

dr hab. inż. Zofia Wyszowska, prof. UTP¹ 

Katedra Organizacji i Zarządzania

Wydział Zarządzania

Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy

Ocena stopnia gotowości pacjentów do współpłacenia za świadczenia opieki zdrowotnej

WSTĘP

Ochrona zdrowia jest jednym z ważniejszych zadań poszczególnych państw wobec obywateli. Sposoby finansowania systemów czy modeli opieki zdrowotnej są w poszczególnych krajach znacznie zróżnicowane i uwarunkowane między innymi poziomem rozwoju gospodarczego, osiąganymi dochodami, a także historią (Suchecka, 2016, s. 45).

Sposoby finansowania systemów opieki zdrowotnej w znacznym stopniu decydują o ich sprawnym funkcjonowaniu. Zadaniem funkcjonujących modeli finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w innych krajach jest skuteczne zaangażowanie wszystkich uczestników systemu w polepszenie zdrowia ludności (Wielicka, 2014, s. 492). System zdrowotny jest pewną całością, w skład którego wchodzi wiele elementów tworzących różnorodne relacje, których nadrzędnym celem jest zwiększanie aktywności działań ukierunkowanych na ochronę i poprawę zdrowia (Johann, 2005, s. 72). Celem współpracy i prowadzonych działań w sektorach, które realizują świadczenia i usługi profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne jest poprawianie stanu zdrowia poszczególnych osób i społeczeństwa (Wawrzyniak, 2017, s. 139).

Zgodnie z artykułem 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, niezależnie od jego sytuacji materialnej, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Ustawa nie może pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Nie może także wprowadzać

¹ Adres korespondencyjny: Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy, Wydział Zarządzania, Katedra Organizacji i Zarządzania, ul. Fordońska 430, 85-790 Bydgoszcz; e-mail: Zofia.Wyszowska@utp.edu.pl. ORCID: 0000-0002-0919-2251.

jakichkolwiek założeń pozwalających na dyferencję świadczeń dla kogokolwiek w sytuacji występowania podobnych potrzeb zdrowotnych, a obowiązek zapewnienia dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne (Ustawa, 2018).

W wielu krajach obserwuje się narastające problemy dotyczące finansowania systemu ochrony zdrowia. Są one między innymi skutkiem zmian demograficznych, a także wynikają z wprowadzenia do systemu coraz nowocześniejszych, ale i coraz droższych technologii, co z kolei powoduje konieczność działań reorganizacyjnych dla zwiększenia efektywności systemów zdrowotnych. W celu ograniczenia nadmiernego wzrostu kosztów w państwach Unii Europejskiej podejmowano działania dotyczące współpłacenia za świadczenia medyczne. Celem wprowadzenia współpłacenia było ograniczenie zjawiska skłonności pacjentów do nadużywania korzystania ze świadczeń. Odpłatność dotyczyła najczęściej wizyt u lekarzy specjalistów, kosztów wyżywienia w szpitalu, usług stomatologicznych, badań diagnostycznych, sprzętu rehabilitacyjnego. Oprócz funkcji regulacyjnej współpłacenie okazało się dodatkowym źródłem finansowania systemu (Kolwitz, 2010, s. 134).

W Niemczech z tytułu korzystania ze świadczeń w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego pobierane są także opłaty od pacjentów. Obowiązek uiszczania opłat został wprowadzony z dniem 1 stycznia 2004 roku. Uiszczane opłaty przez pacjentów nie są związane z oskładkowaniem wynagrodzenia, ale dotyczą faktycznego korzystania z określonych świadczeń zdrowotnych przysługujących w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego (Lenio, 2018, s. 62).

Polski system ochrony zdrowia cechuje się jednymi z najniższych w Unii Europejskiej wydatkami publicznymi. Trudna sytuacja finansowa generuje wiele problemów, które przejawiają się m.in. utrudnionym dostępem do leczenia specjalistycznego i długim czasem oczekiwania na świadczenia.

Celem pracy jest ocena stopnia gotowości do współpłacenia za świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce. Sformułowano następujące pytania badawcze: czy respondenci są skłonni do współpłacenia za wybrane usługi świadczeń medycznych, czy wszyscy pacjenci powinni być traktowani jednakowo w uiszczaniu opłat, czy powinny być grupy uprzywilejowane, jakie są akceptowalne kwoty pieniężne przeznaczone na współpłacenie, jaki jest akceptowalny czas oczekiwania na lekarza specjalistę. Podstawowym instrumentem pomiarowym był kwestionariusz ankiety. Okres gromadzenia danych obejmował trzy miesiące, sierpień, wrzesień i październik 2018 roku. W przeprowadzonych obliczeniach uwzględniono dane z 527 kompletnie wypełnionych kwestionariuszy.

PODSTAWOWE MODELE FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

W zakresie koncepcji finansowania ochrony zdrowia można spotkać cztery podstawowe modele: Bismarcka, Beveridge'a, rezydualny i Siemaszki.

Model Bismarcka nazywany jest również systemem niemieckim, opiera się na obowiązkowych składkach zdrowotnych, czyli powszechnym ubezpieczeniu. Jest to najstarszy model praktykowany w ochronie zdrowia. Wprowadzone regulacje do pakietu ustaw socjalnych były inicjatywą kanclerza Rzeszy Niemieckiej, Ottona Eduarda von Bismarcka. Głównym celem tego modelu jest ochrona społeczeństwa, a głównie pracowników i ich rodzin przed utratą zdrowia. Składki zdrowotne, które są obligatoryjne dla pracodawcy i pracownika, są źródłem finansowania sektora zdrowia. Zgromadzone środki od obywateli przyjmują status środków publicznych. Klasyczna wersja tego systemu występuje w Niemczech, natomiast w innych krajach system ulegał modyfikacjom, ale elementy tego modelu występują nadal w wielu krajach europejskich, w tym m.in. w Austrii, Belgii, we Francji, w Holandii, Szwajcarii, Polsce.

Charakterystyczną cechą tego modelu jest powołanie ustawowych instytucji ubezpieczeniowych nazywanych kasami chorych oraz to, że nadzór nad systemem pełni państwo. W ramach klasycznego modelu ubezpieczeniowego Bismarcka, występuje model ubezpieczeniowy nazywany hybrydowym, w którym dozwolone jest finansowanie z wielu źródeł, ale zawsze podstawową instytucją są kasy chorych lub ich odpowiedniki (Paszowska, 2017, s. 28).

Model Beveridge'a przyjmuje również nazwę modelu budżetowego lub modelu narodowego służby zdrowia (Drewnowski, 1977, s. 183). Model ten został wprowadzony w Wielkiej Brytanii po drugiej wojnie światowej przez lorda Beveridge'a. Istotą tego modelu było wydzielenie specjalnego funduszu z ogólnych podatków z przeznaczeniem na opiekę medyczną dla wszystkich obywateli bez względu na status społeczny (Książkowski, 1999, s. 114). W koncepcji tego modelu przydzielone środki finansowe trafiają do budżetów lokalnych, a funkcjonujące jednostki w regionach świadczące usługi medyczne mają status zakładów opieki zdrowotnej i działają jako jednostki niezależne (Kautsch, Whitfield, Klich, 2001, s. 33).

Model rezydualny, nazywany również modelem rynkowym, występuje w Stanach Zjednoczonych. W tym modelu państwo nie ponosi odpowiedzialności za powszechny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Nie oznacza to jednak, że występuje całkowity brak dostępu do usług medycznych, gdyż występuje sektor publiczny, ale w ramach podstawowej opieki medycznej sektor ten obejmuje tylko osoby znajdujące się w szczególnie trudnej sytuacji (Rutkowska-Podołowska, Popławski, Zaleska-Tsitini, 2011, s. 132). Do wyjątków należą również dzieci, weterani wojenni czy grupy społeczne objęte publicznymi programami zdrowotnymi (Bromber, i in., 2015, s.11).

Model Siemaszki, nazywany systemem centralnie planowanym lub rosyjskim, miał początki po zakończeniu drugiej wojny światowej i funkcjonował do lat 90. XX wieku. Był podstawą dla tworzenia systemów opieki zdrowotnej w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Założeniem tego modelu była pełna kontrola państwa nad systemem, głoszenie idei narodowej służby zdrowia, gdzie państwo bierze odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa, a działania i wy-

datkowanie środków kontroluje rząd. W założeniach tego systemu wszystkie zakłady opieki zdrowotnej były własnością państwa, a zatrudnieni pracownicy byli postrzegani jako urzędnicy państwowi. W systemie obowiązywało centralne planowanie finansowania świadczeń i występował brak sektora prywatnego. Ten model obecnie postrzegany jest jako historyczny, a państwa w których, występował, wprowadziły systemy funkcjonujące w krajach z gospodarką rynkową, głównie systemy ubezpieczeniowe. System Siemaszki funkcjonował w takich krajach jak: Czechy, Litwa, Węgry, Polska (Jasiński, 2001, s. 18).

Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia prowadzona dyskusja nad europejskimi modelami finansowania zdrowia doprowadziła do konkluzji, by każde państwo samodzielnie ustaliło najwłaściwszy model finansowania i zabezpieczenia zdrowotnego. Przy podejmowaniu decyzji w tym zakresie pod uwagę powinny być brane uwarunkowania historyczne, demograficzne, polityczne, priorytety społeczne i możliwości finansowe. Ostatecznie wybierane modele ochrony zdrowia są uwarunkowane sytuacją ekonomiczną danego kraju, jego poziomem rozwoju gospodarczego, a także przyjętą polityką zdrowotną (OECD, 2013, s. 7).

W Polsce transformacja ustrojowa odbyła się w 1989 roku, ale dopiero w 1997 roku uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a w styczniu 1999 roku utworzono w szesnastu województwach kasy chorych i jedną kasę chorych branżową, zrzeszającą osoby pracujące w służbach mundurowych, m.in. policjantów i żołnierzy (Łagowski, 2012, s. 87). Takie działanie spowodowało zastąpienie modelu budżetowego działającego na założeniach systemu Siemaszki modelem ubezpieczeniowym z założeniami modelu Bismarcka (Jończyk, 2010, s. 121).

Reforma wprowadzona w 1999 roku przeformułowała system opieki zdrowotnej i wycofała pojęcie „służba zdrowia”, które jeszcze nadal błędnie jest używane. Obecnie poprawne określenie systemu to „ochrona zdrowia”, „system ochrony zdrowia” lub „system opieki zdrowotnej”.

Zasadnicza zmiana wprowadzona w 1999 roku polegała na zastąpieniu systemu budżetowego systemem ubezpieczeniowym. Dystrybucję środków finansowych nakazowo-rozdzielczą zastąpiono systemem rynkowym, gdzie usługi są kupowane, i pomiędzy ubezpieczycielem i wykonawcą usług zdrowotnych są zawierane umowy handlowe (Wrona, 2011, s. 381).

Działalność kas chorych była ograniczona rejonizacją między województwami. W tym systemie nie było miejsca dla prywatnych kas chorych z uwagi na obawy przed wchłonięciem kas publicznych przez ubezpieczycieli prywatnych (Golinowska i in., 2002, s. 73–75). W funkcjonowaniu kas chorych obowiązywały zasady: solidarności społecznej, samorządności, samofinansowania, racjonalności ekonomicznej, idea organizacji non-profit (Piotrowska-Marczak, 2002, s. 1–6).

System opierał się na decentralizacji i terytorialnej odpowiedzialności za świadczenia medyczne. Wprowadzono kontraktowanie świadczeń medycznych oraz koncepcję lekarza rodzinnego. Pogłębiające się różnice pomiędzy województwami w dostępie do świadczeń zdrowotnych, a także niewydolność samo-

rządów terytorialnych w zakresie nadzoru i opieki nad placówkami na swoim terenie i braku środków finansowych na inwestycje i remonty placówek, doprowadziły do kolejnych reform (Golinowska, 2000, s. 87–88).

Kasy chorych funkcjonowały do 2002 roku. W 2003 roku powstał scentralizowany podmiot pod nazwą Narodowy Fundusz Zdrowia z szesnastoma oddziałami wojewódzkimi. Narodowy Fundusz Zdrowia nazywany płatnikiem, posiada pozycję uprzywilejowaną, narzuca ceny świadczeń medycznych, limity wykonania i zasady dystrybucji środków finansowych (Rudawska, 2007, s. 89).

Fundusz ten gromadzi składki na ubezpieczenie zdrowotne i kieruje je na funkcjonowanie systemu. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową i przyczyniają się do gromadzenia środków publicznych. Składki mają charakter powszechny i przymusowy, łączą cel ekonomiczny ze społecznym i mają właściwości fiskalne, redystrybucyjne i alokacyjne, gdzie najważniejszy jest aspekt fiskalny. W tych uwarunkowaniach publiczne zasoby pieniężne przeznaczone na ochronę zdrowia zależą od zdolności podatkowej i płatniczej przedsiębiorstw i gospodarstw domowych. Pozostałe źródła finansowania systemu to budżet państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz wydatki prywatne (Kowalczyk, 2015, s. 141).

METODYKA

Podstawowym instrumentem pomiarowym był kwestionariusz ankiety ze zbiorem pytań zapisanych tak, aby możliwe było uzyskanie odpowiedzi od anonimowych respondentów poprzez portal internetowy na wszystkie zapisane w kwestionariuszu pytania (Kaczmarczyk, 2004, s. 97). Zawarte w kwestionariuszu pytania miały charakter pytań zamkniętych. Okres gromadzenia danych obejmował trzy miesiące, sierpień, wrzesień i październik 2018 roku. Dla utworzenia bazy danych zastosowano arkusz kalkulacyjny w programie Excel, co pozwoliło na wykonanie obliczeń i określenie struktury uzyskanych odpowiedzi. Po zakończeniu etapu zbierania danych i ich weryfikacji w przeprowadzonych obliczeniach uwzględniono dane z 527 kompletnie wypełnionych kwestionariuszy.

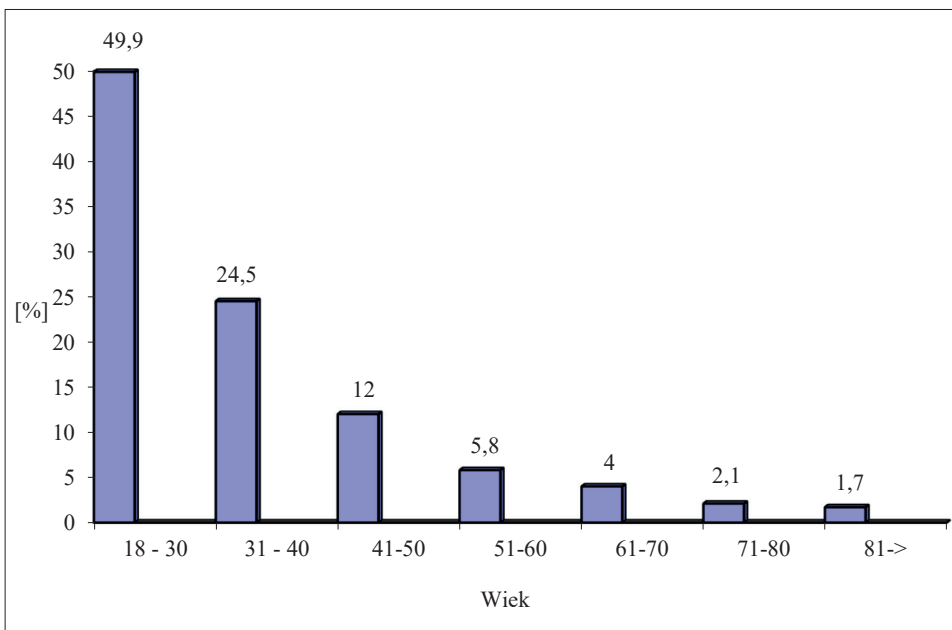
WYNIKI BADAŃ

W grupie respondentów liczącej 527 osób, najwięcej odpowiedzi udzieliły osoby najmłodsze, a najmniej najstarsze. Udział respondentów w wieku do 30 lat wyniósł 49,9% a w wieku od 31 do 40 lat 24,5%. Co ósma osoba znajdowała się w przedziale wieku od 41 do 50 lat (12%). Łącznie w badanej zbiorowości w strukturze wieku udział osób do 50 lat wyniósł 86,4%. Udział respondentów li-

czących więcej niż 50 lat stanowił w całej zbiorowości 13,6%, w tym było w wieku od 51 do 60 lat 5,8%, w wieku od 61 do 70 lat 4,0%, w wieku od 71 do 80 lat 2,1% i w wieku powyżej 80 lat 1,7% (rys. 1).

Częściej odpowiedzi udzielały kobiety (78,7%). Posiadanie wykształcenia podstawowego wskazała grupa licząca 11,6%. Najczęściej wypowiadały się osoby z poziomem wykształcenia wyższego (59,2%) i średniego (29,2%). W miastach zamieszkiwało 85% respondentów, a na wsi 15%. Najwięcej osób zadeklarowało, że w ich gospodarstwach domowych zamieszkują dwie osoby (30,3%). Niemal co siódmy respondent prowadzi gospodarstwo domowe jednoosobowe (14,6%). Co dziesiąty respondent (10,1%) powiedział, że jego gospodarstwo domowe liczy więcej niż cztery osoby. Co czwarte gospodarstwo (25,1%) składa się z trzech osób, a co piąte z czterech osób (19,9%).

Analiza wypowiedzi respondentów na temat budżetów domowych pokazała, że ponad połowa z nich (51,0%) posiada dochody netto przypadające na jedną osobę w miesiącu przekraczające 2 tys. zł. Na drugim miejscu znalazła się grupa osób, w której poziom osiągniętych dochodów mieści się w przedziale od 1001 do 2 tys. zł (28,4%). Co szósta osoba zaznaczyła (16,6%), że w jej gospodarstwie domowym dochody znajdują się w przedziale od 501 zł do 1000 zł. Jednakże co dwudziesty piąty (4,0%) respondent swoją sytuację dochodową wskazał na poziomie do 500 zł miesięcznie na osobę.



Rys. 1. Struktura wieku respondentów [N=527]

Źródło: opracowanie na podstawie wypowiedzi respondentów.

W całej zbiorowości udział osób chorujących na chorobę przewlekłą wymagającą systematycznych wizyt u specjalisty sięgał 27,1%, a oczekiwanie na wizytę u specjalisty w państwowej placówce wskazało 43,5% ankietowanych. Z wizyt prywatnych korzysta 80,8% respondentów. Co drugi respondent z porad lekarza specjalisty korzysta raz na pół roku (50,9%). Co dziesiąta osoba zadeklarowała, że z lekarskich porad specjalistycznych korzysta raz w miesiącu (10,8%). Pozostałe osoby korzystają z wizyt u lekarza specjalisty rzadziej niż raz w roku (38,3%).

Według 90,5% respondentów system ochrony zdrowia jest niewystarczająco finansowany, ale 9,5% respondentów w tej kwestii miało odmienne zdanie.

W opiniach respondentów grupą społeczną, która najczęściej korzysta ze świadczeń zdrowotnych są emeryci i renciści (85,6%). Wszystkie inne grupy społeczne korzystają ze świadczeń zdrowotnych w dużo mniejszym zakresie, w tym osoby w wieku produkcyjnym korzystają w 6,6%, dzieci do 18. roku życia w 7,2% i studenci wraz z doktorantami w 0,6%.

Według wiedzy i wskazań udzielonych przez respondentów wśród wymienionych lekarzy specjalistów (okulista, kardiolog, neurolog, chirurg, dentysta), najdłużej czeka się na specjalistę neurologa (38,2%), następnie na kardiologa (29,2%) i okulistę (19,7%), a najkrócej na dentystę (2,7%) i chirurga (10,2%).

Respondenci podali akceptowalny dla nich czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty. Najczęściej udzielaną odpowiedzią było akceptowalne oczekiwanie nie dłuższe niż 5 dni (48,2%). Co trzeci respondent akceptuje oczekiwanie nieprzekraczające 2 tygodni (33,4%). Zdaniem co dziesiątego respondenta (10,3%) satysfakcjonujące byłoby spotkanie się z lekarzem specjalistą już za dwa dni od momentu zgłoszenia swojej potrzeby. Co dwunasty respondent wskazał, że akceptuje oczekiwanie na lekarza specjalistę miesiąc (8,1%).

Większość respondentów byłaby skłonna za skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty wnieść opłatę (81,8%). Opinie dotyczące dopłat dokonywanych przez grupy społeczne wymagające szczególnego traktowania wśród respondentów były znacznie zróżnicowane. Analiza zebranych danych pokazała, że uprzywilejowane w tym zakresie, czyli zwolnione z dopłat, powinny być osoby tylko z dwóch grup, są to osoby niepełnosprawne ruchowo oraz osoby z chorobą przewlekłą. Według zebranych opinii pozostałe wymienione grupy osób nie powinny być zwolnione z dopłat, ale poglądy na ten temat nie są jednoznaczne (tabela 1).

Najczęściej wskazywana kwota dopłaty za wizytę u lekarza specjalisty, która spowoduje krótszy czas oczekiwania wynosiła 10 zł (44%). Niewiele mniejsza grupa respondentów zaakceptowała kwotę dopłaty na poziomie 15 zł (39,1%). Kwotę wyższą niż 15 zł akceptuje 1,9% wypowiedających się. Kwotę na poziomie 2 zł wskazała grupa ankietowanych nieprzekraczająca 5% (4,9%), a akceptowana kwota na poziomie 5 zł została wskazana przez co dziesiątą osobę (10,1%). Ostatecznie kwotę 10 złotych lub wyższą, ale jednak nieprzekraczającą 15 złotych wskazało 83,1% wypowiedających się (rys. 2).

W innym weryfikującym pytaniu, czy dopłata w wysokości 10 zł jest odpowiednia za jednorazową wizytę u lekarza specjalisty przy wariantach odpowiedzi tak lub nie, 81% respondentów zaznaczyło, że taka kwota jest odpowiednia, a 19% zaznaczyło, że nie.

W ochronie zdrowia lekarze wyszczególniają tzw. przypadki pilne. Dla takich przypadków lekarze pierwszego kontaktu na skierowaniach na konsultacje specjalistyczne wykonują odpowiednią adnotację, która informuje, że pacjent zalicza się do grupy wymagającej szybkiej pomocy, ale nie wymaga nagłej interwencji. Większość respondentów uznała, że tacy pacjenci powinni być zwolnieni z dopłaty (75%), jednak czwarta część ankietowanych (25%) nie poparła zwolnienia z dopłat.

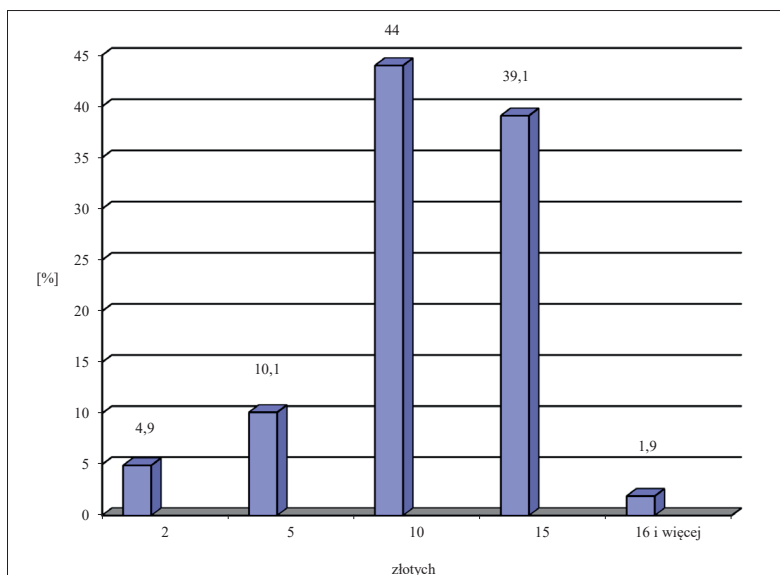
W dopłatach do wizyt lekarskich najchętniej deklarują uczestnictwo osoby najmłodsze. Taką opinię wyraziło 87,8% respondentów w wieku do 31. roku życia i 85,3% w wieku od 31. do 40. roku życia. Ponad połowa respondentów w wieku od 41. do 50. roku życia jeszcze akceptuje dopłaty (60,3%), natomiast osoby z kolejnej grupy wiekowej już miały odmienną opinię i większość z nich nie jest skłonna do dokonywania dopłat. Osoby najstarsze uważają, że nie powinny dopłacać do wizyt lekarskich, ponad 80% osób z najstarszej grupy wiekowej wyraziło taką opinię.

Najczęściej chęć dopłaty deklarują osoby z najwyższymi dochodami netto na osobę w gospodarstwie domowym. Taką opinię wyraziło 93,3% respondentów z grupy dochodowej kształtującej się na poziomie od 1001 do 2 tys. zł i 85,9% respondentów z dochodami wyższymi niż 2 tys. zł na osobę. Ankietowani z najniższym poziomem dochodów na temat dopłat do wizyt lekarskich mieli odmienne zdanie. Bardziej przekonane do opłat są osoby z średnim i wyższym poziomem wykształcenia niż podstawowym (tabela 2).

Tabela 1. Dopłaty do wizyt u lekarzy specjalistów wybranych grup społecznych (odsetek respondentów)

Lp.	Wyszczególnienie	Tak	Nie
1	Skłonność do dopłaty za wizytę u specjalisty za skrócenie czasu oczekiwania do jednego tygodnia	81,8	18,2
2	Czy dopłata powinna być równa dla wszystkich	70,4	29,6
3	Czy powinny być zwolnione z opłaty kobiety w ciąży	47,8	52,2
4	Czy honorowi dawcy krwi i szpiku powinni być zwolnieni z dopłaty	48,8	59,2
5	Czy osoby powyżej 75. roku życia powinny być zwolnione z dopłat	43,1	56,9
6	Czy dzieci do 18. roku życia i studenci powinni być zwolnieni z dopłat	49,0	51,0
7	Czy osoby niepełnosprawne ruchowo powinny być zwolnione z dopłat	80,3	19,7
8	Czy osoby z chorobą przewlekłą powinny być zwolnione z dopłaty	73,1	26,9

Źródło: opracowanie na podstawie wypowiedzi respondentów.



Rys. 2. Poziom dopłaty w złotych proponowany przez respondentów [N=527]

Źródło: opracowanie na podstawie wypowiedzi respondentów.

Zdecydowana większość respondentów (90,1%) uznała w wypowiedziach, że w zamian za opłatę i krótszy czas oczekiwania na wizytę lekarską składki na ubezpieczenia zdrowotne nie powinny wzrosnąć. Pozostałe osoby (9,9%) proponują, aby w zamian za krótszy czas oczekiwania na wizyty lekarskie zwiększyć składki. Zdaniem większości respondentów (81%) nie powinny być objęte dopłatą podstawowe badania diagnostyczne, takie jak: badanie krwi, moczu, wykonywanie prześwietleń rentgenowskich, rezonansów magnetycznych. Jednak za wniesieniem opłaty była pozostała grupa ankietowanych (19%).

Większość respondentów uważa, że w sytuacji zarejestrowania się na wizytę u specjalisty z dopłatą nie powinno być wymagane skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu (70,4%). Zdaniem większości respondentów wizyty lekarskie dotyczące dzieci i uczniów powinny być zwolnione z jakichkolwiek dopłat (90,5%).

Tabela 2. Akceptacja dopłat za wizyty lekarskie na tle wieku respondentów, poziomu dochodów i wykształcenia [N=527]

Charakterystyka	N	Tak	Nie
		%	%
1	2	3	4
Wiek [lata]			
do 31	263	87,8	12,2
31–40	129	85,3	14,7
41–50	63	60,3	39,7

1	2	3	4
51–60	31	32,3	67,7
61–70	21	19,0	81,0
71–80	11	18,2	81,2
81 i więcej	9	-	100,0
Razem	527	x	x
Dochód [zł]			
do 500	21	19,0	81,0
501–1000	87	23,0	77,0
1001–2000	150	93,3	6,7
więcej niż 2001	269	85,9	14,1
Razem	527	x	x
Wykształcenie			
Podstawowe	61	27,9	72,1
Średnie	154	85,1	14,9
Wyższe	312	79,2	20,1
Razem	527	x	x

Źródło: opracowanie na podstawie wypowiedzi respondentów.

PODSUMOWANIE

Podsumowując uwzględniane w badaniu pytania i uzyskane odpowiedzi w kwestii stopnia gotowości pacjentów do współpłacenia za świadczenia medyczne zauważa się pewne akceptowane przez respondentów propozycje. Respondenci młodszy są bardziej skłonni do dokonywania opłat w zamian za skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie. Respondenci najstarsi mieli odmienne zdanie w tym zakresie. Osoby dysponujące wyższym dochodem i z wyższym poziomem wykształcenia częściej wskazywały akceptację dokonywania opłat w porównaniu z osobami o niższych dochodach i z niższym poziomem wykształcenia. Respondenci oczekują znacznego skrócenia czasu oczekiwania na lekarza specjalistę.

Prezentowane badania stanowią przesłankę dla przeprowadzenia w przyszłości kolejnych analiz obejmujących szersze grupy społeczne w kontekście podjętego zagadnienia. Ujawnione podobieństwa lub różnice w opiniach między regionami, województwami czy grupami społecznymi mogą być ważnymi informacjami wspierającymi podejmowanie decyzji w zakresie opracowania koncepcji finansowania czy współfinansowania przez pacjentów ochrony zdrowia. Uzyskane odpowiedzi od badanej grupy respondentów nie upoważniają do uogólniania wyników.

BIBLIOGRAFIA

- Bromber, P., Hady, J., Lachowski, H., Leśniowska-Gontarz, M., Szaban, D., Ślusarczyk, B., Zdanowska, J. (2015). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Drewnowski, J. (1977). Poverty its meaning and measurement. *Development and Change*, 8(2), 183–208. DOI: 10.1111/j.1467- 7660.1977.tb00736x.
- Golinowska, S. (2000). *Polityka społeczna, koncepcje – instrukcje – koszty*. Warszawa: Poltext.
- Golinowska, S., Czepulis-Rutkowska, Z., Sowada, Ch., Włodarczyk, C., Sowa, A. (2002). *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*. Raporty CASE. Warszawa: Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych.
- Jasiński, G. (2001). Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich. *Biuletyn Kas Chorych*, 3–4, 16–22.
- Johann, M. (2005). *Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności*. Warszawa: Difin.
- Jończyk, P. (2010). Struktura systemów oraz finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie. *Master of Business Administration*, 2(103), 116–139.
- Kaczmarczyk, S. (2004). *Badania marketingowe. Metody i techniki*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Kautsch, M., Whitfield, M., Klich, J. (2001). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Kolwitz, M. (2010). Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej*, 56(3), 131–143.
- Kowalczyk, M. (2015). Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999–2015. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie*, 20, 139–148.
- Książkowski, M. (1999). *Polityka społeczna. Wybrane problemy porównań międzynarodowych*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Lenio, P. (2018). Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Niemczech. *Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu*, 1(6), 53–73. DOI: 10.12775/PBPS.2018.004.
- Łagowski, P. (2012). Wybrane modele finansowania systemu opieki zdrowotnej. *Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne*, 12, 81–94.
- OECD (2013). *Economics Department Policy Note. What Future for Health Spending*. No 19. Pobrane z: <https://www.oecd.org/economy/policy/notes> (2019.06.24).
- Paszkowska, M. (2017). System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu. *Problemy Zarządzania*, 15/3(1), 25–41. DOI: 10.7172/1644-9584.69.2.
- Piotrowska-Marczak, K. (2002). *Finansowe aspekty reformy ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*. Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu. Zeszyt 901, maj.
- Rudawska, I. (2007). *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*. Warszawa: PWN.
- Rutkowska-Podołowska, M., Popławski, Ł., Zaleska-Tsitini, M. (2011). Health care policy in Poland and in selected European Union countries: Attempts at reducing fast increasing medical care costs. The Małopolska School of Economics in Tarnów. *Papers Collection*, 19(2), 131–139.
- Suchecka, J. (2016). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Kraków: Wolter Kluwer.

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 295).
- Wawrzyniak, D. (2017). Standard of Living in the European Union. *Comparative Economic Research Central and Eastern Europe*, 19(1), 139–153. DOI: 10.1515/cer-2016-0008.
- Wielicka, K. (2014). Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej. *Organizacja i Zarządzanie*, 70, 491–504.
- Wrona, B. (2011). *Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia*. Kraków: Uniwersytet Ekonomiczny, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne.

Streszczenie

Celem opracowania było poznanie gotowości pacjentów do dokonywania dopłat do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych oraz poznanie akceptowanego poziomu dopłat w opiniach anonimowych respondentów. Dla przeprowadzenia badań i zebrania danych opracowano kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz został zamieszczony na portalu internetowym. Ankietowani wybierali właściwy dla nich wariant odpowiedzi. Wszystkie pytania miały charakter pytań zamkniętych. Bazę danych założono w programie Excel. W obliczeniach uwzględniono 527 kompletnie wypełnionych kwestionariuszy. Analiza zgromadzonych danych pokazała, jaka jest kwota akceptowalna dla dokonywania dopłat do specjalistycznych wizyt lekarskich. Według osób wypowiadających się ustalona kwota powinna być równa dla wszystkich, a do grup społecznych uprzywilejowanych powinno się zaliczać tylko osoby niepełnosprawne i przewlekle chore. Najczęściej chęć dopłaty deklarowały osoby z wyższym poziomem miesięcznego dochodu netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym oraz z poziomem wykształcenia wyższym i średnim. Badania pokazały, że osoby młodsze częściej akceptowały wprowadzenie dopłat aniżeli osoby starsze. Z uwagi na fakt, że w bazie analizowanych danych w strukturze wieku przewagę stanowiły osoby młodsze, w deklarowanym posiadanym poziomie wykształcenia najmniej liczną grupą były osoby z podstawowym poziomem wykształcenia i większość respondentów była mieszkańcami miast, uzyskane wyniki badań pozwoliły na wysnucie potrzebnych i ciekawych spostrzeżeń, nie upoważniając jednak do uogólnień, inspirując do poszerzenia bazy danych i prowadzenia kolejnych analiz.

Słowa kluczowe: lekarz specjalista, dopłata do świadczeń, ochrona zdrowia, współfinansowanie.

Assessment of patient readiness to co-pay for healthcare services

Summary

The purpose of the study was to learn more about readiness to pay for specialist health services and to learn about the acceptable level of co-payments through the opinions of anonymous respondents. A questionnaire was developed to conduct the survey and collect the data. The questionnaire was posted on an internet website and the respondents chose an appropriate answer variant. All questions were closed ones. The database was created in Excel. The analysis included 527 completed questionnaires. The analysis of the data collected identified the amount of acceptable co-payments for specialist medical consultations. According to the respondents, the co-payment amount should be equal for everyone, and privileged social groups should include only disabled

and chronically ill people. The willingness to co-pay was declared most often by those with a higher monthly net income per person in a household and with a higher and secondary education. The study has shown that younger people accepted the subsidies more than the elderly. Due to the fact that younger people were the most represented in the data the least numerous declared level of education was basic education while the majority of respondents were urban residents, hence the results illustrated a number of essential and interesting observations. However, they cannot be applied as generalizations, although they inspire further expansion of the scope of the data collected and the conducting of further analyzes.

Keywords: specialist physician, co-payment for health services, health care, co-financing.

JEL: I10, I18, M50.