za istnienie nierówności faworyzującej bogatszych, ujemny – biedniejszych. Jak pokazuje ryc. II konsumpcja publicznych świadczeń zdrowotnych nie była determinowana przez cechy socjo-demograficzne. Inaczej było w przypadku konsumpcji prywatnych usług zdrowotnych. Badanie wykazało, iż dochód był głównym czynnikiem determinującym korzystanie z prywatnego sektora służby zdrowia. Była to nierówność dostępu, która faworyzowała jednostki zamożniejsze. Dotyczyła zarówno zakupu porad medycznych za gotówkę, jak i korzystania z usług abonamentowych. Oprócz dochodu również miejsce zamieszkania oraz wykształcenie kontrybuowały w pewnym stopniu do większej konsumpcji prywatnych świadczeń zdrowotnych wśród osób z górnej części rozkładu dochodowego. Wielkość gospodarstwa domowego oraz forma zatrudnienia w niewielkim stopniu wpływały na nierówność w dostępie do systemu ochrony zdrowia.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przeprowadzono badanie równości dostępu do publicznego i prywatnego systemu ochrony zdrowia w Polsce na podstawie danych Diagnozy społecznej z 2011 roku. Poszukiwano odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu osoby, które wymagają takiego samego poziomu opieki zdrowotnej, otrzymują go niezależnie od dochodu i charakterystyki socjo-demograficznej. Przyjęto zasadę nierówności poziomej. Z jej definicji wynika, że ludzie wymagający jednakowej opieki zdrowotnej traktowani są tak samo, niezależnie od czynników niezdrowotnych, takich jak dochód, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, rasa, itp.

Oszacowanie wskaźnika koncentracji wykazało statystycznie istotną nierównomierność rozkładu usług zdrowotnych na korzyść ubogich w sektorze bezpłatnych usług medycznych i statystycznie istotną nierównomierność rozkładu na korzyść bogatych w zakresie usług medycznych dostępnych na prywatnym rynku opieki zdrowotnej.

Badanie nierówności dostępu potwierdziło zaobserwowane trendy. Podczas gdy wskaźnik koncentracji nie uwzględnia potrzeb badanej populacji, wskaźnik równości dostępu pokazuje, w jakim stopniu różnica pomiędzy rzeczywistym wykorzystaniem opieki zdrowotnej a poziomem, zdefiniowanym przez potrzeby zdrowotne, jest systematycznie związana z dochodem.

Kontrola zmiennych definiujących potrzeby zdrowotne, takich jak wiek, płeć i samoocena stanu zdrowia

wykazała, że rozkład korzystania ze świadczeń publicznych zdecydowanie bardziej faworyzuje uboższe grupy społeczne. W przypadku usług medycznych finansowanych z prywatnych zasobów i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, wyniki były inne. Analiza wykazała, że potrzeby zdrowotne nie tylko nie zmniejszyły nierówności w korzystaniu z tego rodzaju usług, ale jeszcze bardziej ją zintensyfikowały na rzecz większego dostępu przez zamożne grupy społeczne. Uwzględnienie zmiennych niezwiązanych z potrzebami wykazało z kolei, że korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej jest napędzane głównie przez dochód. W mniejszym zaś stopniu zależy od miejsca zamieszkania i wykształcenia.

Należy wziąć pod uwagę, że niniejsze badanie posiada pewne ograniczenia. Przede wszystkim założono, że „wizyta to wizyta” niezależnie od jej jakości, przyczyny i wyników.

Po drugie, stan zdrowia, wyznaczniki potrzeb i charakterystyki niezwiązane z potrzebami zostały sporządzone wyłącznie w oparciu o niestandardyzowane kwestionariusze z respondentami. W literaturze można znaleźć argumenty, że niektóre rodzaje analiz warto przeprowadzać przy użyciu standaryzowanych instrumentów takich jak np. SF-36 dla pomiaru, jakości życia (8).

Po trzecie, badanie oparto na ograniczonym zakresie danych na temat korzystania ze służby zdrowia. Istniała pewna liczba zmiennych, w tym przyjmowanie leków, opieka dentysty, medycyna alternatywna, itd., która nie została uwzględniona w ankiecie. Co więcej, okres korzystania z usług medycznych, który brany był pod uwagę w badaniu wynosił 12 miesięcy, co również mogło wprowadzić pewną niepewność w oszacowywaniu wyników badania. Dlatego każda próba uogólnienia rezultatów analiz ma pewne ograniczenia.

W przeprowadzonym badaniu obecny był problem pominiętych zmiennych. W przypadku, gdy byłyby jeszcze jakieś czynniki związane lub niezwiązane z potrzebami, które korelowałyby z dochodem, wyniki nie tylko odzwierciedlałyby bezpośredni wpływ dochodu na korzystanie z usług służby zdrowia, ale również wpływ pominiętych zmiennych (9). Tę ułomność prezentowanej tu analizy można częściowo obejść podejmując próbę zestawienia danych w panel i wykorzystując techniki panelowej analizy danych. Jest to sugerowany kierunek rozwoju tego badania.

Pomimo faktu, iż badanie posiada pewne ograniczenia to jednak rzuca nowe światło na problem nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych w Polsce. Zmienność wzorców wykorzystania opieki zdrowotnej w Polsce jest ważnym zagadnieniem polityki zdrowotnej, które wywołało wiele dyskusji w mediach i kręgach politycznych, ale nie zostało zbadane w sposób systematyczny z wykorzystaniem dowodów empirycznych.

Od transformacji ustrojowej w 1989 roku, rynek prywatnej opieki medycznej rozwinął się równoległe do

publicznej służby zdrowia. Jest on finansowany głównie z płatności bezpośrednich, ubezpieczeń prywatnych i programów abonamentowych udostępnianych głównie przez pracodawców. Choć podmioty świadczące prywatne usługi zdrowotne oferują głównie usługi poza placówkami publicznymi, stanowią one ważną część polskiego krajobrazu rynku opieki zdrowotnej. Świadczą o tym nie tylko dane dotyczące rosnących wydatków bezpośrednich ludności na leczenie, ale również fakt, iż roczne tempo wzrostu rynku prywatnych usług osiągnęło 30% (10,11). Jak pokazują wyniki niniejszego badania, rozwijający się sektor pozapublicznej pomocy medycznej nie jest dostępny dla wszystkich potrzebujących, ale tylko dla tych, którzy dysponują odpowiednimi środkami finansowymi.

W kontekście wyników analizy danych Diagnozy społecznej nie dziwią wyniki wykonanego w maju 2012 badania Euro Health Consumer Index (12). Analizowano 42 wskaźniki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w 34 krajach. Polska ochrona zdrowia otrzymała jedno z najniższych notowań głównie w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Wyniki niniejszego badania sugerują, że mamy do czynienia z redystrybucją netto od zamożnych do biednych. Ci pierwsi rezygnują ze świadczeń gwarantowanych przez system publiczny na rzecz konsumpcji prywatnych usług zdrowotnych. W konsekwencji głównie ci biedniejsi korzystają z publicznego systemu ochrony zdrowia. Z pewnością istnienie takiego podziału nie powinno stanowić problemu wtedy, gdy jakość usług jest porównywalna w obu sektorach oraz osoby niekorzystające z publicznego systemu nie byłyby zobowiązane do opłacania składki zdrowotnej. W polskiej rzeczywistości przynajmniej jeden z tych warunków nie jest spełniony. W efekcie mamy do czynienia z ograniczonym dostępem do prywatnych usług medycznych przez uboższe warstwy społeczne. Podobną sytuację zaobserwowano w Hong Kongu, gdzie również funkcjonuje dualność prywatnego i publicznego rynku służby zdrowia. Koegzystencję obu systemów próbuje się uregulować tak, aby minimalizować nierówny dostęp do takiej samej pomocy medycznej pomiędzy ubogich a bogatych. Rozważa się wprowadzenie udogodnień podatkowych dla korzystających z prywatnych świadczeń oraz dotacji dla wybranych grup społecznych zapewniających możliwość takiego samego leczenia dla wszystkich na takim samym poziomie (13).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Niniejsze badanie jest pierwsze, które w sposób empiryczny zdefiniowało problem równości dostępu. Zaprezentowane analizy zdają się potwierdzać intuicyjne opinie, jakie można wyrobić sobie na podstawie

codziennych obserwacji polskiej rzeczywistości. Badanie wykazało istnienie nierówności dostępu do systemu ochrony zdrowia w Polsce. Korzystanie z publicznych świadczeń zdrowotnych jest podyktowane potrzebami zdrowotnymi. W przypadku zaś prywatnego systemu ochrony zdrowia, różnice pomiędzy korzystaniem z pomocy medycznej a faktycznymi potrzebami zdrowotnymi są związane z zamożnością i charakterystyką socjo-demograficzną jednostki. Chociaż wnioski płynące z przeprowadzonych analiz należy uznać za interesujące, pozostawiają znaczny niedosyt. Niekorzystanie przez bardziej zamożnych z publicznego systemu ochrony zdrowia, pomimo regularnego płacenia składek oraz funkcjonowanie prywatnego rynku usług medycznych dla bogatych jest ciekawym wnioskiem, jednak prowadzi do szeregu dalszych pytań. Literatura przedmiotu pokazuje, iż kwestia równości dostępu odmiennie się zarysowuje w przypadku wizyt u lekarzy rodzinnych od porad specjalistycznych. Uprawnione jest zatem postawienie dodatkowych pytań badawczych, jak na przykład - jaka jest realizowana równość dostępu dla poszczególnych typów świadczeń medycznych oraz jaki jest wpływ potrzeb zdrowotnych oraz cech socjo-demograficznych w istnieniu nierówności dostępu w poszczególnych przypadkach. Niestety dostępny zakres danych gromadzonych w ramach Diagnozy społecznej nie pozwala znaleźć odpowiedzi na owe pytania. Należy mieć nadzieję, że w przyszłości zostaną przeprowadzone badania umożliwiające realizację bardziej pogłębionych analiz owych zagadnień (14).

PIŚMIENNICTWO

1. Global Health Survey 2011, IRIS (International Research Institutions), October 2011
2. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tekst uchwalony w dniu 2 kwietnia 1997 r. przez Zgromadzenie Narodowe.
3. Culyer T. Need: The idea won't do--but we still need it. *Soc Sci Med* 1995;40 (6):727-730.
4. van Doorslaer, E. et al, Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the U.S. *J Health Econom* 2000;19(5):553-84.
5. Diagnoza społeczna: zintegrowana baza danych 2000-2009. www.diagnoza.com, [18.01.2012].
6. Eddy van Doorslaer, et al.), "Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies", *Soc Sci Med* 2007;64:199-212
7. William H. Greene. *Econometric analysis*. 5th ed. Prentice-Hall, 2003;20-60
8. Layte R., Nolan B. Equity in the Utilization of Health Care in Ireland, Working Paper No. 2, University College Dublin and the University of Ulster, Dublin Ulster 2003. http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/ECuity3wp15LayteNolan.PDF
9. Gravelle H, Morris S, Sutton M. Economic Studies of equity in the consumption of health care. In: Jones AM,

- Elgar companion to health economics, Edward Elgar 2006; 193-204.
10. OECD Health data 2010, www.oecd.org dostęp 18 marca.2012
11. Surmacz W., Zdrowa kasa [Healthycash], Forbes 27.06.2011, <http://www.forbes.pl/artykuly/sekcje/strategie/zdrowa-kasa,16473,1>,
12. Health Power House, www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf, dostęp 18 maja 2012
13. Leung G., Tin K., O'donnell O. Redistribution or horizontal equity in Hong Kong's mixed public- private health system: a policy conundrum. *Health Econom* 2009;18(1):37-54.
14. Kolasa K. Optymalna alokacja zasobów w ochronie zdrowia, Wolters Kluwer, praca w druku
- Otrzymano: 22.08.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 28.09.2012 r.
- Adres do korespondencji:**
Katarzyna Kolasa
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Zakład Farmakoeconomiki
ul. Żwirki i Wigury 81
02-091 Warszawa
kkolasa@wum.edu.pl, tel. +48 781 881 007