

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

GOTOWOŚĆ MIESZKAŃCÓW WARSZAWY DO WSPÓŁPRACY ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA. III. KORZYSTANIE Z RÓŻNYCH RODZAJÓW LECZENIA

WILLINGNESS OF WARSAW INHABITANTS TO COOPERATE WITH HEALTH SERVICE. III. USE OF DIFFERENT TYPES OF TREATMENT

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

STRESZCZENIE

WPROWADZENIE. Ogólnoświatowy kryzys ekonomiczny pociągnął za sobą konieczność ograniczenia wydatków na cele publiczne, w tym również na opiekę zdrowotną. W sytuacji ograniczenia świadczeń gwarantowanych publicznie, część usług dla niektórych pacjentów może być dostępna jedynie u lekarzy prywatnych. Dlatego też istnieje potrzeba zbadania czynników warunkujących korzystanie z obu typów opieki zdrowotnej

CEL BADAŃ. Celem badań była ocena związku między korzystaniem z opieki lekarza pierwszego kontaktu w ramach bezpłatnego leczenia i lekarzy prywatnych a zdrowiem i jego zaburzeniami, oceną lekarzy i wydatkami na leczenie mieszkańców Warszawy.

MATERIAŁ I METODY. Dane zebrane zostały od 402 mieszkańców Warszawy za pomocą ankiety nieadresowanej opracowanej w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

WYNIKI. Badania nasze wykazały, że większość respondentów korzystała z obu rodzajów opieki zdrowotnej. Mężczyźni, osoby najmłodsze i najstarsze, posiadające wykształcenie podstawowe, uczący się i bezrobotni byli bardziej skłonni leczyć się jedynie u lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego, podczas gdy osoby w wieku 30-44 lat, lepiej wykształcone, pracujące oraz pozostające na utrzymaniu innych osób częściej leczyły się wyłącznie u lekarza prywatnego. Osoby korzystające wyłącznie z usług lekarzy prywatnych lepiej oceniały stan swojego zdrowia, fizycznie czuły się lepiej, postrzegały silniejsze wsparcie społeczne i rzadziej pozostawały w domu z powodu choroby. Lekarze prywatni oceniani byli bardziej pozytywnie w porównaniu z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej praktykującymi w publicznej opiece zdrowotnej, ale różnica ta nie była duża. W odniesieniu do własnej sytuacji materialnej osoby korzystające z usług lekarzy prywatnych nie oceniły wyżej wydatków na leczenie niż osoby korzystające wyłącznie z usług lekarzy pierwszego kontaktu zatrudnionych w publicznej opiece zdrowotnej.

WNIOSKI. Nasze badania wskazują, że niekontrolowany rozwój rynku prywatnych usług medycznych może zwiększyć nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, jeśli nie będzie zabezpieczony właściwy dostęp do publicznej opieki zdrowotnej.

SŁOWA KLUCZOWE: *publiczna opieka zdrowotna, prywatna opieka zdrowotna, samoocena zdrowia, zaburzenia zdrowia, samopoczucie, partycypacja społeczna*

ABSTRACT

BACKGROUND. The global economic crisis led to the need to reduce the public expenditure, including health care. In a situation of reduction of the publicly guaranteed benefits, some services may be available only in

private physicians for particular patients. Therefore, there is a need to examine factors determining the use of both types of health care.

OBJECTIVES. The aim of the study was to assess the association between the use of free treatment of general practitioner and the use of private physician services on one hand, and health and its disorders, assessment of physician, and expenditure on treatment of the Warsaw inhabitants on other hand.

MATERIAL AND METHODS. The data were collected from 402 Warsaw inhabitants by not-addressed questionnaire elaborated in Health Promotion and Postgraduate Education Department of the National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene.

RESULTS. Our findings showed that the majority of respondents used the both types of health care. Males, people from the youngest and the oldest group, those having elementary education, students and unemployed were more likely to use only free treatment from general practitioner, whereas people aged 30-44 years, higher educated, employed and those depending on other people were more often treated only by private physicians. The beneficiaries of only private physician services higher evaluated their health, physically felt better, perceived stronger social support and rarely remained at home due to illness. Private physicians were evaluated more positively in comparison with general practitioner practicing in public health care, nevertheless, the difference was not large. With respect to their own financial situation, the people using private physician services did not find higher medical expenses than those using only the general practitioner of public health care.

CONCLUSIONS. Our research indicates that uncontrolled development of private medical services market may increase inequality in access to health care, if not protected by appropriate access to public health care.

KEY WORDS: *public health care, private health care, self-rated health, health disorders, well-being, social participation*

WSTĘP

Stały wzrost kosztów leczenia obserwowany jest powszechnie. Zjawisko to ma wiele przyczyn, a do najważniejszych należą starzenie się populacji, rozwój nowych, coraz bardziej kosztowych technologii medycznych i wzrost oczekiwań pacjentów (1). Zapewnienie obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej o wysokim poziomie jakości przerasta możliwości nawet najwyżej rozwiniętych państw, zwłaszcza w sytuacji globalnego kryzysu ekonomicznego i konieczności ograniczenia wydatków na cele publiczne (2, 3). Reformy przeprowadzane w większości państw Unii Europejskiej zmierzają do wprowadzenia do opieki zdrowotnej mechanizmów rynkowych poprzez stworzenie warunków do konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami, a w niektórych przypadkach systemów opartych na ubezpieczeniach powszechnych również między płatnikami (ubezpieczycielami), oraz swobodnego wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę (4). Urynkowanie opieki zdrowotnej w celu zwiększenia jej efektywności jest podstawowym założeniem reform prowadzonych w Polsce (5, 6).

Działania administracji publicznej mogą przynieść pozytywne efekty tylko wówczas, jeśli towarzyszy im akceptacja społeczna. Praktyka pokazała, że wprowadzanie mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej wbrew opinii społecznej, może prowadzić nawet do kryzysu politycznego, jak zdarzyło się to w Czechach (7). Badania sondażowe prowadzone w Polsce, dotyczące różnych aspektów prywatyzacji opieki zdro-

wotnej, wskazały, że oceny Polaków w tym zakresie są bardzo zróżnicowane (8 - 16). W Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny w 2011 roku podjęto badania, których podstawowym celem było stworzenie mieszkańcom Warszawy możliwości do aktywnego uczestniczenia w badaniach sondażowych poświęconych ich zdrowiu, a w szczególności opracowanie ankiety, która służyłaby zebraniu informacji o subiektywnie postrzeganym zdrowiu obywateli, a także pozwalałaby im swobodnie zgłaszać własne postulaty dotyczących reformy zdrowia i opinie o opiece zdrowotnej (17, 18). Zebrane dane stworzyły możliwość porównania wybranych aspektów korzystania przez mieszkańców Warszawy z opieki zdrowotnej, które częściowo sprowadzały się do różnic w korzystaniu z publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. Celem przedstawionej pracy było określenie zależności między korzystaniem z usług świadczonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach leczenia bezpłatnego i lekarzy prywatnych, a cechami społeczno-demograficznymi, zdrowiem i jego zaburzeniami, a także oceną lekarza i kosztów ponoszonych na leczenie.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzone zostały wśród mieszkańców Warszawy metodą ankiety nieadresowanej, opracowanej w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia

Publicznego – PZH. Ankiety dostarczono do 1700 domostw. Odesłano 406 ankiet, z których 402 prawidłowo wypełnione zakwalifikowano do badań. Charakterystyka próby oraz szczegółowe omówienie zawartości ankiety przedstawiono w innej publikacji (17).

Informacje o korzystaniu z publicznej i niepublicznej opieki zdrowotnej zebrano za pomocą pytań o ocenę lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego (element publicznej opieki zdrowotnej) i ocenę lekarzy prywatnych, jeśli respondenci korzystali z płatnych usług medycznych (element prywatnej opieki zdrowotnej). Respondenci oceniali lekarzy na trzypunktowej skali: bardzo pozytywnie / raczej pozytywnie / negatywnie lub informowali, że z tego typu leczenia nie korzystali. Przyjęto siedem mierników zdrowia i jego zaburzeń. Samoocenę stanu zdrowia mierzono pięciopunktową skalą Likerta – od „bardzo złe” (1 punkt) do „bardzo dobre” (5 punktów). Samopoczucie fizyczne respondenci oceniali za pomocą pięciu kryteriów (ból głowy, przemęczenie, ból brzucha, kołatanie serca, ból stawów, ból kręgosłupa, kłopoty ze snem) z wykorzystaniem skali Likerta, której w analizie wyników nadano wartość punktową (7 – 35 punktów). Podobne procedury zastosowano w przypadku samopoczucia psychicznego (lęk, poczucie winy, bezradność, bez nadziei, przygnębienie, niezadowolenie z siebie, irytacja) i wsparcia społecznego (bezpieczeństwo, łatwość kontaktów, pomoc bliskich, samotność, odrzucenie, towarzyskość). Przyjęto następujące wskaźniki zaburzeń zdrowia: częstość pozostawiania w ciągu ostatniego roku w domu z powodu choroby (od wcale do 6 razy lub więcej), częstość kontaktowania się z lekarzem w ciągu ostatniego roku (od wcale do 6 razy lub więcej), liczba pobyków w szpitalu w ciągu ostatniego roku (od wcale do 3 razy lub więcej). Badanym zadano również pytanie, jak w odniesieniu do własnej sytuacji materialnej oceniają swoje wydatki na leczenie (bardzo wysokie / dość wysokie / niskie).

Do założenia bazy danych i analizy statystycznej wykorzystano program Epi Info. 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

Spośród 398 respondentów, w przypadku których uzyskano dane o korzystaniu z opieki lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego i lekarzy prywatnych, pięciu nie leczyło się i grupa ta została pominięta w dalszej analizie. U lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego leczyło się

351 osób (89,1%), a prywatnie – 309 osób (78,4%). W tabeli I przedstawiono zróżnicowanie korzystania z usług lekarzy pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego i lekarzy prywatnych. Większość respondentów korzystała z obu możliwości, co piąty był pacjentem wyłącznie lekarza pierwszego kontaktu publicznej opieki zdrowotnej, a co dziesiąty korzystał z porad wyłącznie lekarza prywatnego. Korzystanie z obu typów leczenia w dużym stopniu różnicują cechy demograficzne. U lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego częściej leczą się mężczyźni, respondenci najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej, osoby posiadające wykształcenie podstawowe oraz uczący się i bezrobotni. Natomiast z leczenia prywatnego najczęściej korzystają osoby w wieku średnim (30–44 lata), posiadający wyższe wykształcenie, pracujący oraz

Tabela I. Korzystanie przez mieszkańców Warszawy z usług lekarza pierwszego kontaktu w ramach bezpłatnego leczenia i usług lekarzy prywatnych

Table I. The use of fee treatment from general practitioner and the use of private physician services by Warsaw inhabitants

Cechy demograficzne	Korzystanie z leczenia			p*
	Wyłącznie lekarz pierwszego kontaktu w ramach bezpłatnego leczenia (n=85) %	Oba rodzaje leczenia (n=266) %	Wyłącznie lekarze prywatni (n=43) %	
Ogółem	21,6	67,5	10,9	
Płeć:				
mężczyźni	28,2	61,7	10,1	0,047
kobiety	17,6	71,3	11,1	
Wiek:				
18-29	25,0	68,2	6,8	0,005
30-44	13,6	63,6	22,7	
45-64	18,5	71,3	10,2	
65 lub więcej	29,5	63,9	6,6	
Wykształcenie:				
podstawowe	61,5	38,5	0,0	>0,001
zawodowe	26,7	73,3	0,0	
średnie	24,8	70,3	4,8	
wyższe	16,1	66,3	17,6	
Aktywność zawodowa:				
uczący się	44,4	50,0	5,6	>0,001
pracujący	13,3	71,8	14,9	
emeryt, rencista	28,8	65,4	5,8	
bezrobotny	45,5	54,5	0,0	
na utrzymaniu innej osoby	8,3	58,3	33,3	

* test χ^2

Tabela II. Wartości mierników zdrowia w zależności od korzystania przez mieszkańców Warszawy z usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach bezpłatnego leczenia i usług lekarzy prywatnych

Table II. Scores of health indicators in relation to the use of fee treatment from general practitioner and private physician services by Warsaw inhabitants

Mierniki zdrowia	Korzystanie z leczenia			
	Wyłącznie lekarz pierwszego kontaktu w ramach bezpłatnego leczenia X_{sr}	Oba rodzaje leczenia X_{sr}	Wyłącznie lekarze prywatni X_{sr}	p*
Samooceńca zdrowia	3,31	3,31	3,88	>0,001
Samopoczucie fizyczne	23,05	22,15	24,83	0,008
Samopoczucie psychiczne	24,94	24,85	24,92	0,956
Wsparcie społeczne	27,00	26,94	28,86	0,008
Częstość przebywania w domu z powodu choroby	1,21	1,55	1,07	0,013
Częstość kontaktowania się z lekarzem	1,84	1,89	1,86	0,964
Częstość pobytów w szpitalu	0,34	0,34	0,12	0,076

* test Kruskala-Wallis

respondenci pozostający na utrzymaniu innej osoby a nie zarejestrowani jako bezrobotni.

Dane przedstawione w tabeli II wskazują, że korzystanie z różnych rodzajów usług medycznych wiąże się z różnym poziomem zdrowia pacjentów. Respondenci, którzy korzystali wyłącznie z opieki lekarzy prywatnych, znacząco wyżej oceniali swoje zdrowie, cieszyli się lepszym samopoczuciem fizycznym, lepiej postrzegali wsparcie społeczne, rzadziej przebywali w domu z powodu choroby i rzadziej przebywali w szpitalu w porównaniu z pozostałymi grupami. Istotność tej ostatniej różnicy leżała nieco poniżej przyjętego poziomu. Nie stwierdzono różnic w zakresie samopoczucia psychicznego i częstości kontaktowania się z lekarzem.

Zróznicowanie oceny lekarzy przedstawiono zostało w tabeli III. Analizie poddano całą próbę oraz oddzielnie grupę respondentów korzystających z obu

rodzajów usług medycznych, którzy dzięki temu mieli możliwość porównania usług na podstawie własnego doświadczenia. Większość respondentów oceniła w sposób umiarkowanie pozytywny zarówno lekarzy pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego, jak i lekarzy prywatnych. Obie zastosowane metody analizy wykazały, że ocenę bardzo pozytywną znacząco częściej otrzymywali lekarze prywatni, a ocenę negatywną – lekarze pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego.

Ocena wydatków na leczenie nie różnicowała w sposób istotny statystycznie grup zróznicowanych ze względu na korzystanie z usług lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego i lekarzy prywatnych (tab. IV). Większość respondentów oceniła swoje wydatki jako dość wysokie. Niemniej jednak warto zaznaczyć, że ponoszenie niskich wydatków częściej deklarowały

Tabela III. Ocena lekarza pierwszego kontaktu publicznej opieki zdrowotnej i lekarzy prywatnych przez mieszkańców Warszawy

Table III. Assessment of the general practitioner of public health care and private physicians by Warsaw inhabitants

Ocena lekarza	Korzystanie z leczenia					
	Cała próba (N=393)			Korzystający z obu rodzajów leczenia (N=266)		
	Lekarz pierwszego kontaktu poz %	Lekarze prywatni %	p*	Lekarz pierwszego kontaktu poz %	Lekarze prywatni %	p*
Bardzo pozytywna	24,7	32,9		24,1	32,0	
Raczej pozytywna	63,6	60,6	0,011	63,5	60,9	0,032
Negatywna	11,7	6,5		12,4	7,1	

* test χ^2

Tabela IV. Ocena wydatków na leczenie w zależności od korzystania przez mieszkańców Warszawy z usług lekarza pierwszego kontaktu w ramach bezpłatnego leczenia i usług lekarzy prywatnych

Table IV. Assessment of expenses for treatment in relation to the use of fee treatment from general practitioner and the use of private physician services by Warsaw inhabitants

Wydatki na leczenie	Korzystanie z leczenia			
	Wyłącznie lekarz pierwszego kontaktu w ramach bezpłatnego leczenia %	Oba rodzaje leczenia %	Wyłącznie lekarze prywatni %	p*
Niskie	17,1	19,9	25,6	0,264
Dość wysokie	57,9	60,2	66,7	
Bardzo wysokie	25,0	19,9	7,7	

* test χ^2

osoby korzystające wyłącznie z opieki lekarzy pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego, a wśród respondentów deklarujących ponoszenie bardzo wysokich wydatków na leczenie, odsetek osób korzystających wyłącznie z prywatnej opieki zdrowotnej był ponad trzykrotnie mniejszy w porównaniu z odsetkiem osób korzystających wyłącznie z opieki lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego.

DYSKUSJA

Badania nasze jedynie pośrednio pozwalają wnioskować o korzystaniu z publicznej i/lub prywatnej opieki zdrowotnej i uwarunkowaniach wyborów korzystania. Niemniej jednak, warto porównać uzyskane przez nas wyniki z wynikami innych badań. W badaniach prowadzonych na ogólnopolskich próbach odnotowano podobny do stwierdzonego przez nas odsetek korzystających z publicznej opieki zdrowotnej (91,5% - 93,0%, a w przypadku Województwa Mazowieckiego – 89,3%) (8, 11). Odsetek korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej był nieco mniejszy (49,1% - 56,0%), co wynikało z częstszego korzystania z prywatnych usług medycznych przez mieszkańców dużych miast, a szczególnie Warszawy. W porównaniu z wynikami naszych badań, zaobserwowany w innych badaniach większy odsetek osób korzystających wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej (44,0%) i mniejszy korzystających wyłącznie z prywatnej opieki zdrowotnej (7,0%) również spowodowany był większą dostępnością prywatnych usług medycznych w dużych miastach (11). Podobnie jak w naszych badaniach, w cytowanych publikacjach grupami najrzadziej korzystającymi z prywatnej opieki zdrowotnej były osoby starsze, gorzej wykształcone, emeryci i renciści, a ponadto osoby o niższych dochodach (8, 11). Jest to tendencja powszechna, niezależna od stopnia zamożności danego państwa. Również badania prowadzone w Szwajcarii, w których porównano

korzystanie z publicznych i prywatnych przychodni specjalistycznych, wykazały, że rzadziej leczyły się prywatnie osoby starsze, gorzej wykształcone i o dużo niższych dochodach (19). W ogólnopolskich badaniach warunków i jakości życia Polaków odnotowano, że grupy te częściej musiały zrezygnować z leczenia (przede wszystkim zakupu leków) ze względu na wysokie koszty (8). Dodatkowo warto zaznaczyć, że w badaniach sondażowych dotyczących gotowości do współpłacenia za usługi medyczne osoby starsze, gorzej wykształcone, emeryci i renciści oraz mniej zamożni deklarowali mniejsze możliwości wnoszenia dodatkowych opłat za leczenie (9, 16). W ciągu ostatnich dziesięciu lat odsetek Polaków korzystających wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej zmniejszył się z 46% do 36%, korzystających z obu typów opieki zdrowotnej wzrósł z 27% do 40%, podczas gdy odsetek leczących się prywatnie pozostał na tym samym poziomie (6% - 7%) (11).

Badania nasze wykazały, że osoby korzystające wyłącznie z usług lekarzy prywatnych cieszyły się lepszym zdrowiem zarówno w jego wymiarze subiektywnym, jak i obiektywnym. W Polsce nie prowadzono dotychczas systematycznych badań dotyczących związku między korzystaniem z różnych typów opieki zdrowotnej a stanem zdrowia. Wyniki naszych badań pośrednio potwierdzają wyniki badań *Derkacza* i wsp. oraz *Owoca* i wsp. Autorzy pierwszego z wymienionych badań stwierdzili, że respondenci skłonni do współfinansowania własnego leczenia oceniali wyżej stan swojego zdrowia (9). Natomiast *Owoc* i wsp. odnotowali, że respondenci, którzy w większym stopniu popierali prywatyzację publicznej opieki zdrowotnej również wyżej oceniali swoje zdrowie (14). Nasze badania prowadzone były metodą retrospektywną, dlatego mylące byłoby wyciąganie wniosku, że leczenie w ramach prywatnej opieki zdrowotnej jest bardziej skuteczne. Bardziej zasadna wydaje się interpretacja, że osoby korzystające wyłącznie z usług lekarzy prywatnych były zdrowsze przed wyborem tej formy opieki. Wydają się

to potwierdzać cytowane badania Perrona i wsp. (19). Niemniej jednak, konieczne są badania prospektywne, które umożliwiłyby porównanie skuteczności obu typów opieki zdrowotnej. Za granicą przeprowadzono nieliczne badania porównawcze i nie dają one podstaw do stwierdzenia, który typ opieki zdrowotnej zapewnia pacjentom bardziej skuteczne leczenie (20 – 23).

Paradoksem jest to, że ocena publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w opinii społecznej jest negatywna (24), podczas gdy sami pacjenci usługi otrzymane w zakładach publicznej opieki zdrowotnej oceniają pozytywnie (25). Bardziej szczegółowa analiza wykazała, że pozytywnie oceniane są takie aspekty publicznej opieki zdrowotnej, jak łatwy dostęp do lekarza pierwszego kontaktu, kompetencja, zaangażowanie i życzliwość lekarzy, nowoczesna aparatura medyczna i możliwość otrzymania natychmiastowej pomocy, natomiast negatywnie – trudności w dostaniu się do specjalisty i przeprowadzenia badań diagnostycznych, niedogodne godziny przyjęć, brak szybkiej obsługi przez administrację placówek (10). Możliwość szybkiego dostania się do specjalistów i przeprowadzenia badań diagnostycznych, a także fakt, że NFZ nie refunduje części usług medycznych są głównym powodem korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej (12). W naszych badaniach respondenci wyżej ocenili usługi świadczone przez lekarza prywatnego, ale różnica nie była znaczna. Większość badanych wybrała ocenę umiarkowanie pozytywną dla obu rodzajów leczenia, w obu przypadkach więcej było ocen bardzo pozytywnych niż negatywnych, chociaż w przypadku oceny lekarza prywatnego różnica ta była większa. Podobne wyniki przyniosły wcześniejsze badania. Lech i Petryka badając w 2002 roku ocenę publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej (przychodnie i szpitale), wprawdzie stwierdzili, że placówki prywatne uzyskały nieco wyższą ocenę, ale rozpiętość ocen tych placówek była większa niż publicznych zakładów opieki zdrowotnej (placówki prywatne uzyskały zarówno najwyższe, ale także najniższe oceny) (13).

Wbrew oczekiwaniom nasze badania nie wykazały, że osoby korzystające z usług lekarzy prywatnych postrzegają swoje wydatki na leczenie jako wyższe w porównaniu z osobami korzystającymi wyłącznie z opieki lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego. Zebrane przez nas dane mogłyby wskazywać, że to pacjenci tej ostatniej grupy częściej oceniają wydatki na leczenie jako bardzo wysokie. Badania prowadzone zarówno w Polsce, jak i za granicą wykazały, że z prywatnej opieki medycznej korzystają przede wszystkim pacjenci o wysokich dochodach, dla których ponoszone koszty są mniej odczuwalne (8, 11, 19).

Wprowadzenie mechanizmów rynkowych do systemu opieki zdrowotnej wymaga starannego rozważenia korzyści i barier. Po pierwsze, opinie Polaków wobec prywatyzacji opieki zdrowotnej są negatywne (15,

16, 24). Po drugie, często podkreśla się, że na rynku świadczeń zdrowotnych obowiązujące prawo stawia podmioty publiczne w mniej korzystnej sytuacji. Przewaga niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej nad publicznymi polega na tym, że kontrakt z płatnikiem publicznym (NFZ) nie oznacza dla nich jedyne źródła finansowania. W przeciwieństwie do szpocz-ów, niepubliczne zoz-y, korzystające ze środków NFZ, mogą wykonywać te same świadczenia odpłatnie, co narusza zasadę równego dostępu osób ubezpieczonych do świadczeń objętych ubezpieczeniem (6). Po trzecie, próby wprowadzenia partnerstwa publiczno-prywatnego do polskiej opieki zdrowotnej nie zawsze kończyły się powodzeniem (26). Również za granicą, oceny partnerstwa publiczno-prywatnego w ramach opieki zdrowotnej są zarówno pozytywne (27), jak i bardzo krytyczne (28). Po czwarte, jeśli państwo nie kontroluje rynku prywatnych usług medycznych, to może dojść do sytuacji, w której część obywateli pozbawiona będzie opieki zdrowotnej, jak miało to miejsce do niedawna w USA (29). Konkurencja między świadczeniodawcami, a także płatnikami (ubezpieczycielami) może zwiększać efektywność opieki zdrowotnej nie łamiąc zasady powszechnej i równej dostępności do świadczeń zdrowotnych, jeśli przedmiotem konkurencji nie będzie zysk finansowy lecz wyższa jakość świadczeń. Takie założenie było podstawą reformy holenderskiego systemu opieki zdrowotnej (30), ocenianego obecnie jako najbardziej przyjazny pacjentowi system na świecie (31).

WNIOSKI

Wyniki naszych badań wskazują, że korzystanie z usług lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego i usług świadczonych przez lekarzy prywatnych w dużym stopniu różnicuje pacjentów, a w szczególności:

1. osoby starsze, gorzej wykształcone, uczące się oraz bezrobotni i emeryci w mniejszym stopniu leczyły się prywatnie, co wskazywałoby na to, że grupy te mogą mieć mniejsze możliwości korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej;
2. wyższy poziom zdrowia (samoocena stanu zdrowia, samopoczucie fizyczne) odnotowany wśród osób leczących się wyłącznie prywatnie i rzadsze korzystanie z usług medycznych (częstość przebywania w domu z powodu choroby) mogą wskazywać, że cieszyli się oni lepszym zdrowiem przed podjęciem decyzji o korzystaniu wyłącznie z prywatnego leczenia;
3. wprawdzie respondenci lepiej ocenili lekarza prywatnego, ale w przypadku obu rodzajów leczenia większość z nich wybrała ocenę pozytywną w stopniu umiarkowanym, a tylko niewielki procent ocenę negatywną;

4. wbrew oczekiwaniom osoby, które korzystały wyłącznie z usług lekarzy prywatnych, nie oceniły wyżej wydatków ponoszonych na leczenie niż osoby korzystające wyłącznie z opieki lekarza pierwszego kontaktu w ramach leczenia bezpłatnego, co zapewne wiązało się z ich lepszą sytuacją materialną.

Badania nasze dają podstawę do stwierdzenia, że niekontrolowany rozwój rynku prywatnych usług medycznych może zwiększyć nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, jeśli nie będzie zabezpieczony właściwy dostęp do publicznej opieki zdrowotnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Pammolli F, Riccaboni M, Magazzini L. The sustainability of European health care systems: beyond income and aging. *Eur J Health Econ* 2011; DOI 10.1007/s 10198-011-0337-8.
2. Koch T. Learning from the economic crisis: public health and private venture. *J Med Ethics* 2009; 35: 145-146.
3. Simonet D. Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the case of Germany, UK, Switzerland, Italy and France. *Int J Health Care Qual Assur* 2010; 23: 470-488.
4. Lear J, Mossalios E, Karl B. EU competition law and health policy. W: Mossalios E, red. *Health system governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge: University Press; 2010: 337-378.
5. Kirschner H. Problemy ochrony zdrowia w gospodarce rynkowej. *Zdr Publ* 2008; 118: 123-131.
6. Wrześniewska-Wal I. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej jako podmioty gospodarcze na rynku świadczeń zdrowotnych. W: Ryć K, Sobczak A, red. *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*. Warszawa: Oficyna Walters Kluwer bussines; 2010: 61-76.
7. Van Ginneken E, Ottichova A, Gaskins M. User fees in the Czech Republic: the continuing story of a divisive tool. *Eurohealth* 2010; 16: 1-3.
8. Czapiński J, Panek T. Opieka zdrowotna. W: Czapiński J, Panek T, red. *Diagnoza społeczna: warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego; 2011: 120-127.
9. Derkacz M, Chmiel-Perzyńska I, Buczek-Stec E i in. Współpłacenie za usługi medyczne – badania opinii społecznej. *Przegl Epidemiol* 2011; 65: 363-370.
10. Hipsz N. *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej*. Warszawa: CBOS; 2012.
11. Hipsz N. *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*. Warszawa: CBOS; 2012.
12. Hipsz N. *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej*. Warszawa: CBOS; 2012.
13. Lech M, Petryka I. Ocena poziomu satysfakcji pacjentów z usług świadczonych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. *Wiad Lek* 2002; 55 (supl 1): 313-320.
14. Owoc A, Bojar I, Owoc J. Prywatyzacja opieki medycznej w opinii pacjentów. *Zdr Publ* 2009 119: 14-18.
15. Roguska B. *Opinie o komercjalizacji szpitali*. Warszawa: CBOS; 2008.
16. Wądołowska K. *Gotowość do zmian w służbie zdrowia*. Warszawa: CBOS; 2010.
17. Supranowicz P, Wysocki MJ, Car J i in. *Gotowość mieszkańców Warszawy do współpracy ze służbą zdrowia. I. Opinie o reformie zdrowia*. *Przegl Epidemiol* 2012; 66: 139-148.
18. Supranowicz P, Wysocki MJ, Car J i in. *Gotowość mieszkańców Warszawy do współpracy ze służbą zdrowia. II. Ocena bezpieczeństwa zdrowotnego i emerytalnego*. *Przegl Epidemiol* 2012; 66: 149-155.
19. Perron NJ, Favrat B, Vannotti M. Patients who attend a private practice vs a university outpatient clinic: how do they differ? *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 730-737.
20. Hemminki E, Sevon T, Tanninen K i in. Use of private gynecologist does not relate to better prevention outcomes – an ecological analysis from Finland. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 27-34.
21. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Econ* 2008; 17: 1107-1128.
22. Shen Y-C, Eggleston K, Lau J i in. Hospital ownership and financial performance: what explain the different findings in the empirical literature? *Inquire* 2007; 44: 41-68.
23. Tiemann O, Schreyogg J, Busse R. Which type of hospital ownership has the best performance? Evidence and implication from Germany. *Eurohealth* 2011; 17: 31-33.
24. Wądołowska K. *Opinie o opiece zdrowotnej*. Warszawa: CBOS; 2010.
25. Marcinowicz L, Grębowski R. Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia wysokiego poziomu zadowolenia z opieki. *Pol Merk Lek* 2005; 17: 663-666.
26. Krajewski-Siuda K, Romaniuk P. Privatization of the hospitals in Poland – barriers and opportunities. *Centr Eur J Publ Health* 2006; 14: 25-29.
27. World Health Organization. Spanish health district tests a new public-private mix. *Bull World Health Org* 2009; 87: 892-893.
28. McCarter J. Failing grade for public-private partnership hospitals. *Can Med Assoc J* 2009; 180: 380.
29. Owoc A, Owoc J, Bojar I i in. System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90: 403-406.
30. Van Ginneken E, Schafer W, Kroneman M. Managing competition in the Netherlands: an example for others? *Eurohealth* 2010; 16: 23-26.
31. Euro Health Consumer Index 2008. www.healthpowerhouse.com.

Otrzymano: 21.06.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 26.07.2012 r.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Piotr Supranowicz

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy

Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. (022) 54 21 334

e-mail: psupranowicz@pzh.gov.pl