

Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej według statusu społeczno-ekonomicznego

Inequalities in access to healthcare according to socio-economic status

AGNIESZKA GENOWSKA^{1/}, IWONA GRZEGORZEWSKA^{2/}, MAGDALENA ZALEWSKA^{1/}, JUSTYNA FRYC^{1/}

^{1/} Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

^{2/} Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wprowadzenie. Pomimo konstytucyjnych gwarancji równego dostępu do publicznej opieki zdrowotnej liczna populacja pacjentów w Polsce finansuje dodatkowe usługi zdrowotne z własnego budżetu. Analiza wydatków prywatnych może być źródłem istotnych informacji wpływających na decyzje determinujące efektywność systemu opieki zdrowotnej.

Cel pracy. Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej według dochodów oraz grup społeczno-ekonomicznych w Polsce.

Materiał i metoda. Informacje o korzystaniu z opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2007-2013 zostały uzyskane z raportów „Diagnoza Społeczna”. Analizę według dochodów oraz grup społeczno-ekonomicznych przeprowadzono z uwzględnieniem źródła finansowania opieki zdrowotnej, powodów rezygnacji z opieki zdrowotnej oraz wysokości wydatków na opiekę zdrowotną.

Wyniki. Korzystanie z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie różniło się znacząco pomiędzy dolnym a górnym kwartylem dochodowym. Natomiast w prywatnym systemie opieki zdrowotnej oraz abonentów częściej korzystały gospodarstwa o wysokich dochodach. Rezygnacja z opieki zdrowotnej oraz poziom wydatków na leczenie i badania były związane z różnicami w dochodach. Pracujący na własny rachunek oraz pracownicy najemni posiadali większy dostęp do opieki zdrowotnej w porównaniu do pozostałych grup. Renciści rzadziej korzystali z systemu prywatnej opieki zdrowotnej i wydawali najmniej na leczenie i badania. Najczęstsze rezygnacje z usług opieki zdrowotnej, a także najniższe wydatki na leczenie, badania i leki występowały w gospodarstwach utrzymujących się z niezarobkowych źródeł.

Wnioski. Gospodarstwa domowe utrzymujące się z niezarobkowych źródeł oraz gospodarstwa o niskich dochodach napotykały na znaczne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej. Grupy te wymagają wsparcia ze strony instytucji polityki społecznej, a także prowadzenia systemowych działań w zakresie zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe: dostęp do opieki, wydatki prywatne, wydatki bezpośrednie, status społeczno-ekonomiczny

Introduction. Despite the fact that the Polish Constitution guarantees equal access to the public healthcare system, a large population of patients pays for additional healthcare services from their own sources. An analysis of private expenditure can be a source of important information affecting the decisions that determine the healthcare system efficiency.

Aim. The analysis of the use of healthcare services by income and socio-economic groups in Poland.

Material & Method. The information on the use of healthcare in Poland between 2007-2013 was obtained from the “Social Diagnosis” reports. The analysis was performed according to income and socio-economic groups, including the sources of healthcare financing, the reasons for the resignation from healthcare and the level of expenditure on healthcare.

Results. Use of healthcare financed from public funds did not differ significantly between the lower and upper quartiles of income. However, the private healthcare services and prepaid medical care packages were often used by households with higher incomes. Resignation from healthcare and the level of expenditure on treatment and diagnostic tests were associated with different income levels. Self-employed and salaried employees had greater access to healthcare compared to other groups. Pensioners less frequently used private healthcare system and spend less on treatment and diagnostic tests. The most frequent resignations from healthcare, as well as the lowest expenditure on treatment, diagnostic tests and drugs occurred in households living on income received but not earned.

Conclusions. Households living on income received but not earned and low income households were experiencing significant barriers in access to healthcare. These groups need support from the social policy institutions as well as systemic activities conducted in the field of public health.

Key words: access to health care, private expenditure, direct payments, socio-economic status

© Hygeia Public Health 2015, 50(2): 383-388

www.h-ph.pl

Nadesłano: 29.04.2015

Zakwalifikowano do druku: 11.05.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Agnieszka Genowska
Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok
tel. +48 85 686 50 49, fax +48 85 686 50 56
e-mail: agnieszka.genowska@umb.edu.pl

Wprowadzenie

Problem finansowania opieki zdrowotnej w Polsce stanowi jeden z kluczowych problemów społeczno-

ekonomicznych. Pomimo konstytucyjnych gwarancji równego dostępu do opieki zdrowotnej oraz powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego [1, 2], licz-

na populacja pacjentów napotyka na bariery w korzystaniu ze świadczeń [3, 4]. Fakt ten potwierdzają dane dotyczące wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB w krajach UE-28, które pokazują, że w 2012 r. Polska ponosiła jedne z najniższych wydatków (6,8%), obok Litwy (6,7%), Estonii (5,9%), Łotwy (5,7%) i Rumunii (5,6%) [5]. W wymienionych krajach niższy poziom dobrobytu i słabsza kondycja systemu opieki zdrowotnej w okresie przemian politycznych, często nie odpowiadają na istniejące potrzeby zdrowotne społeczeństwa [6]. Dla podkreślenia wagi niedoboru wydatków na ochronę zdrowia w Polsce należy dodać, że poziom wydatków na ochronę zdrowia ogółem na osobę w 2012 r. wynosił 1156 EUR PPPs i było to dwukrotnie mniej w stosunku do średniej UE-28. Obecnie najwyższe finansowanie występuje w Holandii, Austrii i Niemczech (odpowiednio: 3829, 3676 i 3616 EUR PPPs) [5]. Dane te pokazują, że świadczenia zdrowotne, które nie mogą zostać zrealizowane ze środków publicznych są coraz częściej finansowane w ramach systemu usług prywatnych.

Wśród ogółu wydatków na ochronę zdrowia w roku 2012, udział wydatków prywatnych, które pochodzą głównie z gospodarstw domowych w Polsce (24%) przekraczał poziom wydatków w rozwiniętych krajach europejskich. Prywatne wydatki na ochronę zdrowia wykazywały duże zróżnicowanie i w krajach UE-15 wahały się od 6% w Holandii do 32% w Portugalii. Natomiast Łotwa, Bułgaria i Cypr charakteryzowały się najwyższymi wydatkami sektora prywatnego (odpowiednio 34%, 43% i 47%) [5]. W Polsce udział bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia wzrósł z 8,3% w 1990 r. do 22,7% w 2012 r. [7]. Prowadzenie analiz wydatków prywatnych dostarcza istotnych informacji dotyczących planowania zmian wpływających na zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Korzystanie z płatnej opieki zdrowotnej w obliczu barier dostępu do korzystania z systemu publicznego jest wyrazem indywidualnej dbałości o stan zdrowia i świadomości występujących potrzeb zdrowotnych. Podejmowanie tego typu zachowań jest uwarunkowane statusem społeczno-ekonomicznym (dochód, wykształcenie) oraz cechami demograficznymi (wiek, płeć, miejsce zamieszkania), które występują w silnych związkach ze stanem zdrowia populacji [8, 9]. W Polsce istnieje wyraźna potrzeba zwiększenia wiedzy, która umożliwiłaby identyfikację czynników przyczyniających się do zmniejszenia różnic w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Cel badania

Analiza różnic w korzystaniu z opieki zdrowotnej według dochodów oraz grup społeczno-ekonomicznych w Polsce.

Materiał i metoda

Analiza została opracowana na podstawie informacji o korzystaniu z opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2007-2013. Informacje do analizy uzyskano z raportów „Diagnoza Społeczna” opracowywanych cyklicznie co dwa lata przez Radę Monitoringu Społecznego [10-13]. Badania te są opracowywane w formie panelu na ogólnopolskiej próbie gospodarstw domowych, w których członkowie mają powyżej 16 lat. W kolejnych etapach badania uczestniczą gospodarstwa domowe z poprzednich etapów oraz gospodarstwa z nowej reprezentatywnej próby.

Pomimo, że raporty są prezentowane od 2000 roku, okres badawczy ustanowiono począwszy od roku 2007, co było uwarunkowane możliwością porównania większości informacji pomiędzy badaniami. Zakres danych w 2007 roku był węższy w porównaniu do późniejszych edycji w latach 2009-2013. Z tego powodu analiza w 2007 roku nie uwzględniała powodów rezygnacji z opieki zdrowotnej według dochodu i grup społeczno-ekonomicznych oraz wydatków na leczenie i badania, leki i inne artykuły farmaceutyczne według dochodu. Analizie poddano dane dotyczące korzystania z opieki zdrowotnej w podziale na źródła finansowania (środki publiczne, środki prywatne, abonament opłacony przez pracodawcę), powody rezygnacji z opieki zdrowotnej oraz wydatki na leczenie i badania oraz leki i inne artykuły farmaceutyczne. W badaniu dokonano analizy korzystania z opieki zdrowotnej według kwartyli rozkładu dochodów oraz grup społeczno-ekonomicznych w podziale na: pracujących na własny rachunek, pracowników najemnych, rolników, emerytów, rencistów, utrzymujących się z niezarobkowych źródeł. Analiza uwzględniała również ocenę zmian w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych przez system opieki zdrowotnej.

Wyniki

W latach 2007-2013 odsetek gospodarstw korzystających z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych utrzymywał się na stabilnym poziomie 92,0%. Jednocześnie znacząco wzrosło korzystanie z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków prywatnych z 44,0% do 50,6%, zwiększyło się również korzystanie z abonamentów opłacanych przez pracodawcę z 5,0% do 7,0% (tab. I).

Tabela I. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z opieki zdrowotnej według źródła finansowania usług zdrowotnych w latach 2007-2013
Table I. Percentage of households using healthcare by source of financing health care between 2007-2013

	2007	2009	2011	2013
Środki publiczne	92,4	92,0	91,3	92,4
Środki prywatne	44,0	49,0	49,2	50,6
Abonamenty	5,0	5,1	6,5	7,0

Z usług opieki zdrowotnej opłacanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) najczęściej korzystały gospodarstwa w środkowym kwartyle dochodów (średnio 94,0%) w porównaniu do pierwszego i trzeciego kwartyla (odpowiednio: 92,0% i 89,6%). Korzystanie z usług opłacanych dodatkowo z własnego budżetu znacznie różniło się pomiędzy pierwszym a trzecim kwartylem (29,4% vs. 66,5%), podobnie jak korzystanie z abonamentów (1,5% vs. 12,9%). Grupami społeczno-ekonomicznymi najczęściej korzystającymi ze świadczeń opłacanych przez NFZ były gospodarstwa domowe rencistów (95,1%) i emerytów (94,4%), najrzadziej korzystającymi były gospodarstwa utrzymujące się z niezarobkowych źródeł (83,3%). Pracujący na własny rachunek korzystali znacznie częściej z usług opłacanych dodatkowo z własnego budżetu (68,8%) w porównaniu do utrzymujących się z niezarobkowych źródeł utrzymania (30,6%) oraz rencistów (28,9%). Wysoką częstością korzystania z abonamentów wyróżniała się grupa pracowników najemnych (10,6%). Rolnicy, renciści i utrzymujący się z niezarobkowych źródeł nie korzystali ze świadczeń opłacanych za pomocą abonamentów. W badanym okresie obserwowano znaczny wzrost korzystania z usług opłacanych ze środków własnych w gospodarstwach rolników (z 38,5% do 49,0%) oraz emerytów (z 32,9% do 42,7%). Natomiast zmniejszenie korzystania z usług opłacanych zarówno przez NFZ, jak i środków własnych odnotowano w gospodarstwach utrzymujących się z niezarobkowych źródeł. Spadek korzystania z usług opłacanych przez NFZ stwierdzono również w gospodarstwach pracujących na własny rachunek (tab. II).

Rezygnację z opieki zdrowotnej z powodów finansowych częściej obserwowano w najniższej grupie dochodowej. W grupie tej najczęściej rezygnowano z wyjazdu do sanatorium (52,2%), leczenia zębów (49,4%) oraz wstawiania protez zębowych (48,3%) w porównaniu do czwartego kwartyla dochodów (ryc. 1). Wysoki odsetek rezygnacji stwierdzono również w gospodarstwach utrzymujących się z niezarobkowych źródeł w odniesieniu do wstawiania protez zębowych (55,6%), leczenia zębów (53,9%) oraz wyjazdu do sanatorium (52,1%). W gospodarstwach pracujących na własny rachunek rezygnację z opieki zdrowotnej zdarzały się znacznie rzadziej (ryc. 2).

Wysokość wydatków na leczenie i badania oraz leki i inne artykuły farmaceutyczne była uzależniona od poziomu dochodu. Dysproporcje pomiędzy pierwszym i czwartym kwartylem w wydatkach na leczenie i badania wynosiły przeciętnie 392 PLN vs. 708 PLN, mniejsza różnica dotyczyła leków i innych artykułów farmaceutycznych 335 PLN vs. 415 PLN. W okresie 2009-2013 wydatki systematycznie wzrastały,

najszybszy wzrost wydatków na leczenie i badania stwierdzono w trzecim kwartyle (tab. III).

Na leczenie i badania najwięcej środków finansowych wydawano w gospodarstwach pracujących na własny rachunek (średnio 790 PLN) w porównaniu do utrzymujących się z niezarobkowych źródeł (374 PLN) i rencistów (372 PLN). Wydatki na leczenie i badania wśród rolników i emerytów były podobne (456 PLN i 450 PLN). Nieco niższe wydatki

Tabela II. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z opieki zdrowotnej według dochodu i grup społeczno-ekonomicznych oraz źródła finansowania usług zdrowotnych w latach 2007-2013

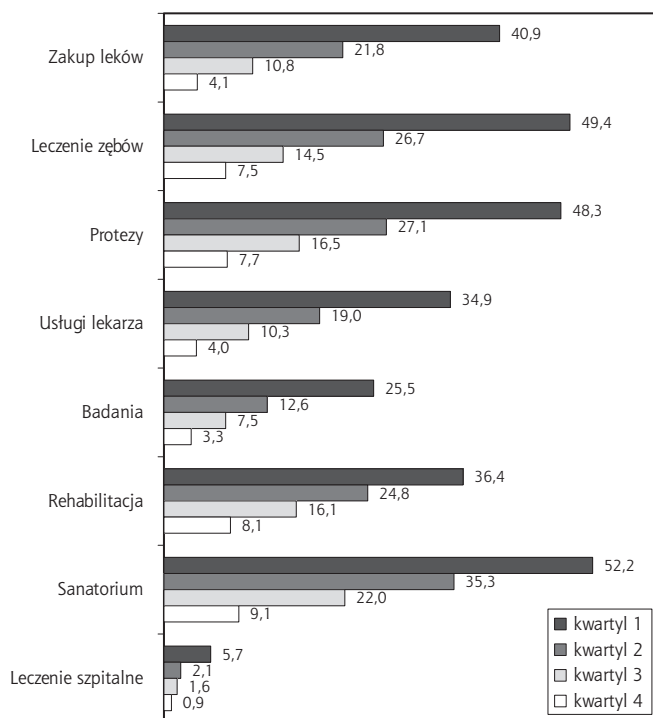
Table I. Percentage of households using healthcare by income and socio-economic groups and source of financing health care between 2007-2013

	2007	2009	2011	2013
Według dochodu na osobę				
Usługi opłacane przez NFZ				
Dolny kwartyl	92,8	91,8	91,2	92,2
Środkowy kwartyl	93,0	94,0	94,0	94,8
Górny kwartyl	90,6	89,1	89,6	89,1
Usługi opłacane dodatkowo z własnego budżetu				
Dolny kwartyl	24,3	30,4	29,7	33,0
Środkowy kwartyl	42,0	49,0	48,9	50,3
Górny kwartyl	64,1	65,5	68,1	68,3
Abonament				
Dolny kwartyl	1,3	1,4	1,3	2,1
Środkowy kwartyl	3,5	3,3	4,6	5,2
Górny kwartyl	10,8	11,6	14,5	14,5
Według grup społeczno-ekonomicznych				
Usługi opłacane przez NFZ				
Pracujący na własny rachunek	92,7	89,2	88,5	90,0
Pracownicy najemni	90,5	91,5	90,6	92,3
Rolnicy	89,3	90,6	90,0	90,8
Emeryci	95,0	93,7	93,8	94,9
Renciści	95,0	94,7	94,4	96,1
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	85,5	87,1	82,5	78,1
Usługi opłacane dodatkowo z własnego budżetu				
Pracujący na własny rachunek	66,1	67,8	71,0	70,2
Pracownicy najemni	51,9	56,4	55,5	57,9
Rolnicy	38,5	45,2	48,7	49,0
Emeryci	32,9	39,6	41,9	42,7
Renciści	28,0	29,7	28,3	29,4
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	29,9	36,3	29,4	26,7
Abonament				
Pracujący na własny rachunek	4,3	4,5	5,9	6,4
Pracownicy najemni	9,4	9,5	11,1	12,2
Rolnicy	-	-	-	-
Emeryci	-	-	1,1	1,4
Renciści	-	-	-	-
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	-	-	-	-

ponoszono na leki i inne artykuły farmaceutyczne, dla których dysproporcje występowały pomiędzy gospodarstwami emerytów (średnio 430 PLN) a gospodarstwami utrzymującymi się z niezarobkowych źródeł (273 PLN). W latach 2007-2013 nastąpił dwukrotny wzrost wydatków na leczenie i badania wśród rolników oraz utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, a także wydatków na leki i inne artykuły

farmaceutyczne w gospodarstwach pracujących na własny rachunek (tab. IV).

W tabeli V przedstawiono ocenę zmian w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych przez system opieki zdrowotnej w Polsce. W latach 2007-2013 zmniejszył się odsetek ocen pozytywnych z 4% do 2%, od 2009 roku wzrastał odsetek ocen negatywnych z 25% do 28%.



* średnia w latach 2009-2013

Ryc. 1. Odsetek gospodarstw domowych, które pomimo wyrażonych potrzeb zdrowotnych zrezygnowały z opieki zdrowotnej z powodów finansowych (według dochodu)

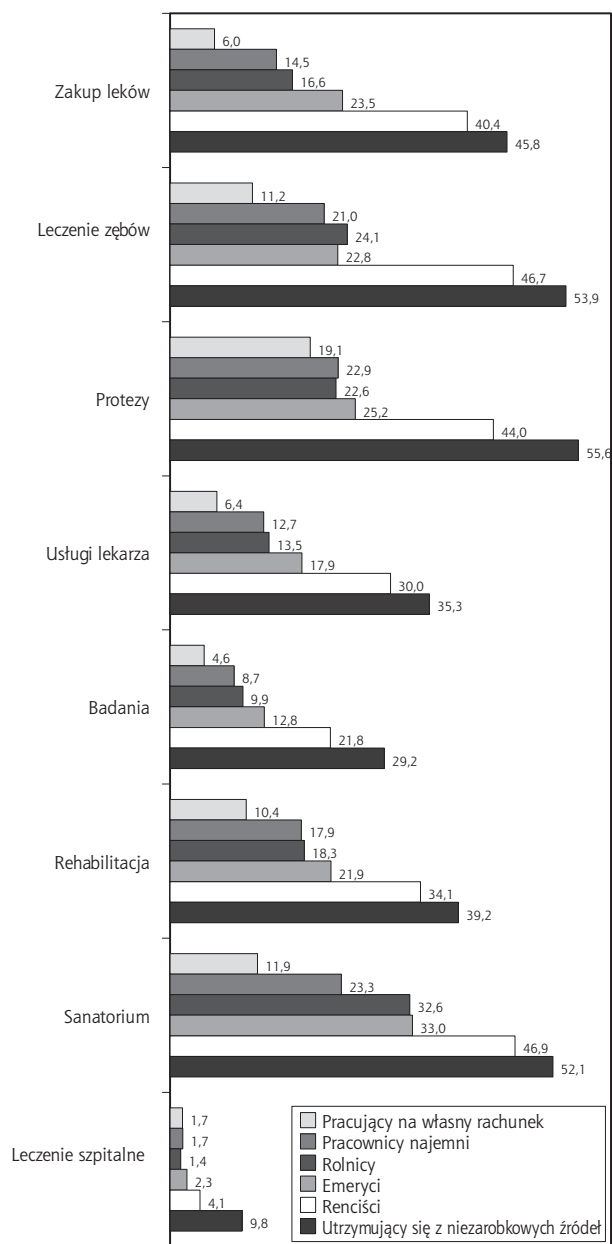
Fig. 1. Percentage of households which have resigned from healthcare (although needed) due to financial reasons (by income)

Tabela III. Wysokość wydatków gospodarstw domowych na leczenie i badania oraz leki i inne artykuły farmaceutyczne w PLN według dochodu w latach 2009-2013

Table III. Household expenditure on medical treatment, tests, medications and other pharmaceuticals in PLN by income between 2009-2013

	2009	2011	2013
Leczenie i badania			
Kwartyl 1	364	406	405
Kwartyl 2	453	463	495
Kwartyl 3	474	502	606
Kwartyl 4	690	718	715
Leki i inne artykuły farmaceutyczne			
Kwartyl 1	331	324	350
Kwartyl 2	384	410	415
Kwartyl 3	389	377	428
Kwartyl 4	409	387	449

* dane o wysokości wydatków w kwartale poprzedzającym badanie



* średnia w latach 2009-2013

Ryc. 2. Odsetek gospodarstw domowych, które pomimo wyrażonych potrzeb zdrowotnych zrezygnowały z opieki zdrowotnej z powodów finansowych (według grup społeczno-ekonomicznych)

Fig. 2. Percentage of households which have resigned from healthcare (although needed) due to financial reasons (by socio-economic groups)

Tabela IV. Wysokość wydatków gospodarstw domowych na leczenie i badania oraz leki i inne artykuły farmaceutyczne w PLN według grup społeczno-ekonomicznych w latach 2007-2013

Table IV. Household expenditure on medical treatment, tests, medications and other pharmaceuticals in PLN by socio-economic groups between 2007-2013

	2007	2009	2011	2013
Leczenie i badania				
Pracujący na własny rachunek	624	789	826	922
Pracownicy najemni	387	540	571	620
Rolnicy	294	450	450	629
Emeryci	324	473	466	537
Renciści	272	398	389	428
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	227	311	460	498
Leki i inne artykuły farmaceutyczne				
Pracujący na własny rachunek	218	381	370	427
Pracownicy najemni	277	345	331	374
Rolnicy	325	380	386	430
Emeryci	358	450	436	477
Renciści	341	390	484	429
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	277	253	265	297

* dane o wysokości wydatków w kwartale poprzedzającym badanie

Tabela V. Zmiany zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w latach 2007-2013
Table V. Changes in satisfying health needs between 2007-2013

	2007	2009	2011	2013
Pogorszyło się	27%	25%	26%	28%
Poprawiło się	4%	3%	2%	2%
Nie zmieniło się	69%	72%	72%	70%

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują, że poziom zamożności i posiadanie pracy determinuje możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych. W Polsce pomimo przeprowadzonych reform nie osiągnięto celów związanych ze zwiększeniem dostępności do opieki zdrowotnej [14]. O znacznych barierach w dostępie do systemu opieki zdrowotnej świadczy fakt, że w 2013 roku aż 50,6% ogółu gospodarstw domowych ponosiło wydatki prywatne, przy jednoczesnym korzystaniu z systemu publicznego. Podobne problemy z finansowaniem opieki zdrowotnej obserwowano również w innych krajach europejskich [15, 16]. Wysoki udział wydatków prywatnych na zdrowie występuje głównie w Europie Wschodniej, gdzie ograniczenia w dostępie do opieki zdrowotnej są przyczyną nierówności zdrowotnych [5, 16].

Z szacunków Narodowego Rachunku Zdrowia wynika, że w Polsce w latach 2008-2012 wydatki publiczne wzrastały wolniej (rocznie 3,7%) w porównaniu do wydatków prywatnych (6,6%) [17]. Szybsza dynamika wydatków prywatnych świadczy o niemożności udźwignięcia ciężaru finansowania opieki zdrowotnej przez państwo. Z naszego badania wynika, że w okresie 2009-2013 zwiększył się odsetek negatywnych ocen

dotyczących funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej z 25% do 28%. Niezadowolenie z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w ostatnich latach potwierdzają badania przeprowadzone przez CBOS. W badaniach tych aż 78% respondentów wyrażało niezadowolenie i 19% satysfakcję z opieki zdrowotnej [14]. Poziom niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych związanych z diagnostyką i leczeniem w Polsce był znacznie wyższy na tle rozwiniętych krajów europejskich. Najtrudniejsza sytuacja występowała wśród osób o najniższych dochodach, wśród których poziom niezaspokojonych potrzeb był znacząco wyższy [9].

Nasze badanie pokazuje, że w najbardziej niekorzystnej sytuacji były gospodarstwa utrzymujące się z niezarobkowych źródeł. W grupie tej stwierdzono największe bariery dostępu do opieki zdrowotnej, a także zmniejszający się poziom korzystania z usług, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Ponadto niskie wydatki na zakup leków i innych artykułów farmaceutycznych stwarzają zagrożenie nasilenia istniejących już chorób. Należy podkreślić, że w Polsce występuje duże rozwarstwienie dochodów, powiększające się najszybciej wśród krajów OECD [18]. Istniejące nierówności dochodowe gospodarstw domowych mogą wpływać na powstawanie barier w dostępie do opieki zdrowotnej, a w konsekwencji pogłębianie nierówności zdrowotnych [19, 20]. Zjawisko to przynosi znaczne straty ekonomiczne w wysokości 1,4% PKB rocznie, przejawiające się zmniejszeniem tempa wzrostu gospodarczego [21]. Dane te wskazują na konieczność prowadzenia działań skierowanych na poprawę adaptacyjności rynku pracy, politykę wspierającą przekwalifikowanie zawodowe, efektywne pośrednictwo pracy, a także wdrażania programów promujących pracę [22].

Gospodarstwa domowe plasujące się w dolnym kwartyle dochodowym rzadziej korzystały z dodatkowych świadczeń w systemie prywatnym, abonamentów, a ich największym problemem było opłacenie wyjazdu do sanatorium i leczenia zębów. Stwierdzono również zmiany, które dotyczyły wzrostu wydatków na usługi prywatne u rolników i emerytów, co może oznaczać zwiększanie się potrzeb zdrowotnych w gospodarstwach o stosunkowo niskich dochodach. Grupy te wymagają adresowanych interwencji zdrowotnych opartych na powszechnie dostępnych programach leczniczych i profilaktycznych.

Ponoszenie wysokich wydatków prywatnych może świadczyć o wroście oczekiwań społecznych w stosunku do systemu opieki zdrowotnej. Wynika to ze wzrostu poziomu wykształcenia, a ponadto wzrostu dochodów zwiększających możliwości korzystania z prywatnego sektora usług zdrowotnych [9]. Jak wskazuje nasze badanie, korzystne położenie dotyczyło głównie gospodarstw domowych pracujących na

własny rachunek oraz pracowników najemnych. Posiadanie pracy umożliwiało również korzystanie z opieki zdrowotnej za pomocą abonamentów opłacanych przez pracodawcę. Natomiast w gorszym położeniu byli rolnicy, renciści oraz utrzymujący się z niezarobkowych źródeł, którzy nie posiadali abonamentów, co ograniczało możliwość korzystania z dodatkowych świadczeń zdrowotnych. Ograniczenia te mogą prowadzić do nierówności zdrowotnych wynikających z posiadanego statusu na rynku pracy.

Obecnie w Polsce są prowadzone dyskusje na temat optymalnych rozwiązań dotyczących finansowania opieki zdrowotnej. Wysokie wydatki gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną z własnego budżetu nie są efektywnym ekonomicznie mechanizmem finansowania. W przypadku poważnej, długotrwałej choroby ten sposób finansowania może przekroczyć możliwości płatnicze pacjenta. Wówczas leczenie rozpoczęte w sektorze

prywatnym często będzie kontynuowane w sektorze publicznym przyczyniając się do dalszego wzrostu kosztów tego sektora [23]. Z tego powodu korzystniejszym rozwiązaniem zmniejszającym nierówności w dostępie do świadczeń jest zwiększenie odpowiedzialności państwa za finansowanie opieki zdrowotnej [16].

Wnioski

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej był determinowany zamożnością. Posiadanie zatrudnienia zwiększało możliwość korzystania z dodatkowych świadczeń zdrowotnych w ramach systemu prywatnego. Gospodarstwa domowe utrzymujące się z niezarobkowych źródeł oraz gospodarstwa o niskich dochodach napotykały na znaczne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej. Grupy te wymagają wsparcia ze strony instytucji polityki społecznej, a także prowadzenia systemowych działań w zakresie zdrowia publicznego.

Piśmiennictwo / References

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 z późn. zm.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.
3. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych. GUS, Warszawa 2011.
4. Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na rok 2013. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2014.
5. Health at a Glance: Europe 2014. Organization for Economic Co-Operation and Development, Paris 2014.
6. Zatonski W. Closing the health gap in the European Union. Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw 2008.
7. Organization for Economic Co-Operation and Development. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm> (dostęp 02.03.2015).
8. Marmot M. Status syndrome: a challenge to medicine. JAMA 2006, 295(11): 1304-1307.
9. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B (red). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
10. Tymowska K. Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne. [w:] Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków. Czapiński J, Panek T (red). Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2007.
11. Czapiński J. Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne. [w:] Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Czapiński J, Panek T (red). Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009.
12. Czapiński J, Panek T. Opieka zdrowotna. [w:] Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Czapiński J, Panek T (red). Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011.
13. Czapiński J, Panek T. Opieka zdrowotna. [w:] Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Czapiński J, Panek T (red). Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.
14. Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej – komunikat z badań. Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2012.
15. Habicht J, Kiivet R, Habicht T, et al. Social inequalities in the use of health care services after 8 years of health care reforms – a comparative study of the Baltic countries. Int J Public Health 2009, 54(4): 250-259.
16. Gelormino E, Bamba C, Spadea T, et al. The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the European evidence base. Int J Health Serv 2011, 41(2): 209-230.
17. Obliczenia własne na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-za-2012-rok,4,5.html> (dostęp 02.03.2015).
18. Wójcik-Żołądek M. Social inequality in Poland. Infos, Biuro Analiz Sejmowych 2013, 20(157).
19. Genowska A, Jamiołkowski J, Szpak A, Pająk A. Determinants of all cause mortality in Poland. Prz Epidemiol 2012, 66(4): 671-677.
20. Kondo N. Socioeconomic disparities and health: impacts and pathways. J Epidemiol 2012, 22(1): 2-6.
21. Mackenbach J, Meerding W, Kunst A. Economic implications of socio-economic inequities in health in the European Union. European Communities, Brussels 2007.
22. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. WHO, Copenhagen 2011.
23. Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski. Polska Izba Ubezpieczeń, Ernst & Young 2013. <http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/DUZ-konferencja/Raport%20-%20Rola%20i%20funkcja%20dodatkowych%20ubezpieczeń%20zdrowotnych.pdf> (dostęp 05.03.2015).