

# Opinie i oczekiwania pacjentów względem systemu opieki zdrowotnej

Katarzyna Marcinów, \*Dominik Olejniczak

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik: prof. dr hab. Janusz Ślusarczyk

## OPINIONS AND EXPECTATIONS OF PATIENTS ACCORDING HEALTH CARE SYSTEM

### Summary

**Introduction.** The expectations of patients according to functioning of the health care system will always have a high level. Meeting these demands is reflected in the opinion on the functioning of the system. Demand for services is high and often the system is unable to meet them. Rational benefits and patient education can significantly affect system performance, and thus to improve the opinion on its functioning.

**Material and methods.** The research group was 101 persons, patients obtaining public health care. Selection of the sample was random in nature. The research tool was an anonymous questionnaire, consisting of 17 opened, semi-opened and closed questions.

**Results.** The vast majority of respondents (71 people) is not satisfied with the functioning of the healthcare system. 86% of respondents believe that it is necessary far-reaching changes in the system. What should be stressed, only 34% of people use medical services only under the National Health Fund. 66% of the elect, in addition to benefits financed by the NHF (pol.NFZ), non-public sector.

**Conclusions.** Problems with getting to the doctor, may be associated with the growing dissatisfaction of patients with functioning public health care. It is reasonable and gradual introduction of comprehensive reforms in the health sector. This may result in improved access to services and improve its functioning.

Key words: Health care system, patient

### WSTĘP

System ochrony zdrowia jest ważnym elementem funkcjonowania każdego państwa. O tym, czy działa on sprawnie decyduje wiele czynników, na które władze danego kraju w większym bądź mniejszym stopniu mają wpływ.

Istotne są także opinie pacjentów, czyli osób korzystających z usług zdrowotnych. To ta grupa wyraża zadowolenie z funkcjonowania sektora zdrowia lub konieczność przeprowadzenia zmian. Zdanie pacjentów kształtuje również aktualny stan systemu zdrowotnego.

Istnieje wiele definicji systemu opieki zdrowotnej. Najbardziej kompleksowa wydaje się go określać jako zespół osób i instytucji, zadaniem których jest zapewnienie opieki zdrowotnej ludności. To także połączenie zasobów zarówno ludzkich (personel medyczny, pomocniczy), materialnych (procedury medyczne), jak i wyników, czyli efektów związanych ze zdrowiem i leczeniem pacjentów (1).

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „system zdrowotny może być szeroko zdefiniowany jako spójna całość, której liczne, powiązane ze sobą części wspólnie oddziałując wpływają (pozytywnie)

na stan zdrowia całej populacji”. Ważne, aby wszystkie części tworzyły jedność i służyły do realizacji danego celu (2).

Kolejna definicja określa system opieki zdrowotnej, jako „zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń oraz usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, zabezpieczających i poprawiających stan zdrowia jednostki i społeczeństwa” (3).

Sprawnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej, aby działać na jak najwyższym poziomie, musi posiadać określone cele. Powinny one być możliwe do osiągnięcia i jasno wytyczone. Ochrona i poprawa zdrowia obywateli należy do najważniejszych celów sektora ochrony zdrowia. Jednak, poza celami zdrowotnymi, wyróżnić można także inne.

Płatnikiem systemu ochrony zdrowia w Polsce jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). To państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną. Podstawą jej funkcjonowania jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. NFZ działa jako państwowy fundusz celowy, a więc finansuje zadania należące do

państwowych lub samorządowych organów publicznych. Organami wchodzącymi w skład Narodowego Funduszu Zdrowia są Rada i Prezes Funduszu oraz rady oddziałów wojewódzkich wraz z ich dyrektorami. Natomiast organem centralnym jest Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, powoływany na wniosek Ministra Zdrowia przez Radę Funduszu. Struktura organizacyjna NFZ składa się z Centrali i 16 Oddziałów Wojewódzkich (4).

Kolejnym elementem systemu są świadczeniodawcy. Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, usług zdrowotnych mogą udzielać zakłady opieki zdrowotnej. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry wskazuje także osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub grupową praktykę lekarską, jako świadczeniodawców. Grupowa praktyka pielęgniarek i położnych w myśl ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarek i położnych jest również włączona do grupy podmiotów udzielających opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcą jest także osoba fizyczna posiadająca uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielająca ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, np. technicy radiologii, fizjoterapeuci (5, 6).

Usługi medyczne mogą być udzielane przez państwową jednostkę budżetową, posiadającą w swojej strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Do świadczeniodawców zaliczamy również podmioty realizujące czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (6, 7).

Zasadniczym elementem sektora zdrowia w Polsce jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Są to świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, rehabilitacyjne, lecznicze oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez lekarzy, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, musi być oparte o umowę zawartą między Narodowym Funduszem Zdrowia a jednostką podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednym z głównych problemów, z jakimi boryka się system opieki zdrowotnej jest niewystarczające finansowanie ze środków publicznych. Poziom wydatków na ochronę zdrowia, zarówno publicznych, jak i prywatnych jest jednym z najniższych w krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Stan ten utrzymuje się, pomimo że średnia dynamika wzrostu wydatków w Polsce jest zbliżona do średniej dynamiki wydatków w państwach OECD. W Polsce w latach 2000-2008 wydano na służbę zdrowia ok. 7% PKB. Średnia państw należących do OECD wynosi natomiast 9%. Biorąc pod uwagę PKB *per capita* w 2009 r. na ochronę zdrowia w Polsce przeznaczono ok. 1100 USD. Dla porównania we Francji 3700 USD. Zgodnie z szacunkami ekspertów przedstawionymi w Zielonej Księdze, w publicznym sektorze brakuje ok. 3,3 mld zł. Niedofinansowanie systemu wpływa między innymi na jakość świadczonych usług, trudności w dostaniu się do

specjalisty, zadłużenie placówek ochrony zdrowia czy kolejki. Ma ono także wpływ na konieczność inwestowania uzyskanych przychodów na zaspokojenie bieżących potrzeb finansowych, bez możliwości inwestowania w nowy sprzęt lub technologie. Zwiększenie środków publicznych na opiekę zdrowotną poprawiłoby sytuację finansową zadłużonych placówek, pozwoliłoby inwestować w infrastrukturę oraz podniosłoby wynagrodzenie personelu medycznego (8).

Kolejną kwestią jest dostępność usług medycznych. Konstytucja RP gwarantuje wszystkim obywatelom równy i sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej. W rzeczywistości nie jest on jednakowy dla każdego.

Dostęp świadczeń zdrowotnych jest wskaźnikiem zasobów oraz usług opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu potrzeb jednostki lub całej społeczności.

Dostęp należy rozpatrywać w kategoriach:

- osiągalności, czyli relacji między strukturą i wielkością zasobów systemu ochrony zdrowia a potrzebami zdrowotnymi danej populacji. Miernikiem jest zatem liczba personelu medycznego czy też liczba łóżek szpitalnych;
- akceptowalności, będącej zależnością występującą pomiędzy oczekiwaniami pacjentów odnośnie zaspokojenia ich potrzeb zdrowotnych, a stopniem spełnienia tych oczekiwań;
- dostępności przestrzennej, odnoszącej się do odległości między realizacją usług a miejscem zamieszkania pacjenta. Elementami wchodzącymi w skład tej dostępności jest między innymi koszt pokonania odległości i warunki komunikacyjne;
- dostępności organizacyjnej, jako warunków udostępniania świadczeń, przez który rozumie się czas pracy jednostki ochrony zdrowia i jej pracowników, zakres udzielanych usług, zasady zapisywania się na wizyty i konsultacje;
- dostępności kosztowej, czyli zdolności pacjenta do ponoszenia kosztów związanych z leczeniem, rehabilitacją oraz zasady przyznawania uprawnień do korzystania z usług zdrowotnych.

Równe traktowanie pacjentów jest jednym z celów Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), przyjętego w Polsce na lata 2007-2015. Działania tego programu nastawione są na zwalczanie zarówno społecznych, jak i terytorialnych różnic w dostępie do opieki zdrowotnej. Aby poprawić dostępność do świadczeń zdrowotnych ustanowiono tzw. prawo kolejkowe. Jego twórcy uważali, że uporządkowanie sposobu funkcjonowania i tworzenia kolejki do usług, wpłynie na poprawę dostępu do nich. Kolejka stała się zatem elementem systemu ochrony zdrowia, a jednocześnie objawem braku równowagi między popytem a podażą na świadczone usługi. Idea prawa kolejkowego, nie przyniosła jednak zamierzonych rezultatów.

Zmniejszenie dostępu do usług zdrowotnych związane jest także z nadużywaniem tych usług przez niektórych pacjentów. W rezultacie pozostali chorzy nie mogą skorzystać z porady czy konsultacji u specjalisty, gdyż wyczerpany jest limit na świadczenia. Wizyta u lekarza,

planowany zabieg, czy operacja wymagają niekiedy nawet kilkuletniego okresu oczekiwania (9).

## MATERIAŁ I METODY

Grupę badawczą stanowiło 101 osób – pacjentów korzystających ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dobór próby miał charakter losowy. 43% ankietowanych było w wieku 20-29 lat, a 23% w wieku 30-39 lat. 12% stanowiły osoby między 40 a 49 rokiem życia, a 22% osoby w wieku 50 lat i powyżej. 56% ankietowanych miało wykształcenie wyższe. Niemal co trzeci pytany (32%) miał wykształcenie średnie. Osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły 10%, a z podstawowym 2% badanej grupy. 55% ankietowanych mieszka w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. 16% badanych mieszka w miastach liczących pomiędzy 50 a 100 tys. mieszkańców, a 20% w miastach mniejszych niż 50 tys. osób. Pozostałe 9% uczestników badania mieszka na wsi. 61,4% ankietowanych stanowiły kobiety, zaś 38,6% mężczyźni.

Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta, składająca się z 17 pytań (półotwartych, otwartych i zamkniętych). Pytania w niej zawarte były zarówno jednokrotne, jak i wielokrotne wyboru.

## WYNIKI

Na pytanie 1: „Czy korzysta Pan/Pani z usług zdrowotnych?” 66% ankietowanych odpowiedziało „tak, w ramach NFZ i prywatnie”. 34% wybrało odpowiedź „tak, jedynie w ramach NFZ”. Żaden z ankietowanych nie zaznaczył trzeciej z podanych propozycji odpowiedzi „nie, nie korzystam”.

Na pytanie 2: „Skąd czerpie Pan/Pani wiedzę na temat systemu ochrony zdrowia?” niemal połowa ankietowanych (43%) odpowiedziała „z mediów”. Od rodziny lub znajomych wiedzę czerpie 24% ankietowanych. 20% pytanych jako źródło informacji wymieniło pracowników opieki zdrowotnej. 13% nie śledzi informacji o systemie ochrony zdrowia.

Na pytanie 3: „Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce?” niemal co czwarty ankietowany odpowiedział pozytywnie (19% odpowiedzi „raczej tak” i 4% odpowiedzi „zdecydowanie tak”). Odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie” było odpowiednio 38% i 33%. 6% ankietowanych nie ma sprecyzowanego zdania na ten temat.

Na pytanie 4: „Jak ocenia Pan/Pani jakość świadczonych usług medycznych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej?” 38% ankietowanych odpowiedziało pozytywnie (36% odpowiedzi „dobrze” i 2% odpowiedzi „bardzo dobrze”). Odpowiedzi negatywnych było nieco więcej – 51% (39% – „źle” i 12% – „bardzo źle”). Pozostałe 11% ankietowanych nie ma sprecyzowanego zdania na ten temat.

Na pytanie 5: „Czy Pana/Pani zdaniem dostęp do świadczeń zdrowotnych w sektorze publicznym jest jednakowy dla wszystkich pacjentów?” 76% ankietowanych odpowiedziało przecząco, a 12% twierdząco. Pozostałe 12% ankietowanych nie ma sprecyzowanego zdania na ten temat.

Na pytanie 6: „Jak często w ciągu roku korzysta Pan/ /Pani ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej?” 44% ankietowanych odpowiedziało „1-2 razy”, 24% odpowiedziało „3-4 razy”, a 16% odpowiedziało „5-6 razy”. Pozostałe 16% korzysta ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej 7 razy w roku lub częściej.

Na pytanie 7: „Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani trudności w uzyskaniu porady, konsultacji medycznej lub innych świadczeń w sektorze publicznym?” 62% odpowiedziało twierdząco, a 34% przecząco. Pozostałe 4% nie potrafiło tego określić.

Na pytanie 8: „Czy uważa Pan/Pani, że liczba publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest...” 45% odpowiedziało „zdecydowanie za mała”, a 2% „zdecydowanie za duża”. 29% uważa liczbę ZOZ-ów za odpowiednią, a pozostałe 24% nie ma zdania.

Na pytanie 9: „Czy liczba personelu medycznego w publicznych zakładach opieki zdrowotnej jest...” 65% ankietowanych odpowiedziało „zdecydowanie za mała”, a 5% odpowiedziało „zdecydowanie za duża”. 14% uważa liczbę personelu medycznego w publicznych zakładach opieki zdrowotnej za odpowiednią, a pozostałe 16% ankietowanych nie ma zdania w tej kwestii.

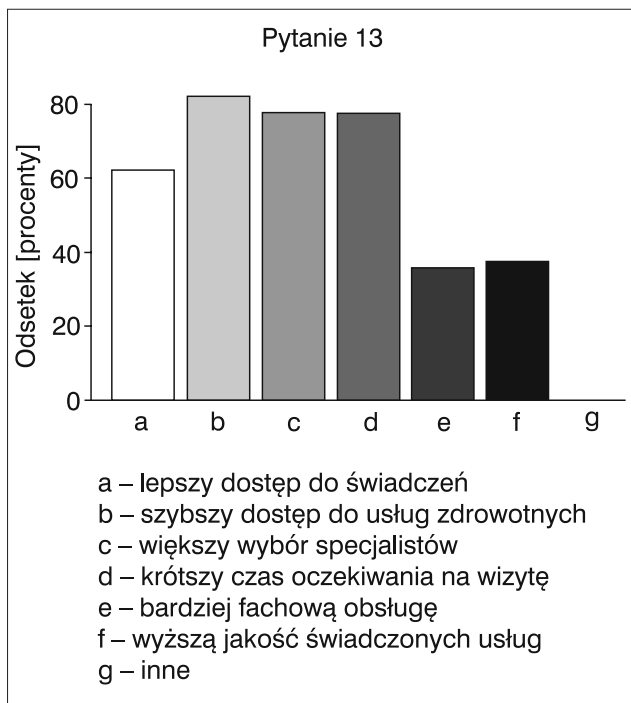
Na pytanie 10: „Jaki jest średni czas trwania wizyty lekarskiej?” 70% ankietowanych podało odpowiedź mieszczącą się w przedziale 10-19 minut, a 11% podało odpowiedź mieszczącą się w przedziale 10-29 minut. U 12% ankietowanych wizyta trwa średnio krócej niż 10 minut, a u 7% dłużej niż pół godziny.

Na pytanie 11: „Czy jest to czas...” 42% ankietowanych odpowiedziało „niewystarczający”, a 36% odpowiedziało „wystarczający”. 22% ankietowanych nie potrafi jednoznacznie odnieść się do tej kwestii.

Na pytanie 12: „Czy posiada Pan/Pani abonament medyczny?” 45% ankietowanych odpowiedziało twierdząco, a 55% przecząco.

W pytaniu 13: „Abonament medyczny zapewnia Panu/ /Pani...” ponad 80% posiadaczy abonamentu wskazało punkt „szybszy dostęp do usług zdrowotnych”, a około 77% zgodziło się, że abonament zapewnia większy wybór specjalistów i krótszy czas oczekiwania na wizytę. Większość posiadaczy abonamentu uznała też, że gwarantuje on lepszy dostęp do świadczeń. Natomiast tylko niecałe 40% ankietowanych, którzy posiadają abonament medyczny wskazało na bardziej fachową obsługę i wyższą jakość świadczonych usług w porównaniu ze świadczeniami NFZ. Żaden z ankietowanych nie zauważył innych korzyści płynących z posiadania abonamentu (wykres 1).

Na pytanie 14: „Czy zamiast przekazywać składkę zdrowotną do NFZ wolałby/a Pan/Pani skorzystać z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego?” ponad 80% ankietowanych odpowiedziało twierdząco. 49% chciałoby zastąpić świadczenia publiczne prywatnymi, a 33% widziałoby je jako uzupełnienie usług publicznych. 14% pytanych woli pozostać przy dotychczasowej składce zdrowotnej, a 4% nie ma zdania.



Wykres 1. Korzyści z posiadania abonamentu medycznego. Źródło: badanie własne.

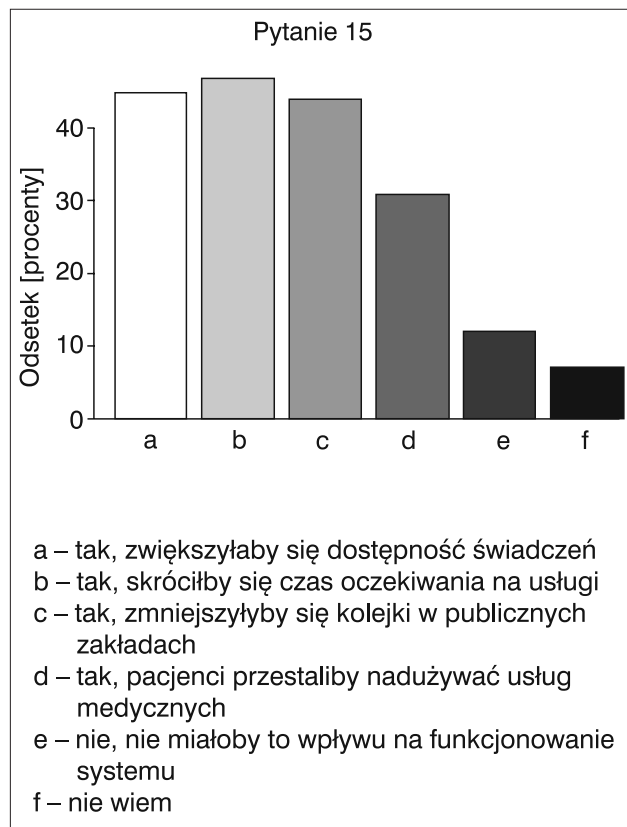
W pytaniu 15: „Czy Pana/Pani zdaniem współpłacenie pacjentów za usługi medyczne wpłynęłoby na poprawę systemu opieki zdrowotnej?” niemal 50% ankietowanych zgodziło się z tezą, że taka reforma zwiększyłaby dostępność świadczeń. Również niemal połowa badanych zgadza się, że skróciłoby to czas oczekiwania na usługi, oraz zmniejszyło kolejki w placówkach publicznych. 30% pytanych uważa, że przy współpłaceniu pacjenci przestaliby nadużywać usług medycznych. 12% ankietowanych uważa, że współpłacenie nie miałoby wpływu na system, a 7% nie ma w tej kwestii zdania (wykres 2).

Na pytanie 16: „Czy Pana/Pani zdaniem system opieki zdrowotnej w Polsce wymaga zmian i reform?” niemal wszyscy ankietowani odpowiedzieli twierdząco. 86% pytanych widzi potrzebę głębokich reform, a 11% uważa, że wystarczą tylko niewielkie zmiany. Jedynie jeden na stu ankietowanych uważa, że reformy nie są potrzebne, a 2% nie ma zdania w tej kwestii.

Na pytanie 17: „Co Pana/Pani zdaniem stanowi największy problem polskiej ochrony zdrowia?” 41% odpowiedziało „zadłużenie publicznych placówek, a 32% odpowiedziało „kolejki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej”. 15% pytanych za największy problem polskiej ochrony zdrowia uważa trudności w dostaniu się do specjalisty, 8% na pierwszym miejscu wymienia zbyt małą liczbę personelu, a 4% brak odpowiedniego i nowoczesnego sprzętu.

DYSKUSJA

Przeprowadzony w 2010 r. przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) sondaż pokazuje, że aż 3/4 py-



Wykres 2. Współpłacenie pacjentów za świadczenia. Źródło: badanie własne

tanych osób jest niezadowolonych z tego, jak funkcjonuje polski system ochrony zdrowia, z czego aż 36% jest zdecydowanie niezadowolona. Jedynie 22% respondentów wyraża się pozytywnie na jego temat. W porównaniu do badań z 2009 r. niezadowolenie z systemu opieki zdrowotnej wzrosło aż o 12 punktów procentowych. Pokrywa się to z wynikami niniejszego badania (10).

Międzynarodowe badania „Health perception around the Globe” zrealizowane przy udziale ARC Rynek i opinia w 2004 r. przeprowadzone w Polsce na grupie 1041 osób przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) na zamówienie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) pokazują, że aż 93% ankietowanych uważa, że system znajduje się w kryzysie. Zaś tylko 7% wypowiada się o nim pozytywnie. Opinia ta znajduje pokrycie w wynikach niniejszego badania. W porównaniu z innymi badanymi krajami, proporcje odpowiedzi są całkowicie odmienne. Dla porównania w Niemczech 78% respondentów dobrze ocenia funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w Czechach jest to natomiast 73% (11).

Jak wynika z raportu przeprowadzonego przez Ośrodek Badań Opinii Publicznej (OBOP) w dniach 9-11.02.2002 r. „Polacy o zapowiedzi zmian w służbie zdrowia”, respondenci w zdecydowanej większości (71%) są niezadowoleni z funkcjonowania systemu zdrowia. 24% badanych wyraża swoje poparcie.

Oceny te, różnią się nieznacznie od tych z badania OBOP-u zrealizowanego w dniach 5-8.12.1998 r. przed wprowadzeniem reformy ochrony zdrowia 1 stycznia 1999 r. Wtedy 64% ankietowanych wypowiedziało się negatywnie na temat działania sektora usług zdrowotnych. 31% oceniło go jako dobry lub bardzo dobry. Wzrósł zatem poziom niezadowolenia z systemu, a o 7 punktów procentowych obniżył się w porównaniu z kolejnym badaniem poziom zadowolenia z jego funkcjonowania.

Z przeprowadzonych badań w niniejszej pracy wynika, że 71% pytanych nie popiera obecnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Jednak 19% osób ocenia go pozytywnie. Wyniki te są bardzo zbliżone do danych z raportów OBOP-u i wskazują na nieustanne niezadowolenie Polaków z opieki zdrowotnej (12, 13).

Wielokrotnie badano również źródła wiedzy na temat systemu opieki zdrowotnej.

W sondażu Ośrodka Badań Opinii Publicznej (26.01.1999 r.) najważniejszym z nich, były przede wszystkim media (76% telewizja, 39% radio). 42% respondentów czerpało swoją wiedzę z rozmów z ludźmi. Ponad 1/6 ankietowanych (17%) wskazała ulotki i informatory, jako główne źródło, z którego dowiaduje się o funkcjonowaniu służby zdrowia po wprowadzeniu reformy (14).

Badanie „Ocena nowego systemu opieki zdrowotnej w świetle opinii pacjentów” zostało przeprowadzone w Poznaniu na grupie 345 osób, w wieku 17-86 lat. Wynika z niego, że 50% respondentów czerpie wiedzę na temat wdrażanego systemu opieki zdrowotnej z mediów (prasa, radio, telewizja), a kolejne 50% z informacji dostępnych w poradni (15).

Z kolei badanie własne wykazało, że 43% pytanych osób uzyskuje informacje o ochronie zdrowia z mediów, 24% od rodziny i znajomych, a 20% od pracowników opieki zdrowotnej. 13% ankietowanych zadeklarowało, że nie śledzi takich zmian. Mniejszy jest zatem procentowy udział sektora zdrowia w udzielaniu informacji na temat systemu. Na zbliżonym poziomie do badań przeprowadzonych w Poznaniu, kształtuje się natomiast pozycja mediów, jako źródła informacji o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.

Nie sposób pominąć kwestii czasu wizyty czy konsultacji medycznej.

W badaniu pacjentów korzystających z porad lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, na pytanie dotyczące czasu poświęcanego pacjentom przez lekarza, 50% respondentów odpowiedziało, że jest on wystarczający, a 50%, że wizyta jest zbyt krótka (15).

Badanie własne pokazało, że dla 42% pytanych czas wizyty lekarskiej nie jest odpowiedni, dla 36% okazał się on wystarczający. Pozostałe 22% respondentów nie potrafiło jednoznacznie odnieść się do tej kwestii.

Istotną pozostaje także kwestia równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Jak pokazują badania Anny Titkow z 1970 r. ok. 57% badanych jest zdania, że wszyscy mają jednakowe szanse leczenia się.

Proporcje zmieniły się natomiast w badaniach Mirosława Grochowskiego. W 1986 r. 54% badanych było zdania, że występują nierówności w dostępie do świadczeń.

Natomiast z raportu CBOS-u z 1995 r. wynika, że 78% respondentów jest zdania, że zaspokojenie potrzeb zdrowotnych wiąże się ze statutem społeczno-ekonomicznym, a więc dostęp do świadczeń w pierwszej kolejności mają osoby zamożne i z wyższym wykształceniem. Pozostałe 22% badanych uważa, że wszyscy, którzy potrzebują opieki zdrowotnej, otrzymują ją (15, 16).

Własne badanie pokazało, że aż 76% osób biorących w nim udział twierdzi, że występują nierówności w korzystaniu ze świadczeń. Za jednakowym dostępem do usług zdrowotnych opowiedziało się 12% respondentów, a pozostałe 12% nie miało sprecyzowanego zdania na ten temat.

Ważną sprawą jest także jakość opieki zdrowotnej w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Z badań CBOS-u z 2000 r. wynika, że aż 38% ankietowanych osób negatywnie ocenia jakość świadczonych usług. Zdecydowanie przeważają one nad opiniami pozytywnymi, których jest zaledwie 12%. 45% respondentów jest zdania, że jakość udzielanych świadczeń nie zmieniła się po wprowadzeniu reformy w 1999 r. (11).

Również 38% pytanych w pracy własnej wyraża pozytywne opinie na temat jakości w publicznych placówkach sektora zdrowia. Negatywną ocenę deklaruje natomiast 51% respondentów, z czego aż 12% uznaje jakość świadczeń za bardzo złą.

Sondaż OBOP-u z 2010 r. pokazał, że 38% ankietowanych korzysta z usług świadczonych przez NFZ, a 39% leczyło się w placówkach zarówno publicznych, jak i prywatnych. Stale, chociaż powoli i stopniowo od 2004 r. obserwuje się częstość korzystania z usług prywatnych (10).

Badania z własnej ankiety przedstawiają, że 34% respondentów korzysta jedynie z usług NFZ, a aż 66% zarówno ze świadczeń publicznych, jak i prywatnych.

Kluczową sprawą pozostaje pytanie o konieczność zmian i reform systemu ochrony zdrowia. CSIOZ w komunikacie CBOS w 2000 r. pokazuje, że zdaniem aż 80% badanych zmiany w ochronie zdrowia są potrzebne lub cały system trzeba stworzyć od nowa. 16% respondentów jest zdania, że system działa całkiem dobrze lub wymaga niewielkich zmian, a tylko 4% jest zdania, że „trudno powiedzieć” (11).

Podobne wyniki otrzymano po przeprowadzeniu własnych badań. Wynika z nich, że 86% pytanych osób opowiada się za potrzebą głębokich zmian systemu, a jedynie 11% uważa, że potrzeba jedynie niewielkich reform. 2% ankietowanych nie ma zdania na ten temat.

Wyniki własnych badań potwierdzają te otrzymane kilka czy kilkanaście lat temu przez niezależne ośrodki badawcze czy innych autorów. Wciąż ważną sprawą jest brak zadowolenia Polaków z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i konieczność przeprowadzenia zmian i reform systemu. Uwagę należy zwrócić także na jakość udzielanych świadczeń czy nierówności w dostępie do usług medycznych. Oprócz tego na uwagę zasługuje sprawa czasu wizyty lekarskiej oraz źródeł wiedzy o działaniu systemu.

## WNIOSKI

1. Brak satysfakcji pacjentów z publicznego systemu ochrony zdrowia wynika głównie z trudności w dostaniu się do specjalisty, co może świadczyć o niesprawności działania systemu.
2. Problemy z dostaniem się do lekarza, mogą być związane z narastającym niezadowoleniem pacjentów z funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia.
3. Zasadne jest wprowadzenie stopniowych i kompleksowych reform w sektorze zdrowotnym.
4. Zmiany i reformy mogłyby usprawnić funkcjonowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej i przyczynić się do zwiększenia liczby pacjentów zadowolonych ze świadczonych przez niego usług. □

## Piśmiennictwo

1. [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl). 2. [www.who.int.eu](http://www.who.int.eu). 3. Włodarczyk C, Poździej S: Systemy zdrowotne. Zakres problematyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001 r. 4. Ustawa z dnia 27 sierpnia

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.). 5. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). 6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152). 7. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U 09.151.1217). 8. Suchecki B (red.): Dane panelowe i modelowanie wielowymiarowe w badaniach ekonomicznych. Wydawnictwo ABSOLWENT, Łódź. 9. „Służba Zdrowia”, Andrzej Sośniarz, „Dostępność”, str. 10, nr 76-83, Warszawa 2010 r. 10. Sondaż TNS OBOP „Opinie Polaków o służbie zdrowia i gotowości do zmian”, Warszawa 2010 r. 11. Derczyński W: Opinie o opiece zdrowotnej. Warszawa 2000 r. 12. Kolarska-Bobińska L: Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji. Oficyna Naukowa, Warszawa 2000. 13. Sondaż TNS OBOP „Polacy o zapowiedzi zmian w służbie zdrowia”, 9-11.02.2002 r. 14. Sondaż TNS OBOP „Reforma służby zdrowia – stopień zainteresowania”, 26.01.1999r. 15. Maksymiuk T, Bartkowiak L: Badania stanu zdrowia populacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej – zagadnienia wybrane. Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2002 r. 16. Latoszek M: Zachowania i postawy wobec przemian ochrony zdrowia. Zakład Socjologii Medycyny i patologii Społecznej IMS, Gdańsk 2000 r.

nadesłano: 20.10.2011  
zaakceptowano do druku: 14.11.2011

Adres do korespondencji:  
\*Dominik Olejniczak  
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa  
tel.: +48 (22) 599-21-80  
e-mail: dominikolejniczak@op.pl