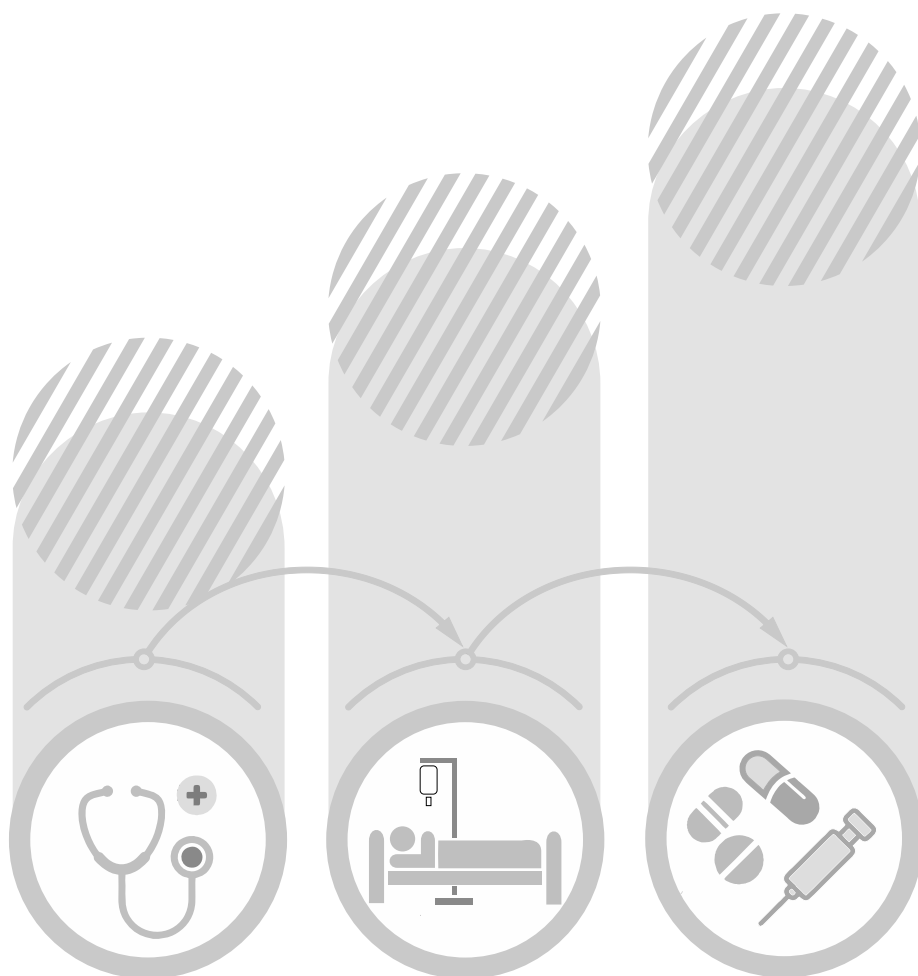




Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

Health care in households in 2016



Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.

Health care in households in 2016

Opracowanie merytoryczne

Content-related works

Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych
Statistics Poland, Social Surveys Department

Pod kierunkiem

Supervised by

Magorzaty Żyra

Zespół autorski

Editorial team

Rozdział 1 – Katarzyna Gadocha (US Kraków), Natalia Koehne

Chapter 1

Rozdział 2 – prof. Wiktoria Wróblewska (Szkola Główna Handlowa)

Chapter 2

Rozdział 3 – Maciej Żelechowski

Chapter 3

Rozdział 4 – Michał Bedlicki (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia)

Chapter 4

Uwagi metodyczne – Natalia Koehne, Ewa Malesa

Methodological notes

Imputacja braków odpowiedzi – Tomasz Piasecki (US Łódź)

Imputing missing data

Uogólnienie wyników, precyzja – Karolina Warno

Generalizing results, precision

Koordinacja prac – Ewa Malesa

Coordination of work

Skład i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Marek Wilczyński

Oprogramowanie

Software

CIS Radom

Ewa Wieczorek, Józef Wieczorek

ISBN 978-83-7027-688-1

Publikacja dostępna na stronie

Publications available on website

<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>

Przy publikowaniu danych GUS prosimy o podanie źródła.

When publishing Statistics Poland data — please indicate the source.



Zakład Wydawnictw
Statystycznych

00-925 WARSZAWA, AL. NIEPODLEGŁOŚCI 208.

Informacje w sprawach sprzedaży publikacji — tel. (22) 608 32 10, 608 38 10
Zam. 350/2018/nakł. 250

Przedmowa

Główny Urząd Statystyczny od lat pięćdziesiątych XX wieku prowadzi cykliczne badanie ankietowe na temat popytu na usługi opieki zdrowotnej w gospodarstwach domowych pt.: „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”. Waga ochrony zdrowia i występujące od lat niedostatki w tej dziedzinie sprawiają, że temat badania jest bardzo istotny.

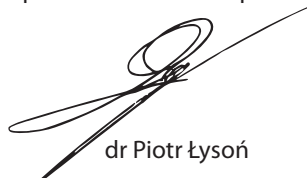
Publikacja niniejsza zawiera analizę wyników ósmej edycji badania, przeprowadzonego w 2017 r. Badanie dostarczyło informacji o szerokim spektrum problemów korzystania z usług systemu opieki zdrowotnej przez gospodarstwa domowe w 2016 r. Ponadto porównanie z wynikami badań z poprzednich lat umożliwiło śledzenie zmian, jakie zaszły w sposobie korzystania z opieki zdrowotnej, w wielkości i strukturze wydatków gospodarstw domowych na tę opiekę, a także w subiektywnych ocenach jakości usług w tej dziedzinie.

Oddając publikację Czytelnikom, składamy serdeczne podziękowania wszystkim, bez których badanie nie mogłoby być zrealizowane, przede wszystkim respondentom, którzy zechcieli udzielić odpowiedzi i poświęcić swój cenny czas, ankieterom i kierownikom w urzędach statystycznych, którzy rzetelnie wykonali swoją pracę,

W odróżnieniu od poprzednich edycji, aneks z tablicami statystycznymi został umieszczony na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego, w wersji edytowalnej.

Mamy nadzieję, że przekazywana Państwu publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat zrealizowanego popytu na usługi zdrowotne w gospodarstwach domowych i będzie stanowić wsparcie informacyjne w realizacji polityk w obszarze opieki zdrowotnej.

Dyrektor
Departamentu Badań Społecznych



dr Piotr Łysoń

Prezes
Głównego Urzędu Statystycznego



dr Dominik Rozkrut

Preface

Since the 1990s the Statistics Poland has been conducting recurring sample survey on the demand for health care services in households "Health care in households". The importance of health care and existing for years shortcomings in this area make the survey subject very important.

This publication contains the analysis of the results of the eighth edition of the survey, which was carried out in 2017. The study provided information on a wide range of issues with use of the health care system's services by households in 2016. In addition, a comparison of survey results with results from previous years made possible to track changes that have occurred in the way of use of the health care, in the size and structure of household spending on this purpose, as well as in the subjective assessments of the quality of services in this area.

Giving the publication to the Readers, we express many thanks to all, without whom the study could not be done, first of all the respondents who agreed to answer and spend their valuable time, interviewers and managers in statistical offices, who diligently performed at their work.

In contrast to previous editions, the annex with statistical tables has been placed on the website of the Statistics Poland, in an editable version.

We hope that given publication will prove to be a valuable source of knowledge about the realized demand for health services in households and will provide support in the implementation of policies in the area of health care.

Director
of the Social Surveys Department



Piotr Łysoń, Ph.D

President
Statistics Poland



Dominik Rozkrut, Ph. D.

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
<i>Preface</i>	4
Spis treści	5
<i>Contents</i>	5
Spis tablic	8
<i>List of tables</i>	8
Spis wykresów	9
<i>List of charts</i>	9
Objaśnienia znaków umownych	15
<i>Symbols</i>	15
Ważniejsze skróty.....	15
<i>Major abbreviations</i>	15
Wstęp	16
<i>Introduction</i>	17
Rozdział 1. Charakterystyka badanej zbiorowości.....	19
<i>Chapter 1. Characteristics of the surveyed population</i>	19
Charakterystyka gospodarstw domowych.....	19
<i>Characteristics of households</i>	19
Charakterystyka członków gospodarstw domowych.....	22
<i>Characteristics of households members</i>	22
Stan zdrowia członków gospodarstw domowych	25
<i>Health status of household members</i>	25
Stosowanie leków w IV kwartale 2016 roku	34
<i>Use of medicines in the 4th quarter of 2016</i>	34
Podsumowanie	36
<i>Summary</i>	36
Rozdział 2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej.....	37
<i>Chapter 2. Use of health care services</i>	37
Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej.....	38
<i>Use of inpatient health care</i>	38
Korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	46
<i>Use of outpatient health care</i>	46

Wykonywanie badań diagnostycznych.....	57
<i>Performing medical diagnostic tests.....</i>	<i>57</i>
Niekorzystanie z usług zdrowotnych mimo istnienia takiej potrzeby	62
<i>Non-use of medical services despite the need</i>	<i>62</i>
Podsumowanie	68
<i>Summary.....</i>	<i>68</i>
Rozdział 3. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2016 r.....	71
<i>Chapter 3. Household expenditure on health care in 2016.....</i>	<i>71</i>
Poziom i struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem	73
<i>The level and structure of household expenditure on total health care.....</i>	<i>73</i>
Wydatki na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku.....	74
<i>Expenditure on medicines and other medical supplies and medical durables</i>	<i>74</i>
Ocena wydatków na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku	76
<i>Evaluation of expenditure on medicines and other medical supplies and medical durables.....</i>	<i>76</i>
Wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną.....	79
<i>Expenditure on outpatient health care</i>	<i>79</i>
Ocena wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną	89
<i>Evaluation of expenditure on outpatient health care.....</i>	<i>89</i>
Wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną.....	91
<i>Expenditure on inpatient health care</i>	<i>91</i>
Ocena wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną	94
<i>Evaluation of expenditure on inpatient health care.....</i>	<i>94</i>
Wydatki na medycynę niekonwencjonalną	95
<i>Expenditure on unconventional medicine.....</i>	<i>95</i>
Wydatki na opiekę zdrowotną za granicą.....	95
<i>Expenditure on medical services abroad</i>	<i>95</i>
Dodatkowe dobrowolne zabezpieczenia zdrowotne	96
<i>Additional non obligatory health insurance.....</i>	<i>96</i>
Podsumowanie	98
<i>Summary.....</i>	<i>98</i>
Rozdział 4. Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów.....	101
<i>Chapter 4. Quality of healthcare in the opinion of respondents</i>	<i>101</i>
Ogólna ocena jakości opieki zdrowotnej.....	102
<i>Overall quality of healthcare.....</i>	<i>102</i>

Dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie respondentów	103
<i>Access to primary healthcare in opinion of respondents</i>	<i>103</i>
Czas oczekiwania na świadczenia medyczne	105
<i>Waiting time for medical services</i>	<i>105</i>
Responsywność, czyli spełnienie oczekiwań pacjentów przez lekarzy	107
<i>Responsiveness - meeting expectations of patients by doctors.....</i>	<i>107</i>
Doświadczenie zdarzeń niepożądanych podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych	112
<i>Experience of adverse events while using health care services.....</i>	<i>112</i>
Oznaki dyskryminacji i nierównego traktowania	114
<i>Discrimination and unequal treatment</i>	<i>114</i>
Podsumowanie	115
<i>Summary.....</i>	<i>115</i>
Uwagi metodologiczne	116
<i>Methodological notes.....</i>	<i>116</i>
Formularze	128
<i>Forms</i>	<i>128</i>

Spis tablic

List of tables

Tabl. 1.	Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych (w %).....	19
Table 1.	Households by socio-economics groups (in %)	19
Tabl. 2.	Gospodarstwa domowe według stanu zdrowia członków	21
Table 2.	Households by health status of members.....	21
Tabl. 3.	Główne źródło informacji o programach profilaktycznych według cech społeczno-demograficznych - rok 2016	31
Table 3.	The main source of information about preventive programs by socio-demographic characteristics - 2016.....	31
Tabl. 4.	Osoby korzystające z programów profilaktycznych według cech społeczno-demograficznych - rok 2016	33
Table 4.	People using preventive programs by socio-demographic characteristics - 2016.....	33
Tabl. 5.	Wykonane badania diagnostyczne w 2016 r. według wybranych źródeł finansowania	61
Table 5.	Performing diagnostic tests in 2016 by financing sources	61
Tabela 6.	Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na zakup leków w 2016 r.....	76
Table 6.	Households by evaluation of expenditure on medicines in 2016.....	76
Tabela 7.	Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u lekarzy w 2016 r.....	89
Table 7.	Households by evaluation on expenditure on doctor's consultations in 2016.....	89
Tabela 8.	Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u dentystów w 2016 r.....	90
Table 8.	Households by evaluation on expenditure on dental consultations in 2016.....	90
Tabela 9.	Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na badania medyczne w 2016 r.....	90
Table 9.	Households by evaluation on expenditure on medical tests in 2016	90
Tabela 10.	Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na pobyt w szpitalu w 2016 r.....	94
Table 10.	Households by evaluation of expenditure related to a stay in a hospital in 2016.....	94

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1. Chart 1.	Gospodarstwa domowe uczestniczące w badaniu według grup kwintylowych 20 <i>Households participating in the survey by quintile groups..... 20</i>
Wykres 2. Chart 2.	Struktura członków gospodarstw domowych według miejsca zamieszkania w 2016 r. ... 22 <i>Structure of household members by place of residence in 2016..... 22</i>
Wykres 3. Chart 3.	Członkowie gospodarstw domowych według wykształcenia w miastach i na wsi w 2016 r. 23 <i>Household members by education in urban and in rural areas in 2016..... 23</i>
Wykres 4. Chart 4.	Członkowie gospodarstw domowych według wykształcenia w latach 2006-2016..... 24 <i>Household members by education in 2006-2016 24</i>
Wykres 5. Chart 5.	Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych w latach 2006-2016... 24 <i>Households by socio-economic groups in 2006-2016 24</i>
Wykres 6. Chart 6.	Członkowie gospodarstw domowych według wieku w latach 2006-2016 25 <i>Household members by age in 2006-2016 25</i>
Wykres 7. Chart 7.	Stan zdrowia respondentów w latach 2006-2016 25 <i>Health status of respondents in 2006-2016 25</i>
Wykres 8. Chart 8.	Stan zdrowia respondentów według wieku 26 <i>Health status of respondents by age..... 26</i>
Wykres 9. Chart 9.	Chorujący przewlekłe oraz przebywający pod opieką lekarską/pielęgniarską (2006-2016)..... 27 <i>Chronic illnesses and persons who require medical or nursing care in 2006-2016 27</i>
Wykres 10. Chart 10.	Chorujący przewlekłe oraz przebywający pod opieką lekarską/pielęgniarską według wieku..... 28 <i>Chronic illnesses and persons who require medical or nursing care by age 28</i>
Wykres 11. Chart 11.	Stan zdrowia i ograniczenie wykonywania podstawowych czynności 28 <i>Health status and limitations in personal care activities 28</i>
Wykres 12. Chart 12.	Stan zdrowia i stopień niepełnosprawności respondentów 29 <i>Health status and level of disability of respondents 29</i>
Wykres 13. Chart 13.	Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia (2010-2016) 30 <i>The most important factor that affects health in 2010-2016 30</i>
Wykres 14. Chart 14.	Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia według stanu zdrowia respondentów 30 <i>The most important factor that affects health by health status of respondents 30</i>
Wykres 15. Chart 15.	Osoby stosujące leki lub suplementy diety w IV kwartale 2016 r. 35 <i>Persons taking medicines or supplements in the 4th quarter of 2016 35</i>

Wykres 16.	Osoby stosujące leki i suplementy diety w IV kwartale 2010, 2013, 2016 r. według ich rodzaju	35
Chart 16.	<i>Persons using medicines or supplements in the 4th quarter of 2010, 2013, 2016 by their type..</i>	<i>35</i>
Wykres 17.	Członkowie gospodarstw domowych przebywający w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej według wieku i roku badania	38
Chart 17.	<i>Household members staying in inpatient health care facilities by age and year of survey</i>	<i>38</i>
Wykres 18.	Członkowie gospodarstw domowych przebywający w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej według wieku i roku badania (% osób danej grupy wieku)	39
Chart 18.	<i>Household members staying in inpatient health care facilities by age and year of survey (in % people of age group).....</i>	<i>39</i>
Wykres 19.	Członkowie gospodarstw domowych przebywający w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej według płci i wieku (% osób danej grupy wieku oraz liczby pobyków w tysiącach).....	40
Chart 19.	<i>Household members staying in hospitals and other inpatient health care facilities by sex and age (in % people of age group and number of stays in thousands).....</i>	<i>40</i>
Wykres 20.	Członkowie gospodarstw domowych przebywający w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej według stanu zdrowia i roku badania (procent osób o danym stanie zdrowia)	41
Chart 20.	<i>Household members staying in inpatient health care facilities by health status and year of survey (in % people of health status).....</i>	<i>41</i>
Wykres 21.	Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według źródła finansowania i roku badania	42
Chart 21.	<i>Stays in inpatient health care facilities by financing source and year of survey.....</i>	<i>42</i>
Wykres 22.	Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2016 r. według przyczyn	43
Chart 22.	<i>Stays in inpatient health care facilities in 2016 by reason.....</i>	<i>43</i>
Wykres 23.	Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2016 r. według źródła finansowania.....	44
Chart 23.	<i>Stays in inpatient health care facilities in 2016 by financing sources.....</i>	<i>44</i>
Wykres 24.	Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według średniej długości pobytu (w dniach) oraz roku	45
Chart 24.	<i>Stays in inpatient health care facilities by average length of stay (in days)and year.....</i>	<i>45</i>
Wykres 25.	Korzystający z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej według płci oraz roku ..	46
Chart 25.	<i>People using doctor consultations in primary health care by sex and year.....</i>	<i>46</i>
Wykres 26.	Osoby korzystające z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej w IV kwartale 2016 r. według wieku i liczby porad	47
Chart 26.	<i>People using doctor consultations in primary health care in the 4th quarter of 2016 by age and number of consultations.....</i>	<i>47</i>
Wykres 27.	Korzystający z porad lekarskich specjalistycznych według płci oraz roku	49
Chart 27.	<i>People using doctor consultations in specialized health care by sex and year.....</i>	<i>49</i>

Wykres 28.	Finansowanie porad lekarskich specjalistycznych według źródła finansowania i roku badania	51
Chart 28.	<i>Funding of consultations in specialized health care by financing source and year of survey....</i>	<i>51</i>
Wykres 29.	Korzystający z porad stomatologicznych według płci oraz roku.....	52
Chart 29.	<i>People using dental consultations by sex and year</i>	<i>52</i>
Wykres 30.	Gospodarstwa domowe korzystające z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ według roku badania	55
Chart 30.	<i>Households using medical and dental services not financed by the NFZ by the year of survey 55</i>	<i>55</i>
Wykres 31.	Wykonanie badań diagnostycznych laboratoryjnych i obrazowych w 2016 r. według wieku (procent danej grupy wieku).....	58
Chart 31.	<i>Performing diagnostic laboratory and imaging tests in 2016 by age (percentage of age group)....</i>	<i>58</i>
Wykres 32.	Przyczyny niekorzystania z porad lekarza POZ w 2016 r.	62
Chart 32.	<i>Reasons for non-use of GP consultations in POZ</i>	<i>62</i>
Wykres 33.	Przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów w 2016 r.....	63
Chart 33.	<i>Reasons for non-use of specialist doctor's consultations in 2016.....</i>	<i>63</i>
Wykres 34.	Przyczyny niekorzystania z usług stomatologicznych w 2016 r.....	64
Chart 34.	<i>Reasons for non-use of dental consultations in 2016.....</i>	<i>64</i>
Wykres 35.	Przyczyny niewykonania badań diagnostycznych w 2016 r.	65
Chart 35.	<i>Reasons for not performing medical diagnostic tests in 2016</i>	<i>65</i>
Wykres 36.	Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych w 2016 r. .	66
Chart 36.	<i>Use of communication and the Internet while using medical services in 2016</i>	<i>66</i>
Wykres 37.	Struktura bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia	73
Chart 37.	<i>The structure of direct household expenditures on health care.....</i>	<i>73</i>
Wykres 38.	Średnie miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i w grupach kwintylowych.....	75
Chart 38.	<i>Average monthly expenditure on medicines and other medical supplies per capita in total households and in quintile groups</i>	<i>75</i>
Wykres 39.	Gospodarstwa domowe według finansowych możliwości zakupu leków przepisanych na recepty lub zaleconych przez lekarza w 2016 r.	77
Chart 39.	<i>Households by the financial possibilities of buying prescribed medicines or recommended by a doctor in 2016.....</i>	<i>77</i>
Wykres 40.	Odsetek osób rezygnujących z zakupu leków przepisanych przez lekarza według przyczyny niewykupienia leków i samooceny stanu zdrowia w 2016 r.....	78
Chart 40.	<i>The percentage of people resigning from the purchase of medicines prescribed by a doctor by the reason for not buying medicines and self-assessment of health in 2016.....</i>	<i>78</i>
Wykres 41.	Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną.....	79
Chart 41.	<i>Structure of household expenditure for outpatient health care</i>	<i>79</i>

Wykres 42.	Struktura wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2016 r.....	80
Chart 42.	<i>Structure of household expenditure for dental treatment in outpatient health care in 2016...</i>	<i>80</i>
Wykres 43.	Średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjne leczenie stomatologiczne zachowawcze na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych	81
Chart 43.	<i>Average monthly expenditure on outpatient restorative dental treatment per capita by quintile group</i>	<i>81</i>
Wykres 44.	Struktura wydatków gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (łącznie z rehabilitacją ambulatoryjną) w 2016 r.....	82
Chart 44.	<i>Structure of household expenditure on specialised outpatient health care (including rehabilitative outpatient care) in 2016</i>	<i>82</i>
Wykres 45.	Średnie miesięczne wydatki na leczenie w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej (bez usług rehabilitacyjnych) na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych	83
Chart 45.	<i>Average monthly expenditure on treatment in specialised outpatient health care (excluding rehabilitation services) per capita by quintile groups.....</i>	<i>83</i>
Wykres 46.	Podstawowa opieka ambulatoryjna (POZ) – struktura wydatków gospodarstw domowych oraz średnie miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych w 2016 r.....	84
Chart 46.	<i>Primary health care (POZ) - structure of household expenditure and average monthly expenditure per capita by quintile groups in 2016.....</i>	<i>84</i>
Wykres 47.	Struktura wydatków gospodarstw domowych na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej w 2016 r.....	86
Chart 47.	<i>Structure of household expenditures on ancillary and other outpatient services in 2016.....</i>	<i>86</i>
Wykres 48.	Średnie miesięczne wydatki na badania laboratoryjne oraz diagnostykę obrazową na osobę w gospodarstwach domowych według grup kwintylowych w 2016 r.....	87
Chart 48.	<i>Average monthly expenditure on laboratory tests and imaging diagnosis per person in households by quintile groups in 2016.....</i>	<i>87</i>
Wykres 49.	Usługi lecznicze i rehabilitacja w domu pacjenta – struktura wydatków gospodarstw domowych oraz średnie miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych w 2016 r.....	88
Chart 49.	<i>Curative and rehabilitative care in the patient's home - the structure of household expenditure and average monthly expenditure per capita by quintile groups in 2016.....</i>	<i>88</i>
Wykres 50.	Struktura wydatków gospodarstw domowych związanych z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2016 r.....	92
Chart 50.	<i>Structure of household expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility in 2016.....</i>	<i>92</i>
Wykres 51.	Średnie miesięczne wydatki związane z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych	93
Chart 51.	<i>Average monthly expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility per capita by quintile groups</i>	<i>93</i>

Wykres 52.	Przeciętne roczne wydatki dotyczące stacjonarnej opieki zdrowotnej (wybrane rodzaje) przypadające na osobę, która takie wydatki ponosiła w 2016 r.	93
Chart 52.	<i>Average annual expenditure on inpatient health care (selected types) per person who incurred such expenditure in 2016.</i>	93
Wykres 53.	Osoby mające uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ według grup dochodu na osobę w gospodarstwie domowym.....	96
Chart 53.	<i>Persons who are entitled to benefits under DZZ by income groups per person in a household</i>	96
Wykres 54.	Osoby mające uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ według klasy miejscowości zamieszkania.....	97
Chart 54.	<i>Persons who are entitled to benefits in the scope of DZZ according to the class of locality.....</i>	97
Wykres 55.	Dostęp do wybranych form świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.....	103
Chart 55.	<i>Access to different types of primary care services received within general health security.....</i>	103
Wykres 56.	Dostęp do wybranych form świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego a miejsce zamieszkania.....	104
Chart 56.	<i>Access to different types of primary care services received within general health security in correlation with place of residence.....</i>	104
Wykres 57.	Czas oczekiwania na świadczenia medyczne.....	105
Chart 57.	<i>Waiting time for medical services</i>	105
Wykres 58.	Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty a wiek pacjentów.....	106
Chart 58.	<i>Waiting time for appointment with a specialist versus patient's age</i>	106
Wykres 59.	Responsywność lekarzy.....	107
Chart 59.	<i>Responsiveness of doctors</i>	107
Wykres 60.	Rozeznanie lekarza w historii leczenia pacjenta w zależności od jego samooceny stanu zdrowia	108
Chart 60.	<i>Doctor's recognition of patient medical history in correlation with self-assessment of health status</i>	108
Wykres 61.	Responsywność lekarzy a występowanie u pacjenta chorób przewlekłych	109
Chart 61.	<i>Responsiveness of doctors in correlation with occurrence of chronic diseases.....</i>	109
Wykres 62.	Rozeznanie lekarza w potrzebach zdrowotnych pacjentów.....	109
Chart 62.	<i>Doctor's recognition of patient health care needs</i>	109
Wykres 63.	Zainteresowanie lekarza emocjonalnymi problemami pacjentów według wieku	110
Chart 63.	<i>Doctor's interest in patient emotions by age</i>	110
Wykres 64.	Członkowie gospodarstw według określonych cech zdrowotnych, których lekarz pytał o emocjonalne problemy	111
Chart 64.	<i>Household members by specific health characteristics, that the doctor asked about emotional problems</i>	111

Wykres 65.	Zalecanie zdrowego trybu przez lekarza w zależności od wieku pacjenta.....	111
Chart 65.	<i>Doctor's recommendation of healthy life style correlated with patient's age</i>	<i>111</i>
Wykres 66.	Zalecanie przez lekarza zdrowego trybu życia pacjentom według dochodów.....	112
Chart 66.	<i>Doctor's recommendation of healthy life style correlated with patient's income</i>	<i>112</i>
Wykres 67.	Członkowie gospodarstw domowych doświadczający dyskryminacji lub nierównego traktowania podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych w stosunku do siebie i do innych.....	114
Chart 67.	<i>Percentage of household members experiencing or observing discrimination or unequal treatment while using health care services</i>	<i>114</i>

Objaśnienia znaków umownych

Symbols

Skrót <i>Abbreviation</i>	Znaczenie <i>Meaning</i>
Kreska (-) <i>Dash (-)</i>	zjawisko nie wystąpiło. <i>the phenomenon did not occur.</i>
Znak (x) <i>Symbol (x)</i>	wypełnienie pozycji, ze względu na układ tablicy, jest niemożliwe lub niecelowe. <i>it is impossible or inappropriate to fill in the item because of the table arrangement.</i>
Kropka (.) <i>Dot (.)</i>	brak informacji wiarygodnych (mniej niż 20 przypadków z próby) <i>data not reliable (less than 20 sample observations)</i>
Gwiazdka (*) <i>Star (*)</i>	zjawisko zaistniało w wielkości większej lub równej 20 ale mniejszej niż 50 przypadków z próby. <i>the phenomenon occurred in a size greater than or equal to 20 but less than 50 cases in the sample.</i>
„W tym” „Of which”	oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy. <i>not all the components of the sum are included.</i>

Ważniejsze skróty

Major abbreviations

Skrót <i>Abbreviation</i>	Znaczenie <i>Meaning</i>
DZZ	Dobrowolne Zabezpieczenie Zdrowotne <i>Additional non obligatory health insurance</i>
GP	lekarz podstawowej opieki zdrowotnej <i>general practitioner</i>
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia <i>National Health Fund</i>
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna <i>Primary Health Care</i>

Wstęp

Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.” jest ósmym z kolei badaniem w cyklu BADAŃ MODUŁOWYCH poświęconym problematyce zdrowia. Podobnie do poprzednich edycji, przeprowadzone zostało na próbie gospodarstw domowych biorących udział w badaniach budżetów gospodarstw domowych.

Celem badania jest uzyskanie informacji o potrzebach zdrowotnych oraz stopniu ich zaspokojenia w gospodarstwach domowych. Istotną częścią badania dotyczy wydatków gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną. Cykliczność badania pozwala na zaobserwowanie zmian zachodzących w strukturze zapotrzebowania gospodarstw domowych na dobra i usługi opieki zdrowotnej, a także zmian w stopniu ich zaspokojenia, począwszy od 1994 r.

Badania diagnozujące sytuację w latach: 1998, 2000, 2003, 2006, 2010, 2013, 2016, obok informacji zbieranych każdorazowo we wszystkich edycjach tj. o częstotliwości korzystania z usług opieki zdrowotnej oraz wydatkach poniesionych przez gospodarstwa domowe w związku z ochroną zdrowia, obejmują również obszary badane incydentalnie, dotyczące problemów w ochronie zdrowia istotnych dla gospodarstw domowych w danym okresie

Przykładowo, od czterech edycji badania analizuje się uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego (ubezpieczeń i abonamentów) i zamiar do ich zakupu w przyszłości przez członków gospodarstw domowych. W kwestionariuszach badawczych powtórzono również pytania dotyczące opieki nad niepełnosprawnymi członkami gospodarstwa, którym przysługują świadczenia opiekuńcze i pytania dotyczące wydatków gospodarstwa związanych z tą opieką. Zrezygnowano natomiast z bloku pytań dotyczących postaw respondentów wobec transplantacji, do którego można wrócić w dłuższej perspektywie.

W niniejszej edycji badania zmodyfikowano blok pytań dotyczący jakości opieki zdrowotnej. Pytania zostały sformułowane w konsultacji z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i uwzględniają wyniki prac OECD związane z wypracowaniem zestawu wskaźników obrazujących jakość opieki zdrowotnej, w części dotyczącej subiektywnej opinii pacjenta. Informacje poszerzono o pytania dotyczące działań podejmowanych przez respondentów w przypadku doświadczenia zdarzenia niepożądanego. Ze względu na wprowadzone zmiany w obserwacji tego aspektu opieki zdrowotnej, porównania wyników badania z wynikami poprzednich edycji mogą nie być możliwe.

Natomiast po raz pierwszy formularze badawcze zawierały pytania dotyczące badań diagnostycznych wykonanych w 2016 r. oraz wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych.

Introduction

The survey „Health care in households in 2016“ is the eighth in the series of survey modules devoted to health issues. Similarly to previous editions, it has been carried out on the subsample of households participating in the household budget surveys.

The aim of the study is to obtain information about the health needs and their satisfaction in the households. An important part of the research applies to household spendings on health care. Periodicity of survey allows to observe changes in the structure of demand of households on health care goods and services, as well as changes in the extent of their satisfaction, starting from 1994.

Research which diagnose the situation in the following years: 1998, 2000, 2003, 2006, 2010, 2013, 2016 besides the information that is collected in all editions ie. about the frequency of use of health care services and expenditure incurred by households in connection with the health care, also cover the areas examined incidentally, about problems in health care important for households in a given period of time

For example, it is the fourth survey edition which includes the rights to services under additional health insurance (insurance and subscriptions) and the intention to purchase them in the future by members of households.

In the survey questionnaires of also was repeated questions about the care of disabled household members, who are entitled to care benefits and questions about spending associated with that care.

Abandoned was the questions about the attitudes of respondents to transplantation, to which you can return in the long run.

In this survey edition the group of questions about quality of care was modified. Questions were formulated in consultation with the National Center for Quality Assessment in Health Care and take into account the results of the OECD work related to the elaboration of a set of indicators showing the quality of health care, in part concerning the subjective opinion of patients. Information was enriched with questions about actions taken by respondents in case of experience an adverse event. Due to the changes in observation of this aspect of health care, the comparison of the survey results with the results of previous editions may not be possible.

For the first time survey questionnaires included questions about diagnostic tests performed in 2016, and the use of telecommunications and the Internet during the use of medical services.

Rozdział 1. Charakterystyka badanej zbiorowości

Chapter 1. Characteristics of the surveyed population

Charakterystyka gospodarstw domowych

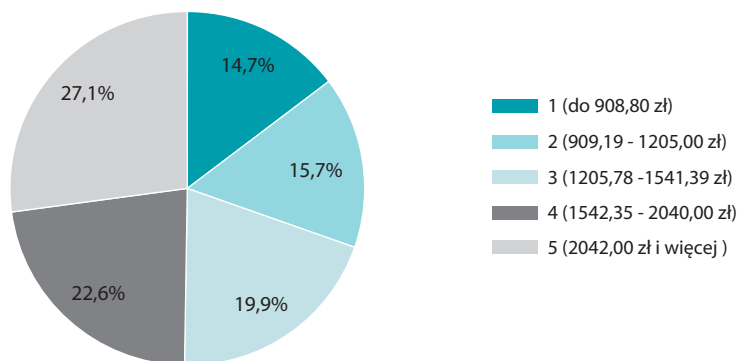
Characteristics of households

Analiza zbadanej zbiorowości gospodarstw domowych ze względu na ich cechy społeczno-demograficzne wykazała, że w ogólnej liczbie gospodarstw domowych, 67,1% znajdowało się w miastach, natomiast 32,9% - na wsi. Na uwagę zasługuje zależność między wielkością gospodarstwa domowego a miejscem zamieszkania. Wyniki badania wskazują, że mieszkańcami wsi zdecydowanie częściej były gospodarstwa wieloosobowe, 69,1% gospodarstw sześć- i więcej osobowych mieszkało na wsi i tylko 23,8% gospodarstw jednoosobowych. Ponad połowę badanych gospodarstw domowych (51,2%) stanowiły gospodarstwa pracowników, natomiast gospodarstwa emerytów i rencistów stanowiły odpowiednio 27,8% i 5,7%. Pozostałą część badanej zbiorowości stanowiły gospodarstwa pracujących na własny rachunek (7,2%) i rolników (4,0%). Gospodarstwa zaliczane do pozostałych grup społeczno-ekonomicznych stanowiły 4,0% badanej zbiorowości.

Tabl. 1. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych (w %)
Table 1. Households by socio-economics groups (in %)

Kategorie gospodarstw domowych <i>Categories of households</i>	Ogółem <i>Total</i>	Miasta <i>Urban areas</i>	Wieś <i>Rural areas</i>
Ogółem <i>Total</i>	100,0	100,0	100,0
Pracujących na stanowisku robotniczym <i>Employees working in manual labour position</i>	25,0	21,0	33,2
Pracujących na stanowisku nierobotniczym <i>Employees working in non-manual labour position</i>	26,2	31,8	14,8
Rolników <i>Farmers</i>	4,0	0,4	11,4
Pracujących na własny rachunek <i>Self employed</i>	7,2	7,6	6,3
Emerytów <i>Retirees</i>	27,8	29,8	23,8
Rencistów <i>Pensioners</i>	5,7	5,3	6,5
Pozostali <i>Others</i>	4,0	4,1	4,0

Wykres 1. Gospodarstwa domowe uczestniczące w badaniu według grup kwintylowych
 Chart 1. Households participating in the survey by quintile groups



W ponad połowie gospodarstw domowych występowały osoby chore przewlekle, przy czym ich udział był różny, w zależności od grupy społeczno-ekonomicznej: w gospodarstwach rencistów wyniósł on 81,3%, w gospodarstwach emerytów 80,7%, w gospodarstwach pracujących na stanowisku robotniczym ok. 45,0% i połowa na nierobotniczym. Biorąc pod uwagę fakt występowania w gospodarstwach domowych osób niepełnosprawnych¹ zaobserwowano, iż osoby takie występowały w 22,1% gospodarstw. Niepełnosprawność najczęściej odnotowano w gospodarstwach rencistów (w 55,5% tej grupy gospodarstw występowały niepełnosprawne osoby). W grupie gospodarstw emerytów odsetek ten wyniósł 25,6%. Wszystkie prezentowane wskaźniki dotyczące częstości występowania w gospodarstwach domowych chorób przewlekłych i niepełnosprawności pozostały na zbliżonym poziomie w stosunku do 2013r.

Poważne problemy zdrowotne (w tym również gwałtowne zaostrzenie posiadanej choroby) w ostatnim kwartale 2016 r. wystąpiły w 15,1% gospodarstw. W przypadku gospodarstw rencistów było to 22,3% oraz emerytów – 18,4%. Było to odpowiednio o 5,2; 6,8 i 4,7 pkt. proc. więcej niż w analogicznym okresie 2013 r.

¹ Dotyczy osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Zespół Orzekania o Niepełnosprawności.

Tabl. 2. Gospodarstwa domowe według stanu zdrowia członków
Table 2. Households by health status of members

Charakterystyka gospodarstwa domowego <i>Characteristics of the household</i>	Razem <i>Total</i>	Pracowników <i>Employees</i>		Rolników <i>Farmers</i>	Pracujących na rachunek własny <i>Self employed</i>	Emerytów <i>Retirees</i>	Rencistów <i>Pensioners</i>	Pozostałe <i>Others</i>
		na stanowiskach robotniczych <i>working in manual labour position</i>	na stanowiskach nirobotniczych <i>working in non-manual labour position</i>					
w % ogółu gospodarstw danej grupy <i>in% of the total households of a group</i>								
Według występujących chorób przewlekłych <i>By occurrence of chronically ill persons</i>								
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
z osobami chorymi przewlekłe <i>With chronically ill persons</i>	58,9	50,2	44,9	57,7	39,2	80,7	81,3	57,3
bez osób chorych przewlekłe <i>Without chronically ill persons</i>	41,1	49,8	55,1	42,3	60,8	19,3	18,7	42,7
Według występowania osób niepełnosprawnych <i>By occurrence of persons with disabilities</i>								
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
z osobami niepełnosprawnymi <i>With persons with disabilities</i>	22,1	20,3	13,0	22,7	12,8	25,6	55,5	35,8
bez osób niepełnosprawnych <i>Without persons with disabilities</i>	77,9	79,7	87,0	77,3	87,2	74,4	44,5	64,2
Według występowania osób z problemami zdrowotnymi <i>By occurrence of persons with serious health problems</i>								
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
z osobami z problemami zdrowotnymi <i>With persons with serious health problems</i>	15,1	13,8	12,0	13,5	12,5	18,4	22,3	17,1
bez osób z problemami zdrowotnymi <i>Without persons with serious health problems</i>	84,9	86,2	88,0	86,5	87,5	81,6	77,7	82,9

Niemal wszystkie gospodarstwa domowe (98,0%) przynajmniej raz w 2016 r. kupowały leki. Najczęściej w gospodarstwach domowych kupowano leki przepisane przez lekarza (91,2% gospodarstw). Dość powszechny był również zakup leków z własnej inicjatywy (89,2% gospodarstw), a w ponad połowie gospodarstw domowych kupiono leki zalecane przez lekarza (50,5%). Wśród badanych gospodarstw domowych, 22,8% stanowiły gospodarstwa, które w 2016 r. zakupiły wyroby medyczne trwałego użytku (okulary, soczewki kontaktowe, protezy, wózki inwalidzkie). Wskaźniki te nie zmieniały się istotnie w kolejnych edycjach badania.

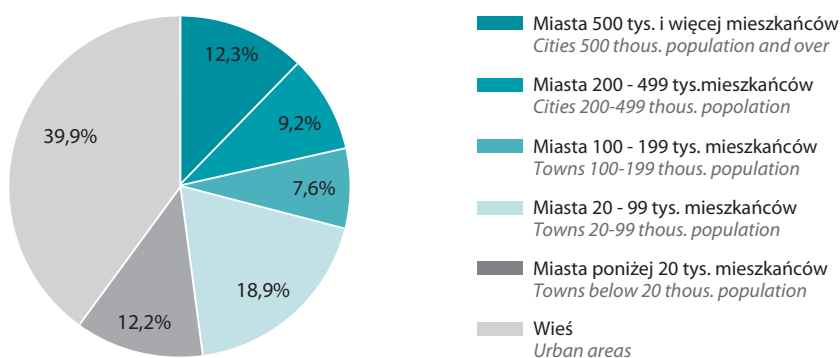
Charakterystyka członków gospodarstw domowych

Characteristics of households members

W zbiorowości badanych członków gospodarstw domowych kobiety stanowiły 51,6%, a mężczyźni 48,4%. W miastach przewaga liczebna kobiet była wyższa, wyniosła 6,3 pkt. proc., a na wsi udział mężczyzn w badanej populacji o 1,3 pkt. proc. przewyższał odsetek kobiet.

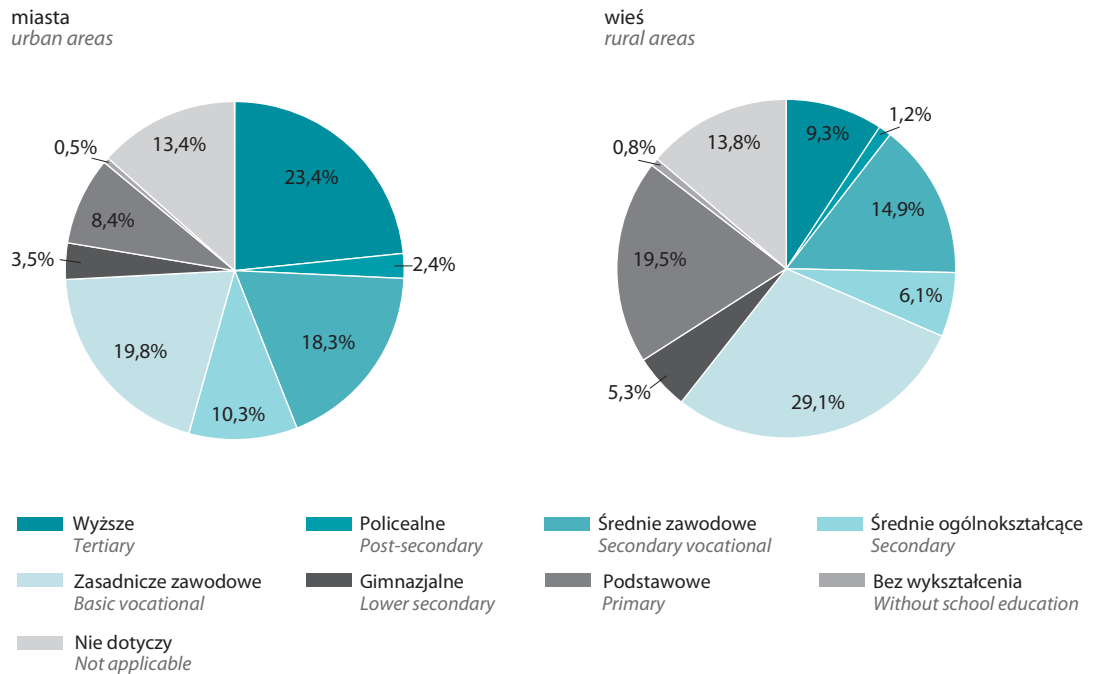
Struktura ludności według wieku w miastach jest nadal nieco inna niż na wsi. Nadal większy odsetek osób w młodszej grupie wieku (do 16 lat) wystąpił w zbiorowości ludności wiejskiej (18,3%) niż w miastach (16,6%). W miastach i na wsi odsetek ludności w starszych grupach wieku – 60 i więcej lat wyniósł odpowiednio: 24,4% i 21,1%). W przypadku miast był o 2,7 pkt. proc. większy niż w 2013 r., w przypadku ludności wiejskiej odnotowano nieznaczny spadek tego wskaźnika.

Wykres 2. Struktura członków gospodarstw domowych według miejsca zamieszkania w 2016 r.
Chart 2. Structure of household members by place of residence in 2016



Utrzymała się różnica w poziomie wykształcenia mieszkańców miast i wsi. Osoby posiadające wykształcenie wyższe kilkakrotnie częściej można było spotkać w miastach niż na wsi (odpowiednio: w 2016 r. 23,4% i 9,3% w danej grupie; w 2013 r. 22,4% i 8,8%), Natomiast udział osób posiadających wykształcenie podstawowe i bez wykształcenia jest wyraźnie wyższy na wsi niż w miastach.

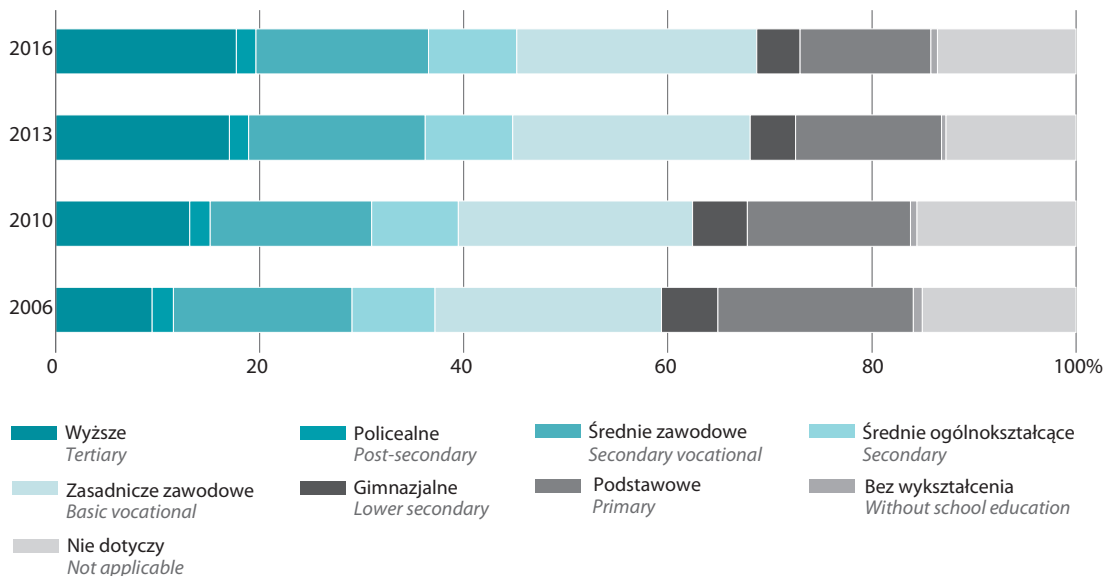
Wykres 3. Członkowie gospodarstw domowych według wykształcenia w miastach i na wsi w 2016 r.
 Chart 3. Household members by education in urban and in rural areas in 2016



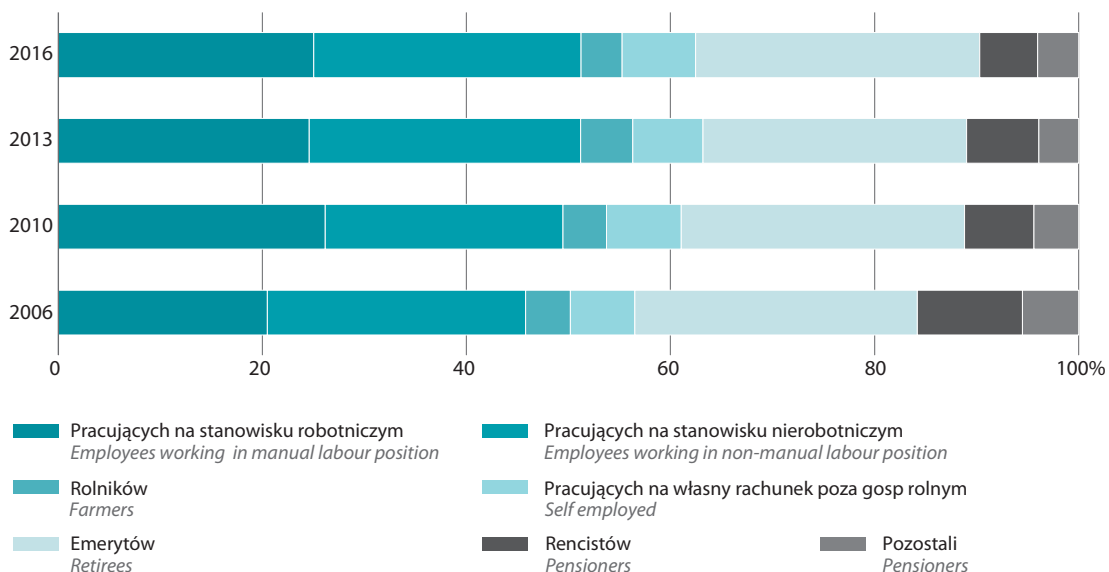
Badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, realizowane w formie modułu do badania budżetów gospodarstw domowych umożliwia analizę problemów opieki zdrowotnej w gospodarstwach domowych ze względu na cechy zbiorowości występujące w badaniu głównym (m.in. według: typów gospodarstw domowych, liczby osób w gospodarstwie, liczby dzieci, emerytów lub rencistów, osób pracujących). Struktura gospodarstw objętych badaniem na przestrzeni lat nie zmieniła się istotnie, podobnie jak skład gospodarstw domowych ze względu na cechy społeczno-demograficzne (z wyjątkiem wykształcenia), co umożliwia obserwację zmian w korzystaniu przez gospodarstwa domowe z opieki zdrowotnej w jej głównych aspektach.

Wybrane charakterystyki gospodarstw domowych i ich członków w kolejnych edycjach badania na przestrzeni 10 lat przedstawiają poniższe rysunki.

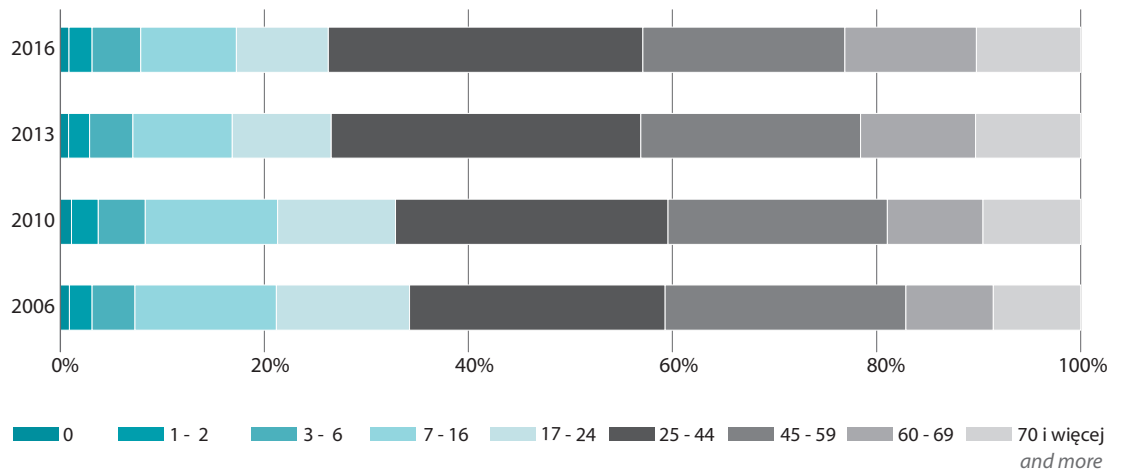
Wykres 4. Członkowie gospodarstw domowych według wykształcenia w latach 2006-2016
 Chart 4. Household members by education in 2006-2016



Wykres 5. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych w latach 2006-2016
 Chart 5. Households by socio-economic groups in 2006-2016



Wykres 6. Członkowie gospodarstw domowych według wieku w latach 2006-2016
 Chart 6. Household members by age in 2006-2016



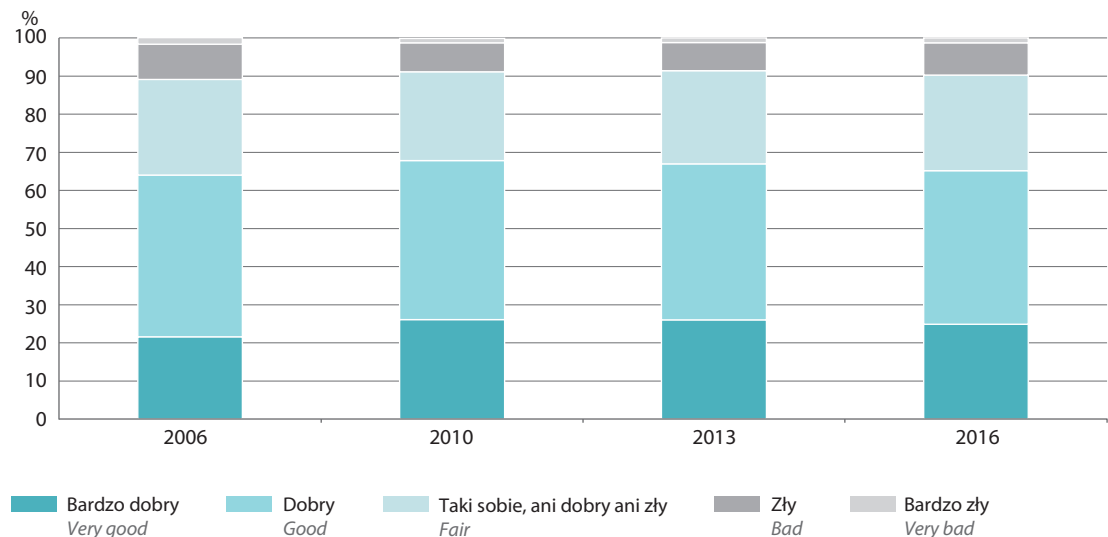
Stan zdrowia członków gospodarstw domowych

Health status of household members

W trakcie badania pytano respondentów o ogólną, subiektywną ocenę stanu zdrowia. Prawie 2/3 respondentów oceniło swoje zdrowie pozytywnie, przy czym co czwarta bardzo dobrze (24,9% bardzo dobrze i 40,3% dobrze). Natomiast stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły określiło 9,6% osób. ¼ pytanых wskazała, że ich stan zdrowia jest taki sobie, ani dobry, ani zły. Mężczyźni częściej oceniali pozytywnie swoje zdrowie niż kobiety (odpowiednio 68,8% i 61,9%).

Respondenci gorzej ocenili swoje zdrowie niż w 2013 r. i 2010 r. Zwiększył się odsetek ocen negatywnych stanu zdrowia kosztem odsetka ocen pozytywnych i neutralnych.

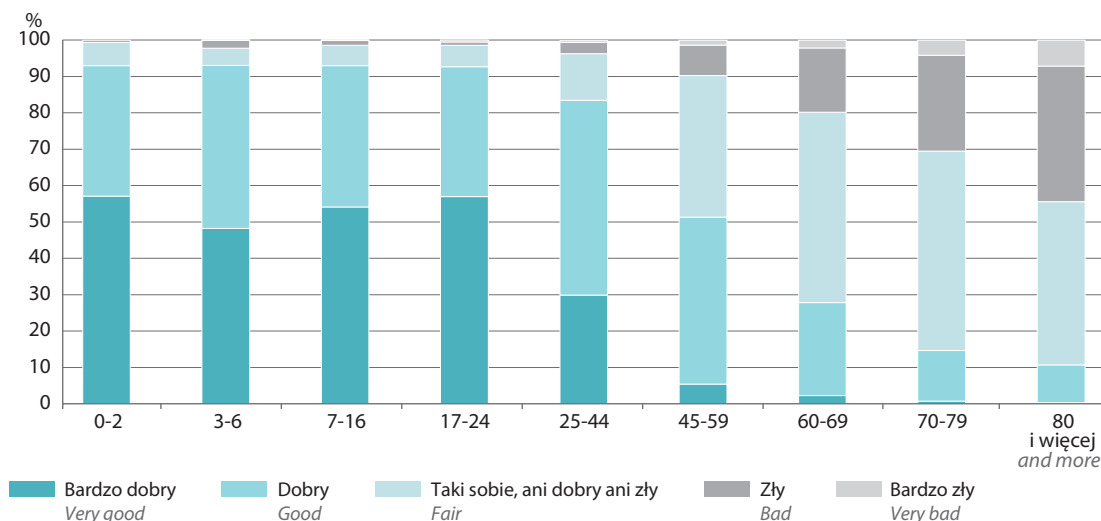
Wykres 7. Stan zdrowia respondentów w latach 2006-2016
 Chart 7. Health status of respondents in 2006-2016



W grupie wieku 0-2 lata odsetek dzieci, którym oceniono stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry wyniósł 93,1%. W kolejnych grupach wieku liczba osób z pozytywną oceną stanu zdrowia malała wraz ze wzrostem wieku respondentów do 10,7% dla osób w wieku 80 lat i więcej.

Wykres 8. Stan zdrowia respondentów według wieku

Chart 8. Health status of respondents by age

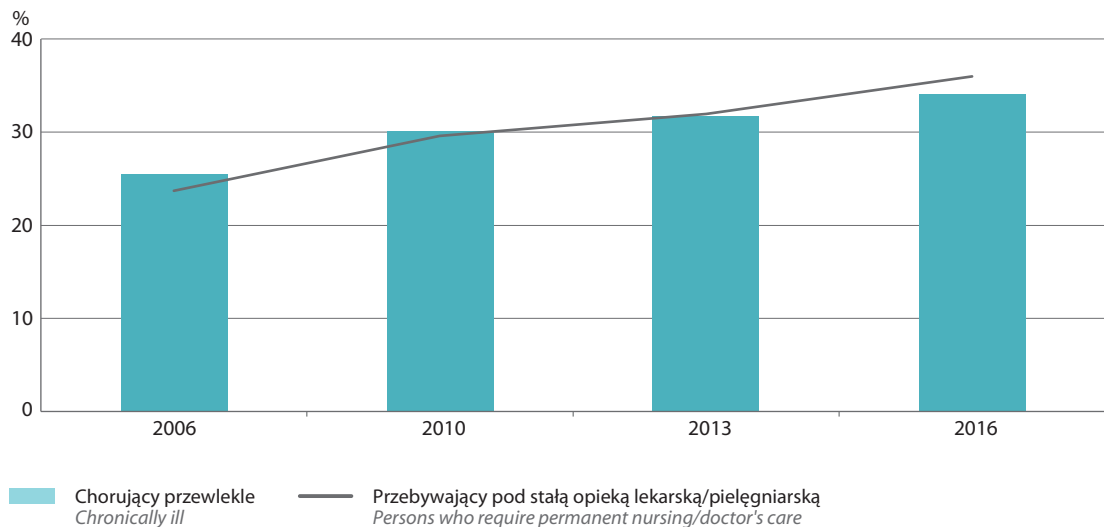


Począwszy od grupy wieku 25-44 lat systematycznie wzrastała liczba ocen negatywnych – od 3,6% do 44,4% dla najstarszej grupy wieku.

Istnieje zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a subiektywną oceną stanu zdrowia – powyżej wykształcenia gimnazjalnego im wyższy poziom wykształcenia tym lepsza subiektywna ocena stanu zdrowia. Najczęściej swoje zdrowie źle lub bardzo źle oceniały osoby o najniższym wykształceniu: 54,7% respondentów z grupy bez wykształcenia oraz 24,5% z wykształceniem podstawowym, co wydaje się zrozumiałe ze względu na starszy wiek osób należących do tych grup.

Na subiektywną ocenę stanu zdrowia respondenta mogły mieć wpływ takie czynniki jak występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych trwających dłużej niż pół roku czy niepełnosprawność.

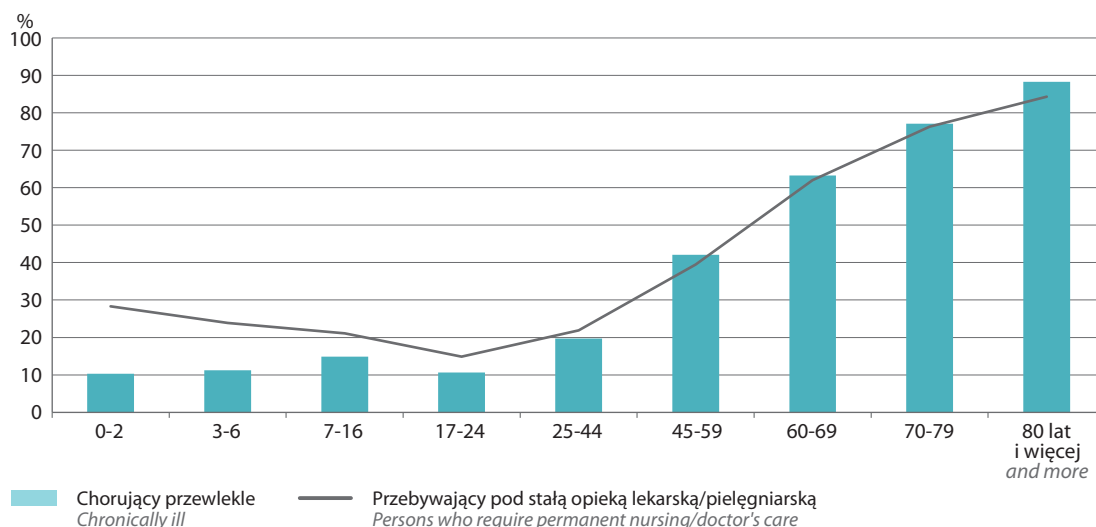
Wykres 9. Chorujący przewlekle oraz przebywający pod opieką lekarską/pielęgniarską (2006-2016)
 Chart 9. *Chronic illnesses and persons who require medical or nursing care in 2006-2016*



Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekle trwające przez 6 miesięcy lub dłużej dotyczyły 34,1% respondentów i częściej były deklarowane wśród kobiet (37,8%) niż mężczyzn (30,1%). Osoby starsze znacznie częściej sygnalizowały występowanie chorób przewlekłych niż młodsze. W grupie wieku 80 lat i więcej na choroby przewlekle uskarżało się 88,3% osób, a wśród siedemdziesięciolatek – 77,1%. Co druga osoba chorująca przewlekle określiła swoje zdrowie jako takie sobie, ani dobre ani złe. 27,0% respondentów w tej grupie oceniało stan swojego zdrowia negatywnie, a tylko 22,3% pozytywnie.

Pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską przebywało 36,0% osób – 40,5% kobiet i 31,2% mężczyzn. Uwzględniając wiek, wśród najmłodszych dzieci w wieku 0-2 lata pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską przebywało 28,3% z nich. Dla dzieci starszych w wieku 7-16 lat odsetek ten wyniósł 21,1%. Począwszy od grupy wieku 25-44 lata można zaobserwować zależność, że im starszy respondent tym częściej przebywał pod tego typu opieką. Dla osób w wieku 80 lat i więcej odsetek ten stanowił 84,3%.

Wykres 10. Chorujący przewlekle oraz przebywający pod opieką lekarską/pielęgniarską według wieku
 Chart 10. *Chronic illnesses and persons who require medical or nursing care by age*

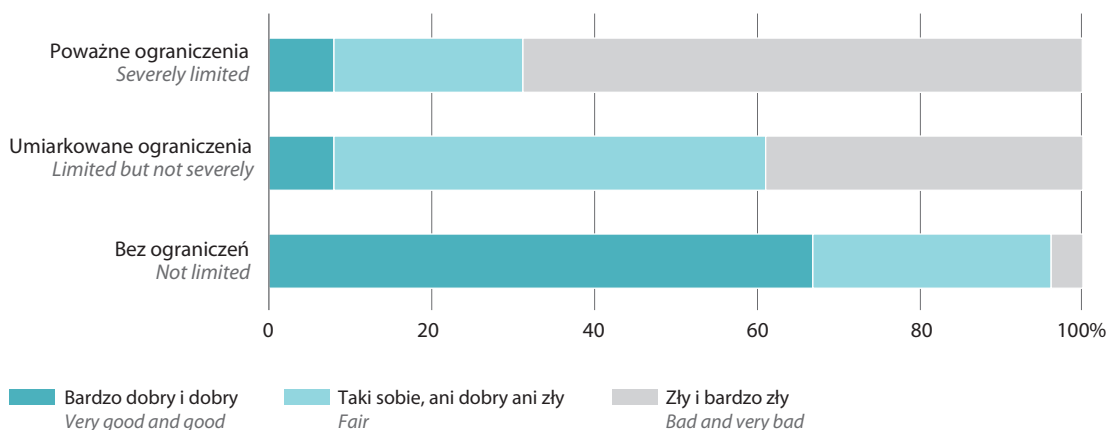


Spośród osób, które przebywały pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską, 45,0% oceniło swoje zdrowie neutralnie, 31,1% określiło je jako co najmniej dobre, a 23,9% przyznało oceny negatywne.

Występowanie w IV kwartale 2016 r. poważnych problemów zdrowotnych takich jak skutki wypadku czy nagłe zachorowanie sygnalizowało 6,8% osób. Poważne problemy zdrowotne dotyczyły najczęściej respondentów w wieku 60 lat lub więcej – w tej grupie odsetek kształtował się w przedziale od 10,1% dla sześćdziesięciolatek do 21,1% dla osób w wieku 80 lat i więcej.

Respondentów w wieku powyżej 14 lat zapytano, czy z powodu problemów zdrowotnych mieli ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, która trwała 6 miesięcy lub dłużej. 17,7% osób wskazało, że dotknęły ich tego typu ograniczenia, przy czym poważnie ograniczone zdolności wykonywania czynności miało 5,3% respondentów, a ograniczone, ale niezbyt poważnie – 12,4%. Najwięcej (56,5%) respondentów z ograniczeniami wykonywania podstawowych czynności zaobserwowano w grupie wieku 80 lat i więcej, a poważne ograniczenia miało 19,9% osób w tym wieku.

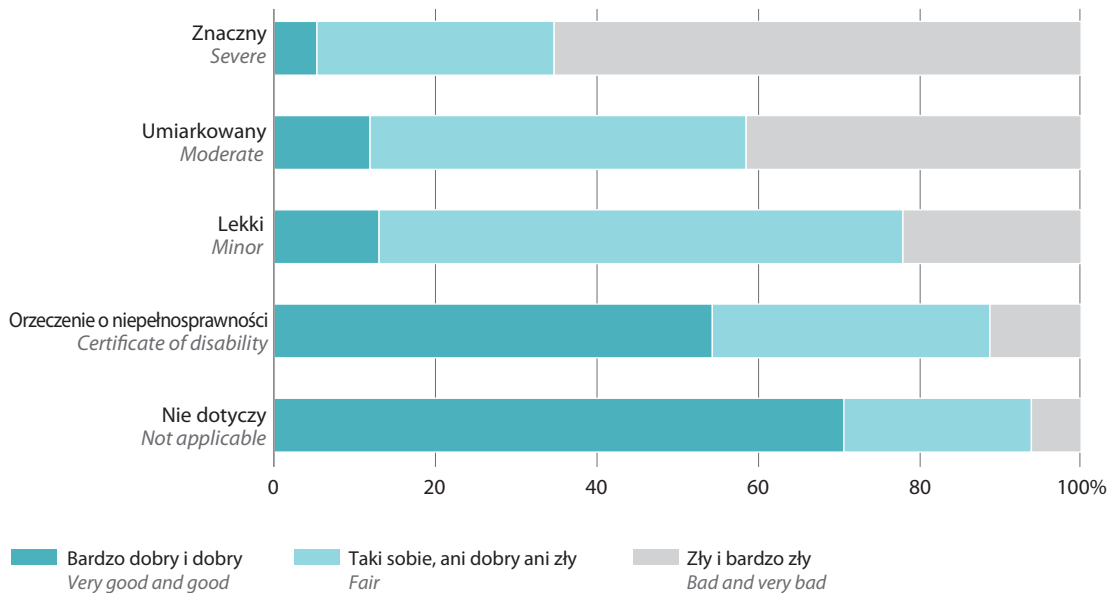
Wykres 11. Stan zdrowia i ograniczenie wykonywania podstawowych czynności
 Chart 11. *Health status and limitations in personal care activities*



Orzeczenie o niepełnosprawności posiadało 5,2% dzieci w wieku poniżej 16 roku życia (4,9% dziewcząt i 5,5% chłopców). Natomiast wśród osób w wieku 16 lat i więcej ograniczoną sprawność w stopniu umiarkowanym miało 4,6% badanych, w stopniu znacznym – 3,4%, a w stopniu lekkim – 2,2%. Najwięcej respondentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności to osoby najstarsze, w wieku 80 lat i więcej (11,6%). Większość osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (90,5%) pozostawała pod opieką lekarską lub pielęgniarską.

Wykres 12. Stan zdrowia i stopień niepełnosprawności respondentów

Chart 12. Health status and level of disability of respondents



Na pytanie o czynniki determinujące stan zdrowia 48,9% respondentów w wieku 15 lat i więcej wskazało własne zachowanie jako czynnik najważniejszy. Nieco mniej osób (36,9%) uważało, że w pierwszej kolejności o stanie ich zdrowia decydują czynniki, na które nie mają wpływu. Ostatnią grupą były osoby, które wskazały jakość opieki zdrowotnej za najważniejszy czynnik determinujący ich sytuację zdrowotną (14,2%).

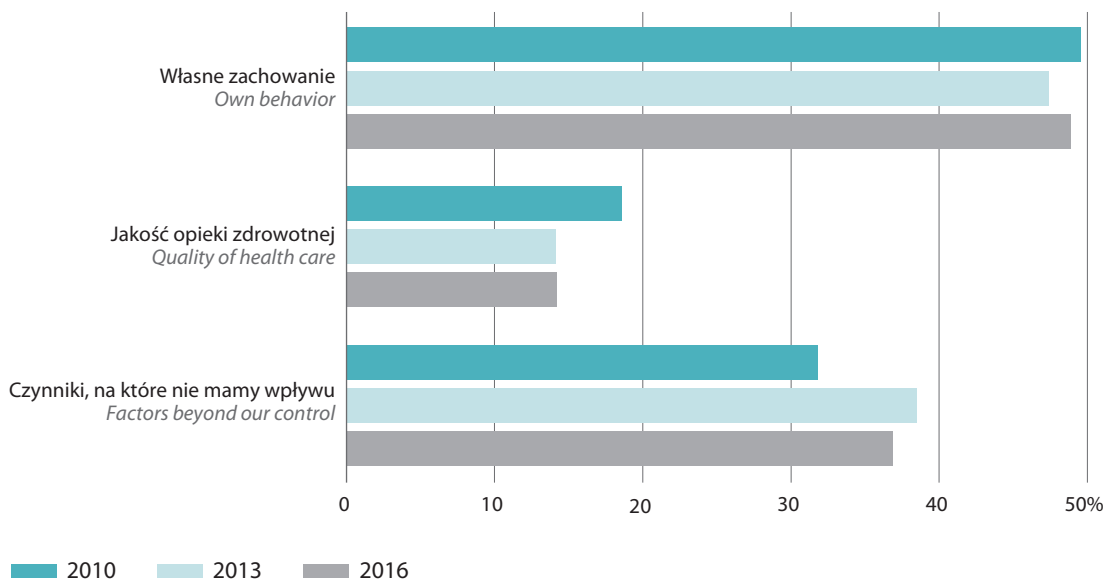
Opinie na temat czynników wpływających na nasze zdrowie były zależne od stanu własnego zdrowia oraz od poziomu wykształcenia. 55,1% respondentów, którzy oceniali swoje zdrowie pozytywnie, wskazało własne zachowanie za najważniejszy czynnik decydujący o stanie ich zdrowia. Natomiast osoby z negatywną oceną stanu zdrowia najczęściej wskazały czynniki, na które nie mają wpływu (44,5%). Ponad połowa (55,6%) osób z wykształceniem wyższym stwierdziła, że w pierwszej kolejności na stan ich zdrowia ma wpływ własne zachowanie. Taką odpowiedź udzieliło 42,9% osób z wykształceniem podstawowym, a najmniej (25,9%) – respondenci bez wykształcenia. Biorąc pod uwagę poziom dochodu na 1 osobę w gospodarstwie domowym odpowiedzi badanych były niezbyt zróżnicowane – własne zachowanie wskazało 52,3% osób z poziomem dochodu powyżej 1600 zł, a z najniższym dochodem – 48,6%. Uwzględniając miejsce zamieszkania, własne zachowanie jako czynnik determinujący stan zdrowia wskazało 50,1% mieszkańców miast i 46,9% mieszkańców wsi.

Dbłość o własne zdrowie może uwydatniać się poprzez poddawanie się bezpłatnym badaniom diagnostycznym, realizowanych w ramach zdrowotnych programów profilaktycznych. W kwestionariuszu badawczym opisywanego badania temat ten uwzględniono po raz pierwszy. Okazało się, że 39,3% badanych nie posiadało żadnej wiedzy na temat zdrowotnych programów profilaktycznych, a pozostali czerpali taką

wiedzę najczęściej z Internetu (40,3%). Dla 23,6% badanych głównym źródłem informacji był lekarz lub informacja w placówce opieki zdrowotnej. Na rodzaj źródła informacji skąd czerpali wiedzę badani nie ma istotnego wpływu płeć, natomiast jest on silnie skorelowany z wiekiem badanych. Nie bez znaczenia jest również wykształcenie i klasa miejscowości zamieszkania badanych, co pokazuje poniższa tablica.

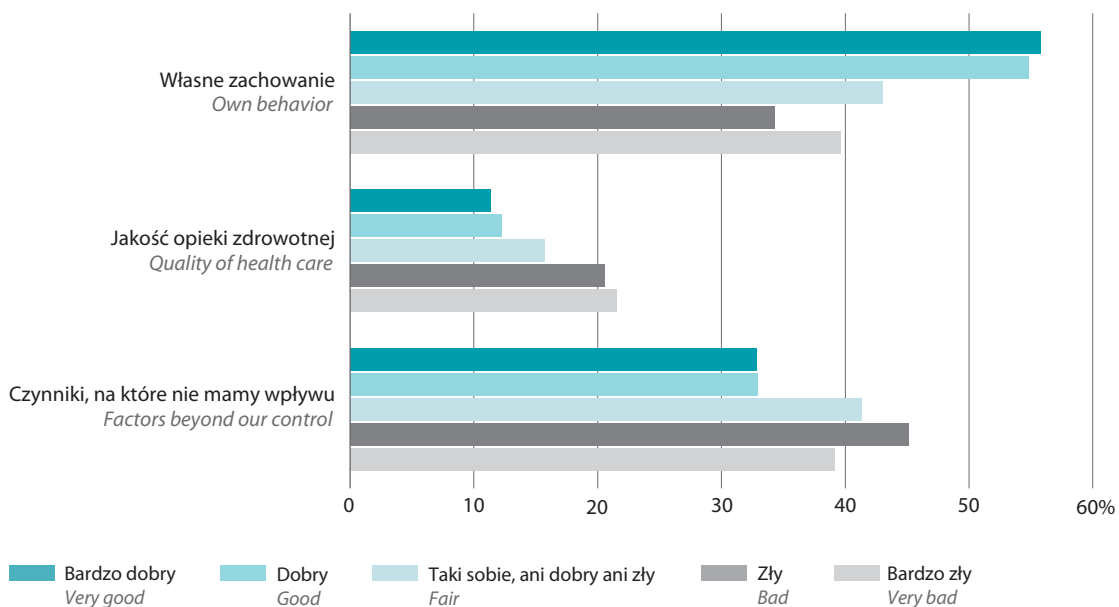
Wykres 13. Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia (2010-2016)

Chart 13. The most important factor that affects health in 2010-2016



Wykres 14. Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia według stanu zdrowia respondentów

Chart 14. The most important factor that affects health by health status of respondents



Tabl. 3. Główne źródło informacji o programach profilaktycznych według cech społeczno-demograficznych - rok 2016

Table 3. The main source of information about preventive programs by socio-demographic characteristics - 2016

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Odsetek osób posiadających wiedzę o programach profilaktycznych wśród badanych <i>The percentage of people with knowledge about preventive programs among the respondents</i>	Główne źródła informacji <i>The main source of information</i>						Odsetek osób nie posiadających wiedzy o programach profilaktycznych wśród badanych <i>The percentage of people without knowledge about preventive programs among the respondents</i>
		Internet	informacja od osoby prywatnej <i>information from a private person</i>	informacja od lekarza, w placówce opieki zdrowotnej <i>information from a doctor in a health-care facility</i>	przesyłka pocztowa (list, zaproszenie) <i>postal parcel (letter, invitation)</i>	informacja telefoniczna <i>telephone information</i>	inne <i>other</i>	
Ogółem <i>Total</i>	60,7	40,3	14,8	23,4	13,1	1,4	7,0	39,3
Według płci <i>By sex</i>								
Mężczyzna <i>Men</i>	50,8	40,9	19,9	21,8	8,1	1,2	8,2	49,2
Kobieta <i>Women</i>	70,0	39,9	11,4	24,4	16,6	1,5	6,3	30,0
Według wieku <i>By age</i>								
0 - 24 <i>0-24</i>	36,8	62,6	12,2	13,5	5,1	0,3	6,2	63,2
25 lat i więcej <i>25 and more</i>	69,2	36,1	15,3	25,2	14,7	1,6	7,2	30,8
25 - 44 <i>25 - 44</i>	70,8	55,3	11,9	15,0	9,8	0,9	7,1	29,2
45 - 59 <i>45 - 59</i>	71,2	29,7	17,4	25,6	19,7	1,7	6,0	28,8
60 - 69 <i>60 - 69</i>	72,1	18,0	17,0	36,4	18,3	3,0	7,2	27,9
70 - 79 <i>70 - 79</i>	63,5	10,6	18,2	42,7	16,1	1,9	10,5	36,5
80 i więcej <i>80 years and more</i>	46,1	2,0	24,6	50,4	12,4	0,6	9,9	53,9
Według klasy miejscowości zamieszkania <i>By class of locality</i>								
Miasta <i>Urban areas</i>	64,7	42,6	12,8	21,3	14,1	1,7	7,6	35,3
o liczbie mieszkańców: <i>Towns by size in thousand</i>								
500 tys. i więcej <i>500 and over</i>	67,8	52,3	8,1	16,5	10,8	0,9	11,5	32,2
200 - 499 <i>200-499</i>	66,7	37,6	15,1	24,7	13,1	0,7	8,7	33,3
100 - 199 <i>100-199</i>	68,2	42,1	9,4	27,5	13,7	0,7	6,5	31,8
20 - 99 <i>20-99</i>	64,2	40,7	13,0	20,4	16,8	3,4	5,7	35,8
poniżej 20 tys. <i>less than 20</i>	59,1	40,3	17,6	20,4	14,2	1,3	6,3	40,9
Wieś <i>Rural areas</i>	54,6	36,2	18,5	27,0	11,5	0,8	6,1	45,4

Pytanie skierowane do respondentów o udział w profilaktycznych programach zdrowotnych ograniczono do następujących programów: Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia), Program Profilaktyki Raka szyjki Macicy (cytologia), Program Profilaktyki Gruźlicy, Program Badań Prenatalnych, Program Chorób Układu Krążenia, Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POCHP), Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. Poszczególne programy kierowane są do określonych ze względu na płeć i wiek grup w populacji. Wyniki badania wskazują, że w 2016 r. skorzystało z nich łącznie 15,4% całej populacji i 19,9% osób w wieku 25 lat i więcej, do których generalnie były kierowane. Osoby korzystające z badań w ramach przynajmniej jednego programu profilaktycznego, uczestniczyły średnio w 1,7 takich programach.

Najczęściej korzystano z badań w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Dotyczyły one 36,3% przypadków skorzystania z programów profilaktycznych. Badania cytologiczne wykonało 74,2% kobiet uczestniczących w którymkolwiek programie profilaktycznym, a w grupie kobiet w wieku 25 – 59 lat skorzystało z tego programu 77,2% uczestniczących w programach i 27,6% ogółu badanych. Wśród kobiet uczestniczących w programach profilaktycznych 61,9% stanowiły te, które wykonały mammografię w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. W grupie wieku 50 – 69 lat stanowiły one odpowiednio 80,5% i 33,4% badanej populacji. Częściej niż co trzeci przypadek skorzystania ze zdrowotnych programów profilaktycznych dotyczył mammografii, a co ósma osoba uczestniczyła w Programie Chorób Układu Krążenia, z czego 33,6% stanowili mężczyźni. W programie chorób układu krążenia wzięło udział łącznie 19,8% uczestniczących w zdrowotnych programach profilaktycznych. W przypadku mężczyzn odsetek ten wyniósł 51,1% uczestniczących w programach i 2,7% populacji mężczyzn, a dla kobiet odpowiednio – 13,7% i 3,4%. W grupie wieku 25 – 59 lat skorzystało z niego ogółem 2,4% zbadanej populacji, dla mężczyzn wskaźnik ten wyniósł 2,1%, a dla kobiet 2,6%. Generalnie program skierowany był do osób w wieku 35 – 55 lat.

Uczestnictwo w pozostałych programach było znacznie mniej liczne, na co wskazują dane zawarte w tablicy.

Tabl. 4. Osoby korzystające z programów profilaktycznych według cech społeczno-demograficznych - rok 2016
Table 4. People using preventive programs by socio-demographic characteristics - 2016

Wyszczególnienie Specification	Odsetek osób, które skorzystały z programów wśród badanych The percentage of people who have used the programs among the respondents	Zdrowotne programy profilaktyczne Health preventive programs								Odsetek osób, które nie skorzystały z programów wśród badanych The percentage of people who haven't used the programs among the respondents
		mammografia mammography	cytologia cytology	program profilaktyki gruźlicy tuberculosis prevention program	program badań prenatalnych prenatal testing program	program profilaktyki chorób układu krążenia prevention program for cardiovascular diseases	program profilaktyki chorób odtytoniowych prevention program for tobacco-related diseases	program wczesnego wykrywania raka jelita grubego program for the early detection of colorectal cancer	inne other	
Ogółem Total	15,4	30,3	36,3	4,3	2,0	11,6	2,6	6,1	6,7	84,6
Według płci By sex										
Mężczyzna Men	5,2	0,2	-	13,9	-	33,6	8,2	18,6	25,5	94,8
Kobieta Women	24,9	35,5	42,5	2,7	2,3	7,9	1,6	4,0	3,5	75,1
Według wieku By age										
0 - 24 0-24	2,7	8,3	45,0	6,0	2,1	4,6	4,7	4,3	25,0	97,3
25 lat i więcej 25 and more	19,9	31,2	36,0	4,3	2,0	11,9	2,5	6,2	6,0	80,1
25 - 44 25 - 44	14,2	19,1	50,1	3,7	5,8	6,9	2,9	3,6	7,9	85,8
45 - 59 45 - 59	23,5	37,9	38,7	4,0	0,5	8,8	2,2	5,2	2,7	76,5
60 - 69 60 - 69	29,6	37,0	26,4	5,4	0,9	13,9	2,6	7,7	6,2	70,4
70 - 79 70 - 79	22,3	31,0	21,8	3,1	-	22,4	2,4	11,1	8,3	77,7
80 i więcej 80 years and more	11,4	16,5	13,8	5,9	-	36,1	2,7	10,5	14,6	88,6
Według klasy miejscowości zamieszkania By class of locality										
Miasta Urban areas	18,4	28,3	34,8	5,1	2,1	12,2	3,0	7,2	7,3	81,6
o liczbie mieszkańców: Towns by size in thousand										
500 tys. i więcej 500 and over	21,3	20,3	27,5	6,8	3,0	16,8	5,9	8,6	11,2	78,7
200 - 499 200-499	17,4	32,2	42,2	2,6	0,3	5,9	1,4	8,1	7,4	82,6
100 - 199 100-199	20,4	33,3	40,5	3,3	0,8	12,0	0,7	4,7	4,8	79,6
20 - 99 20-99	17,7	29,1	34,8	5,9	3,2	11,2	2,7	7,7	5,4	82,3
poniżej 20 tys. less than 20	16,6	33,0	36,5	4,6	1,5	11,5	1,7	5,5	5,8	83,4
Wieś Rural areas	10,8	36,3	40,8	2,0	1,7	9,9	1,5	2,8	5,0	89,2

Stosowanie leków w IV kwartale 2016 roku

Use of medicines in the 4th quarter of 2016

W ostatnim kwartale 2016 r. 75,9% osób stosowało przynajmniej jeden z leków lub suplementów diety. W porównaniu z 2013 r. odsetek ten pozostał na zbliżonym poziomie. Częściej leki zażywały kobiety (82,3%) niż mężczyźni (69,2%).

Na spożywanie leków lub suplementów diety miały wpływ takie czynniki jak stan zdrowia, wiek, długotrwałe problemy zdrowotne, choroby przewlekłe trwające dłużej niż pół roku czy niepełnosprawność respondenta. Leki/suplementy diety zażywało 54,4% osób z bardzo dobrą oceną stanu zdrowia, 73,0% z dobrą, 93,3% z neutralną i prawie wszyscy oceniający swój stan zdrowia negatywnie (98,7%). Najwięcej stosujących leki odnotowano wśród osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi (95,7%) oraz z chorobami przewlekłymi (97,5%). Odsetek ten był wysoki wśród respondentów ze stopniem niepełnosprawności (znacznym - 94,9%, umiarkowanym - 98,5%, lekkim - 95,1%) oraz dla dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności (88,5%). Najczęściej leki zażywały osoby starsze, w wieku 60 lat lub więcej - 91,0% sześćdziesięciolatek, 96,8% siedemdziesięciolatek i 98,2% respondentów w wieku 80 lat i więcej.

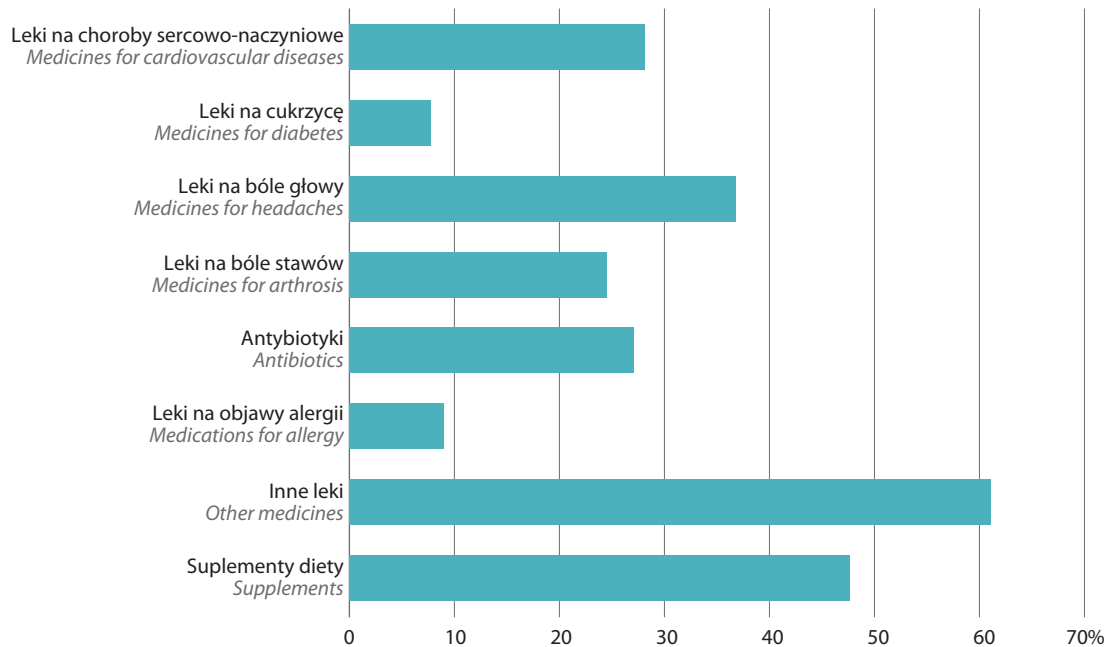
Udział osób konsumujących leki lub suplementy diety wśród grup ludności o najniższych dochodach wynosił 73,8% i wzrastał wraz z poprawą sytuacji materialnej. Nierówności ze względu na wysokość dochodów mogą powodować trudności w zakupie leków przez niektóre grupy ludności. Wyższa konsumpcja leków, która występuje wśród osób o najwyższych dochodach, a także wśród mieszkańców dużych miast (80,5%), może wynikać ze stosowania leków z grupy „inne” lub suplementów diety.

Analizując rodzaje zażywanych leków, można zauważyć, że 36,8% osób stosowało leki na bóle głowy, przy czym były to częściej kobiety (43,1%) niż mężczyźni (28,9%). W następnej kolejności zażywano leki na choroby sercowo-naczyniowe (28,1%) i antybiotyki (27,1%). Pozostałe, niewymienione w ankiecie leki, stosowało 61,1% osób. Suplementy diety zażywało 47,7% osób. W przypadku pozostałych rodzajów leków płeć respondenta nie powodowała już tak dużej dysproporcji w zażywaniu leków. Wśród dzieci najczęściej stosowanym lekiem były antybiotyki oraz leki na objawy alergii. Natomiast osoby w wieku 80 lat i więcej częściej niż osoby w pozostałych grupach wieku zażywały leki na choroby sercowo-naczyniowe, bóle stawów i cukrzycę. Uwzględniając miejsce zamieszkania leki na alergię stosowało więcej mieszkańców miast (10,1%) niż wsi (7,2%).

Pytanie o rodzaj zażywanych leków pojawiło się w formularzu badawczym po raz trzeci od 2010 r. Analiza stosowania leków według ich przeznaczenia w tym okresie wykazała, że dla większości grup leków ujętych w badaniu, odsetki osób je stosujących wzrosły w porównaniu do 2010 r. Wyjątkiem są leki na ból głowy, bóle stawów i antybiotyki, gdzie odsetek osób stosujących je nie zmienił się istotnie.

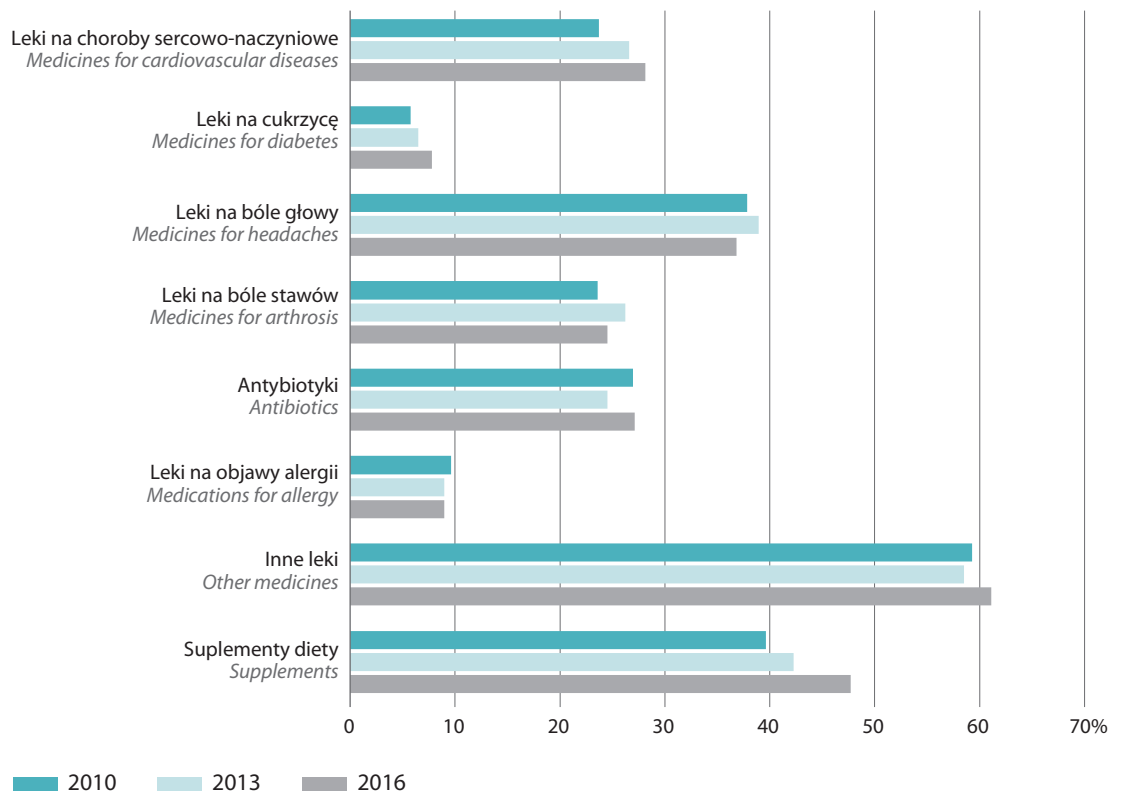
Wykres 15. Osoby stosujące leki lub suplementy diety w IV kwartale 2016 r.

Chart 15. Persons taking medicines or supplements in the 4th quarter of 2016



Wykres 16. Osoby stosujące leki i suplementy diety w IV kwartale 2010, 2013, 2016 r. według ich rodzaju

Chart 16. Persons using medicines or supplements in the 4th quarter of 2010, 2013, 2016 by their type



Podsumowanie

Summary

W ponad połowie gospodarstw domowych były osoby chore przewlekle. Niemal w co czwartym gospodarstwie domowym była osoba niepełnosprawna (24,3%), a w 15,1%, w ostatnim kwartale 2016 r., gospodarstw miały miejsce poważne problemy zdrowotne (w tym również gwałtowne zaostrzenie posiadanej choroby) ich członków.

Większość respondentów oceniła swoje zdrowie pozytywnie, częściej byli to mężczyźni niż kobiety.

W porównaniu z 2010 r. pogorszyła się subiektywna ocena stanu zdrowia – zwiększył się odsetek negatywnych i neutralnych ocen stanu zdrowia.

Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekle trwające przez 6 miesięcy lub dłużej wystąpiły u 34,1% respondentów, a pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską przebywało 36,0% osób.

Za najważniejszy czynnik determinujący ich sytuację zdrowotną prawie połowa respondentów w wieku 15 lat i więcej uważała własne zachowanie, prawie 37% wskazało czynniki, na które nie mamy wpływu, a ponad 14% stawiało na jakość opieki zdrowotnej.

Wiedza o zdrowotnych programach profilaktycznych wydaje się niedostateczna. Niemal 40% badanych nie miało jej wcale, a ci, którzy byli zorientowani w tej kwestii, wiedzę czerpali głównie z Internetu.

Konsumpcja leków ogółem w populacji, tych przepisanych przez lekarza oraz innych zalecanych lub kupowanych z własnej inicjatywy jest powszechna. W niemal wszystkich gospodarstwach domowych (98,0%) przynajmniej raz w 2016 r. kupowano leki. Wśród badanych gospodarstw domowych, 22,8% stanowiły gospodarstwa, które w 2016 r. zakupiły wyroby medyczne trwałego użytku (okulary, protezy, wózki inwalidzkie). Wskaźniki te nie zmieniły się istotnie w kolejnych edycjach badania.

Struktura stosowanych przez respondentów leków według ich przeznaczenia nie zmienia się istotnie, natomiast odsetki osób je stosujących rosną niemal we wszystkich grupach wieku ujętych w badaniu.

Rozdział 2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej

Chapter 2. Use of health care services

Badanie modułowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” pozwala na szeroką analizę korzystania przez gospodarstwa domowe oraz członków gospodarstw domowych z usług opieki zdrowotnej. W przedstawionej analizie wyszczególnione zostały następujące usługi: pobyty w szpitalach i innych zakładach opieki stacjonarnej, korzystanie z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), korzystanie z porad lekarskich w specjalistycznej opiece zdrowotnej, leczenie stomatologiczne, usługi lecznicze w domu pacjenta oraz badania laboratoryjne i diagnostyka obrazowa.

W opisie zwrócono uwagę na źródło finansowania poszczególnych rodzajów usług, w podziale na finansowanie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz poza ubezpieczeniami, czyli w ramach środków prywatnych gospodarstw domowych.

Analizie poddano także wyniki odpowiedzi na pytania o zakres i przyczyny rezygnacji z porad lekarzy POZ, lekarzy specjalistów oraz z usług stomatologicznych mimo istnienia takiej potrzeby.

Korzystanie z usług opieki zdrowotnej było analizowane w powiązaniu z wybranymi cechami społeczno-ekonomicznymi gospodarstw domowych oraz cechami demograficzno-społecznymi i zdrowotnymi członków gospodarstw domowych.

Uzyskane wyniki z badania odnoszą się do korzystania przez gospodarstwa domowe i ich członków z usług opieki zdrowotnej w ciągu całego 2016 roku. Za wyjątkiem danych dotyczących usług świadczonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, które obejmowały usługi udzielone w IV kwartale 2016 roku.

W podstawowych kategoriach dane z tego badania zostały zestawione z wynikami uzyskanymi w poprzednich edycjach badania.

Po raz pierwszy w tego rodzaju badaniu, uzyskano informacje o zakresie korzystania przez członków gospodarstw domowych z badań diagnostycznych laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, a także o wykorzystaniu Internetu podczas korzystania z usług medycznych.

Ze względu na stosunkowo niewielką próbę, niektóre zjawiska rzadziej spotykane lub w bardziej szczegółowych przekrojach są przedstawione tylko orientacyjnie – dla uzupełnienia obrazu i należy je traktować bardzo ostrożnie. Dotyczy to w szczególności korzystania z poszczególnych rodzajów stacjonarnej opieki zdrowotnej i sposobów finansowania, medycyny niekonwencjonalnej, korzystania z usług opieki zdrowotnej za granicą. Z tego też powodu zrezygnowano z opisu usług finansowanych w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej

Use of inpatient health care

Zakres korzystania ze stacjonarnej opieki zdrowotnej

The scope of using inpatient health care

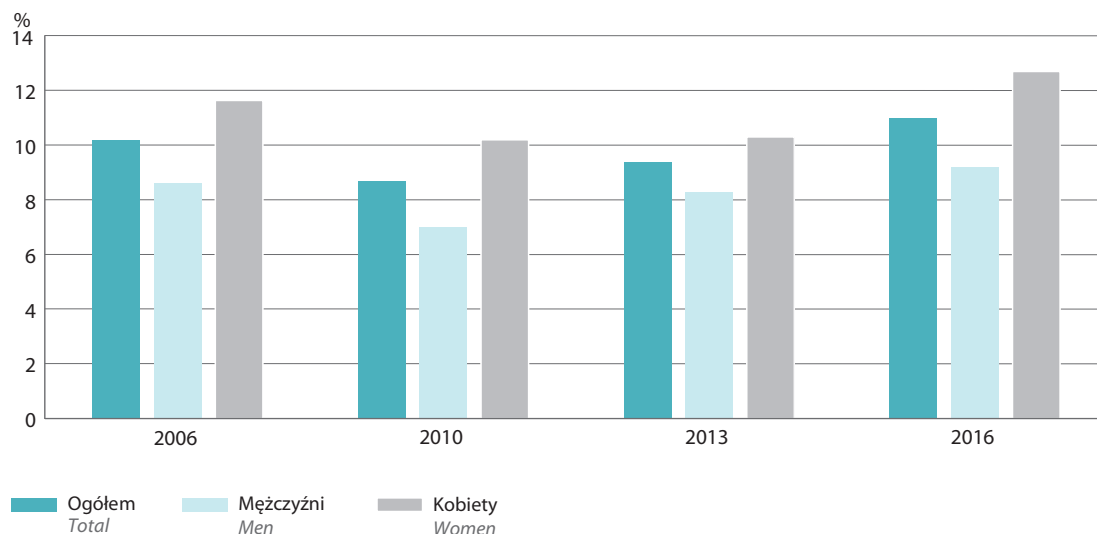
W 2016 roku 11% badanej populacji przebywało w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej. Z opieki zdrowotnej w tego typu placówkach skorzystało w tym roku ponad 9% mężczyzn (1,67 mln) oraz blisko 13% kobiet (2,47 mln)¹. Przeciętnie na 1 osobę korzystającą ze stacjonarnej opieki zdrowotnej przypadło ok. 1,2 hospitalizacji.

Większość osób korzystających ze stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej przebywała w szpitalach ogólnych lub specjalistycznych, odpowiednio 57% i 35% pobyków. Blisko 6% (5,7%) ogólnej liczby pobyków stanowiły pobyty w sanatoriach i zakładach uzdrowiskowych oraz - po 1% - pobyty w szpitalach uzdrowiskowych oraz w szpitalach i zakładach psychiatrycznych.

Uzyskane wyniki dla 2016 roku, w porównaniu do danych pochodzących z poprzednich edycji badania, nie wskazują na istotne zmiany liczby i odsetka osób w populacji korzystających ze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce. W porównaniu do 2013 roku odsetek przebywających w szpitalach i innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2016 roku był wyższy o 0,8 pkt. proc w populacji mężczyzn i o 2,4 pkt. proc w populacji kobiet, a w porównaniu do 2006 roku odnotowano wzrost, odpowiednio o 0,6 pkt. proc w populacji mężczyzn i o 1,1 pkt. proc. w populacji kobiet.

Wykres 17. Członkowie gospodarstw domowych przebywający w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej według wieku i roku badania

Chart 17. Household members staying in inpatient health care facilities by age and year of survey



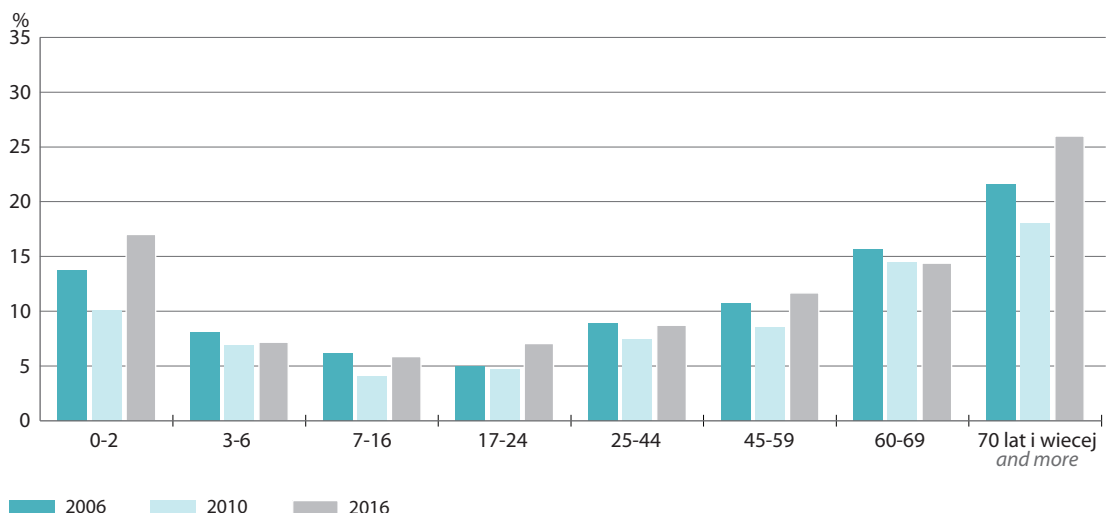
¹ Uogólnione na całą populację mieszkańców Polski wyniki badania realizowanego na próbie gospodarstw domowych są wartościami szacunkowymi i mogą różnić od danych pozyskiwanych w ramach statystyki publicznej, które pochodzą ze sprawozdawczości instytucjonalnej. Występujące rozbieżności wynikają z różnic w sposobie pozyskiwania danych, w tym subiektywności odpowiedzi respondentów i niechęci do ujawniania niektórych informacji, np. o pobytach w zakładach opieki psychiatrycznej, a także z różnic metodycznych w naliczaniu liczby udzielonych porad lub kwalifikowaniu pobyków w danej placówce przez pacjentów oraz przez instytucje (na poziomie poradni lub szpitala).

Częstość korzystania ze stacjonarnej opieki zdrowotnej w populacji jest powiązana ze stanem zdrowia mieszkańców oraz strukturą wieku osób w populacji. Wraz z wiekiem wzrasta natężenie występowania chorób przewlekłych i długotrwałych problemów zdrowotnych, a samooceny stanu zdrowia pogarszają się. Stosunkowo najczęściej hospitalizowane są osoby starsze i w sędziwym wieku. Na drugim biegunie, w relacji do osób najstarszych, znajdują się niemowlęta i dzieci najmłodsze (w wieku 0-2 lata). Wykres obrazujący strukturę osób przebywających w szpitalach i innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej jest silnie asymetryczny i przypomina kształtem literę „U”. Prawdopodobnie taka obserwacja jest we wszystkich badaniach dotyczących ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych (wykres 18).

W 2016 roku odsetek osób przebywających w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej w poszczególnych grupach wieku był wyższy niż w 2013 roku (z wyjątkiem grupy wieku 60-69 lat) i na zbliżonym poziomie do odnotowanego przed dziesięcioma latami (w 2006 roku). W przypadku małych dzieci i niemowląt (0-2 lata) oraz osób najstarszych częstość korzystania ze stacjonarnej opieki w 2016 roku była wyższa niż we wcześniejszych badaniach. Jedną z przyczyn wzrostu odsetka przebywających w szpitalach wśród osób będących w wieku 70 lat i więcej może być rosnąca liczba osób, które dożywają sędziwego wieku.

Wykres 18. Członkowie gospodarstw domowych przebywający w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej według wieku i roku badania (% osób danej grupy wieku)

Chart 18. Household members staying in inpatient health care facilities by age and year of survey (in % people of age group)



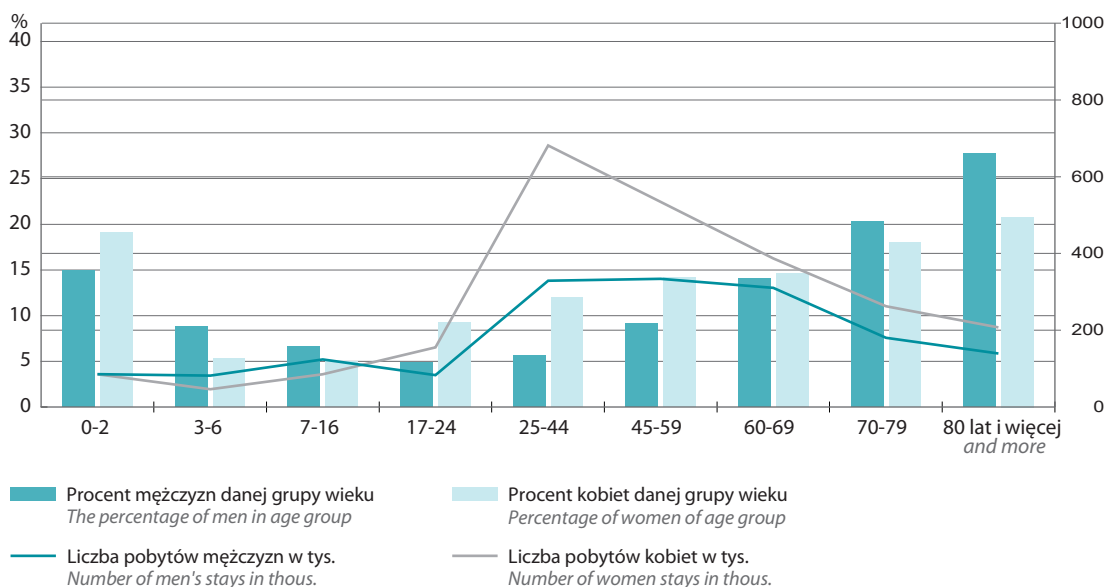
Wzrost liczby mieszkańców będących w wieku 70 lat i więcej w populacji oraz zróżnicowanie tej grupy osób pod względem stanu zdrowia, m.in., poprawa kondycji zdrowotnej osób siedemdziesięcioletnich, w pełni uzasadniają wprowadzenie do analizy w 2016 roku grupy wieku „80 lat i więcej”.

Wykres 19 obrazuje częstość korzystania ze stacjonarnej opieki zdrowotnej przez mężczyzn i kobiety w poszczególnych grupach wieku w 2016 roku. Najniższym odsetkiem hospitalizacji charakteryzowały się dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym (6%). W przypadku mężczyzn, także w kolejnych grupach wieku (17-24 lata i 25-44 lata), stosunkowo rzadko notowano pobyty w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej (co dwudziesty mężczyzna w tym wieku przebywał w szpitalu). Wśród kobiet w wieku prokreacyjnym znacząco wzrasta udział osób przebywających w szpitalu (9% w wieku 17-24 lata i 12% w wieku 25-44 lata), co jest w dużym stopniu związane z pobytem kobiet na oddziałach położniczych w związku z ciążą i porodem.

Znaczny odsetek hospitalizacji odnotowano wśród niemowląt i małych dzieci (w wieku 0-2 lata), który wynosił 15% dla chłopców i 19% dla dziewczynek. Wśród osób dorosłych częstości hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem i w starszych grupach wieku jest na ogół wyższa wśród mężczyzn niż kobiet. Co piąty mężczyzna w wieku 70-79 lat i 28% w wieku 80 lat i więcej przebywał w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej. Wśród kobiet ze stacjonarnej opieki zdrowotnej korzystało 18% w wieku 70-79 lat i 21% w wieku 80 lat i więcej.

Wykres 19. Członkowie gospodarstw domowych przebywający w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej według płci i wieku (% osób danej grupy wieku oraz liczby pobytów w tysiącach)

Chart 19. Household members staying in hospitals and other inpatient health care facilities by sex and age (in % people of age group and number of stays in thousands)

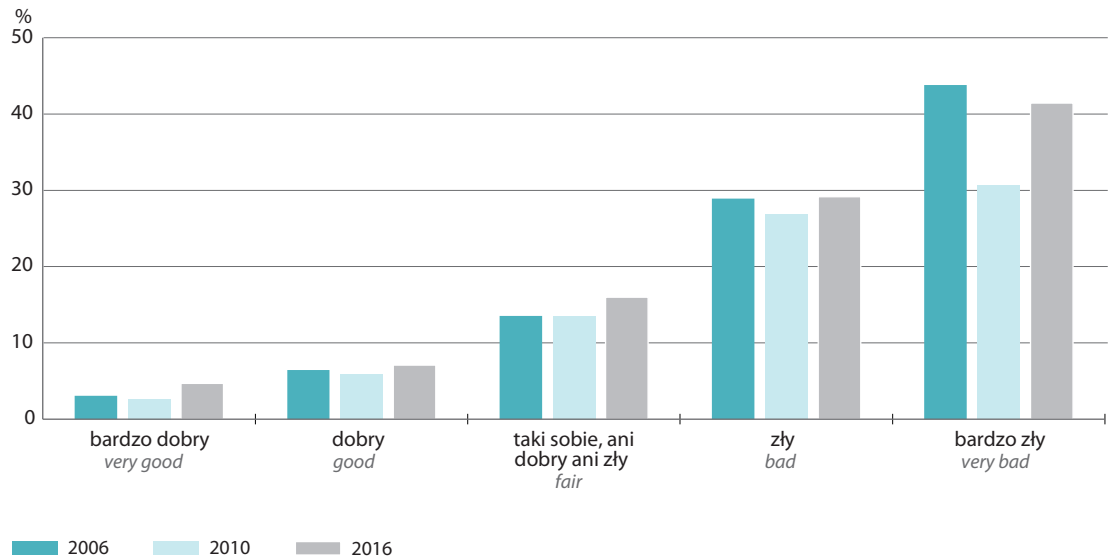


Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej są bezpośrednio powiązane ze stanem zdrowia mieszkańców. Osobami, które częściej niż inne potrzebowały leczenia w zakładach stacjonarnych w 2016 roku były osoby, u których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (44% z nich przebywało w szpitalu co najmniej raz), posiadające orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym bądź znacznym (co czwarta z tych osób przebywała w szpitalu), osoby mające poważne lub umiarkowane możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (odpowiednio 36% i 28%), osoby z chorobami przewlekłymi (21%), a także oceniające swój stan zdrowia jako bardzo zły lub zły (odpowiednio 41% i 29%).

Wyniki uzyskane w kolejnych edycjach badania w zakresie częstości pobytów w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej osób charakteryzujących się podobnym stanem zdrowia w zakresie ogólnej oceny stanu zdrowia są na zbliżonym poziomie (wykres 20). Największe wahania dotyczą odsetka przebywających w szpitalu osób o bardzo złych ocenach stanu zdrowia (44% w 2006 r., 31% w 2010 r. i 41% w 2016 r.)

Wykres 20. Członkowie gospodarstw domowych przebywający w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej według stanu zdrowia i roku badania (procent osób o danym stanie zdrowia)

Chart 20. Household members staying in inpatient health care facilities by health status and year of survey (in % people of health status)



Cechy demograficzne i społeczne członków gospodarstw domowych, takie jak poziom wykształcenia, źródło utrzymania osób aktywnych zawodowo i poziom dochodów nie różnicowały częstości korzystania ze stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej. Częściej natomiast przebywały w szpitalu osoby, których głównym źródłem utrzymania była emerytura lub renta - 18% osób tej grupy przebywało przynajmniej raz w 2016 roku w placówce stacjonarnej opieki zdrowotnej. Jednocześnie pobyty emerytów i rencistów, stanowiły ponad 40% wszystkich pobyty w tych placówkach w analizowanym roku. Było to o 8 pkt proc. mniej niż w badaniu przed trzema laty. W 2103 roku pobyty emerytów i rencistów stanowiły 48% ogółu pobyty, przy takim samym udziale tej grupy w populacji kraju wynoszącej 24%. Podobnie jak w poprzednich edycjach badania notowane są różnice w korzystaniu z opieki stacjonarnej w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania. Nieco częściej przebywali w szpitalach mieszkańcy dużych miast (13% mieszkańców miast liczących 100 tys. i więcej mieszkańców), a najrzadziej osoby mieszkające na wsi (9,3%). Na wsi oraz w małych miastach (do 20 tys. mieszkańców) odnotowano także różnice ze względu na płeć. W szpitalu przebywało 7,7% mężczyzn mieszkających na wsi oraz 8,1% mieszkających w małych miastach, a wśród kobiet było to odpowiednio 10,9% mieszkających na wsi oraz 15,3% w małych miastach.

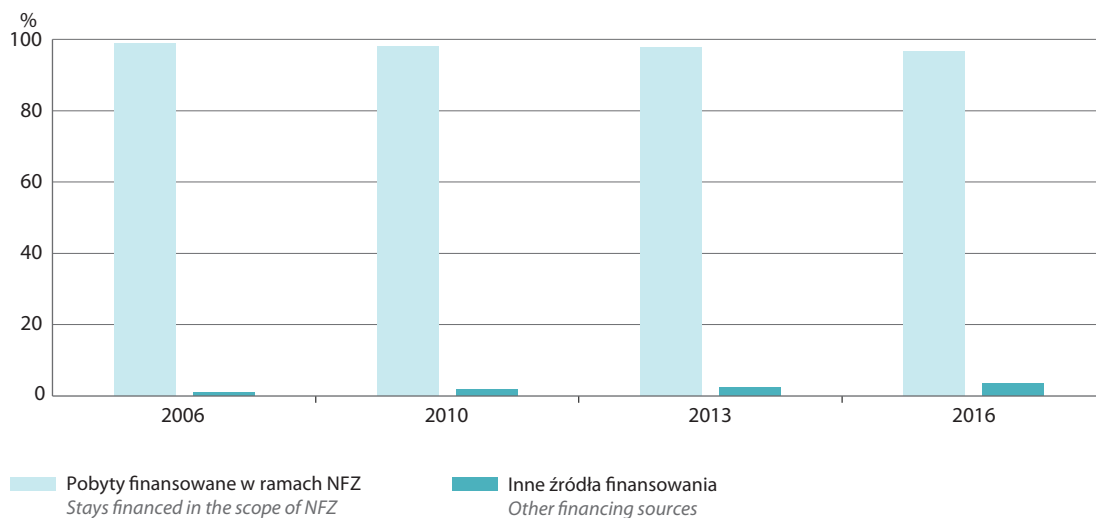
Źródła finansowania pobytów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej

Financing source for stays in inpatient health care facilities

Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2016 roku były w przeważającym stopniu finansowane w ramach NFZ - 96,5% ogółu pobytów. W ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (DZZ) było sfinansowanych 1,2% pobytów w tego typu placówkach, a pobyty poza ubezpieczeniem, czyli finansowane z własnych środków gospodarstwa domowego, stanowiły 2,3% ogółu pobytów w tym roku.

Porównanie wyników wcześniejszych badań pokazuje systematyczny wzrost udziału innych źródeł finansowania pobytów w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych, poza NFZ. W 2006 roku poza środkami NFZ zostało sfinansowanych 1% ogółu pobytów, w 2010 roku było to blisko 2%, w 2013 roku - 2,4%, a w 2016 roku - 3,5% (wykres 21).

Wykres 21. Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według źródła finansowania i roku badania
Chart 21. Stays in inpatient health care facilities by financing source and year of survey



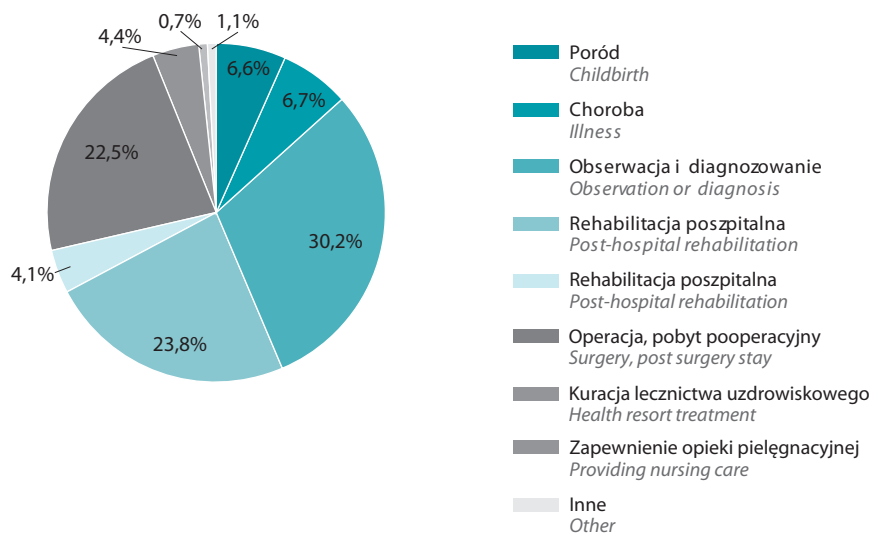
Liczba osób przebywających w szpitalach lub innych placówkach stacjonarnych opieki zdrowotnej w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w 2016 roku była jednak stosunkowo niewielka i stanowiła 1,0% ogółu osób przebywających w tym roku w szpitalach lub innych placówkach stacjonarnych opieki zdrowotnej. Blisko trzykrotnie więcej osób przebywało w szpitalach lub innych placówkach stacjonarnych opieki zdrowotnej finansując pobyt ze środków własnych gospodarstwa domowego.

Przyczyny pobytów w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej

Reason for stays in inpatient health care facilities

Najczęstsze przyczyny pobytów w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej pozostają zasadniczo bez zmian i należą do nich: choroba, obserwacja lub diagnozowanie oraz operacja i pobyt pooperacyjny. W 2016 roku udziały tych przyczyn ogółem w strukturze pobytów wynosił 77%. Blisko jedna trzecia pobytów (30%) była spowodowana chorobą, co czwarty pobyt miał na celu obserwację lub diagnozowanie (24%), a 23% pobytów było związane z operacją lub pobytem pooperacyjnym (wykres 22).

Wykres 22. Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2016 r. według przyczyn
 Chart 22. *Stays in inpatient health care facilities in 2016 by reason*

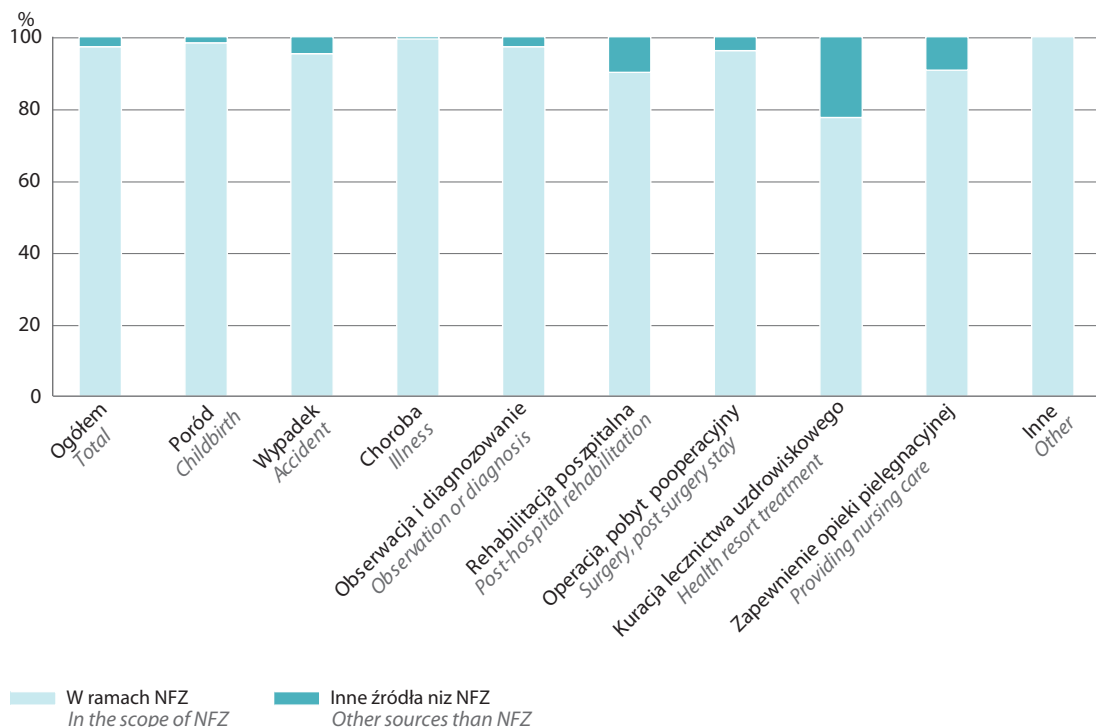


W porównaniu do danych uzyskanych dla 2013 roku zmniejszył się udział pobytych, których przyczyną była choroba (o 8 pkt. proc.), a wzrósł udział pobytych związanych z operacją i pobytych pooperacyjnych (o 4 pkt. proc.), a także z obserwacją i diagnozowaniem (o 2,5 pkt. proc.).

W innych grupach przyczyn pobytych zwraca uwagę wzrost udziału pobytych spowodowanych wypadkami (z 4,3% w 2013 roku do 6,7% w 2016 roku). Mężczyźni trzykrotnie częściej niż kobiety trafiali do szpitali w 2016 roku z powodu obrażeń po wypadku (13% pobytych mężczyzn wobec 4% pobytych kobiet). W przypadku kobiet dodatkową kategorią są pobyty związane z porodem, które stanowiły 13,2% ogólnej liczby pobytych kobiet w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, czyli częściej niż co dziesiąty pobyt kobiety w szpitalu w 2016 roku był związany z urodzeniem dziecka. Wśród kobiet w wieku 17-24 lata, które przebywały w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w tym roku, pobyty takie stanowiły 27,8%, a w wieku 25-44 lata – 41,5%. Dla porównania w 2013 roku pobyty związane z porodem były rzadsze i stanowiły odpowiednio 16% i 23% ogółu pobytych w tych grupach wieku kobiet.

W strukturze pobytych w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej według przyczyn obserwuje się różnicowanie źródła finansowania poszczególnych pobytych. Narodowy Fundusz Zdrowia był prawie wyłącznym źródłem finansowania pobytych w przypadku pobytych związanych z chorobą (99,6%) i urodzeniem dziecka (98,4%) oraz jedynym źródłem w przypadku innych pobytych, w tym związanych z dializowaniem (100%). Także we wszystkich pozostałych przyczynach pobytu NFZ pozostaje najważniejszym źródłem finansowania (wykres 23). Jednakże w przypadku leczenia uzdrowiskowego, zapewnienia opieki pielęgnacyjnej oraz rehabilitacji poszpitalnej widoczny jest znaczący udział innych źródeł finansowania. W 2016 roku częściej niż co piąta kuracja w ramach leczenia uzdrowiskowego była finansowana z innych źródeł niż NFZ (19,3% poza ubezpieczeniem oraz 3,1% w ramach DZZ). Blisko co dziesiąty pobyt osób w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, które wymagały zapewnienia opieki pielęgnacyjnej lub rehabilitacji poszpitalnej był finansowany także z innych źródeł niż NFZ. W tych dwóch przypadkach źródłem finansowania był budżet gospodarstwa domowego (odpowiednio 9,2% i 9,9% pobytych). Ponadto, z innych źródeł niż NFZ, sfinansowanych było 4,7% pobytych powypadkowych oraz 3,8% pobytych związanych z operacją a także 2,8% pobytych związanych z obserwacją i diagnozowaniem.

Wykres 23. Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2016 r. według źródła finansowania
 Chart 23. Stays in inpatient health care facilities in 2016 by financing sources



Przeciętna długość pobytu w szpitalu

Average length of stay in hospital

Długość pobytu w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej wszystkich typów w 2016 roku wynosiła średnio 8,3 dni i była krótsza niż w poprzednich latach realizacji badania. W 2006 roku średni czas pobytu wyniósł 10 dni, czyli w ciągu dziesięciu lat uległ skróceniu o blisko dwa dni (wykres 24).

Tendencja skracania czasu trwania pobytów w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej nie dotyczy wszystkich przyczyn pobytów w tego typu placówkach. Jest szczególnie widoczna w przypadku długości pobytów w szpitalu w związku z wypadkiem (skrócenie z 11 dni w 2006 roku do poniżej 5 dni w 2016 roku), pobytami związanymi z operacją i pobytami pooperacyjnymi (skrócenie z 9 do 5,5 dni) oraz rehabilitacją szpitalną (skrócenie z 22,3 do niespełna 19 dni) i kuracjami uzdrowiskowymi (skrócenie o 1,7 dnia). Przebywanie w szpitalu w związku z najczęstszymi przyczynami pobytów, którymi są choroby, nie uległo skróceniu a nawet odnotowano niewielkie wydłużenie średniego czasu pobytu w szpitalu z tej przyczyny. Czas trwania pobytu w szpitalu w związku z chorobą w 2016 roku wynosił średnio 11,1 dni. Nieznacznemu skróceniu uległ czas trwania pobytu związanego z obserwacją i diagnozowaniem, który w 2016 roku wyniósł niespełna 6 dni oraz czas pobytu kobiet w związku z porodem, który wyniósł przeciętnie 4,6 dni.

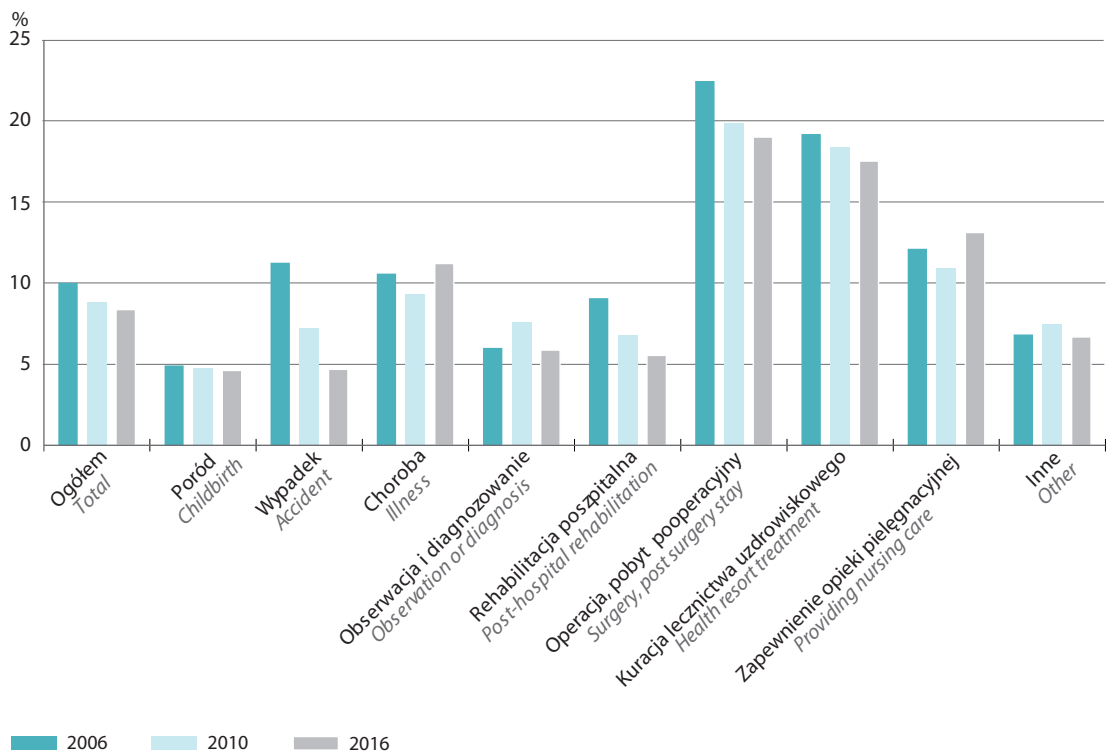
Kobiety przebywały w szpitalu zasadniczo dłużej niż mężczyźni, w szczególności w związku z chorobą – średni czas pobytu był w tych przypadkach dłuższy dla kobiet niż dla mężczyzn (odpowiednio: 12,3 i 9,9 dnia) oraz w związku z obserwacją i diagnozowaniem (6,5 wobec 4,9 dnia). Dłuższe pobyty niż przeciętnie dotyczyły osób najstarszych oraz niemowląt, których czas pobytu związany z obserwacją i diagnozowaniem wyniósł: 11 dni w przypadku osób w wieku 80 lat i więcej oraz 10,4 dnia w przypadku niemowląt (średni czas

w populacji dla tego typu pobytów wynosił 5,8 dnia). Osoby w średnim wieku (25-44 lata) charakteryzował natomiast najdłuższy średni czas pobytu w związku z chorobą, który wynosił 23,8 dnia, podczas gdy w całej populacji wynosił 11,0 dnia.

Ze względu na rodzaj placówki najdłuższym średnim czasem pobytu charakteryzowały się pobyty w szpitalu psychiatrycznym i innym zakładzie typu psychiatrycznego. W przypadku pobytów świadczonych w ramach NFZ było to 60 dni. Pobyty w sanatorium lub zakładzie uzdrowiskowym trwały średnio 18 dni, a w szpitalu uzdrowiskowych 16 dni (finansowane z NFZ). W szpitalu specjalistycznym średni pobyt wynosił 8 dni i był nieco dłuższy niż w szpitalu ogólnym, w którym średni czas pobytu wynosił 6 dni.

Wykres 24. Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według średniej długości pobytu (w dniach) oraz roku

Chart 24. Stays in inpatient health care facilities by average length of stay (in days) and year



Jeśli pobyt był finansowany ze środków innych niż NFZ, to jego średni czas trwania mógł być krótszy niż średnia dla pobytów w ramach NFZ. Taką relację odnotowano dla pobytów związanych z operacją i pobytom pooperacyjnym, rehabilitacją szpitalną oraz dla pobytów związanych z porodem².

² Przy porównaniach czasu pobytu pacjentów w różnych typach zakładów opieki zdrowotnej, należy pamiętać o możliwych różnicach w oferowanych usługach, zakresie ubezpieczenia oraz typach zabiegów objętych tymi usługami.

Korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

Use of outpatient health care

W ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej największą grupę usług stanowią porady lekarskie udzielone w ramach podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także usługi stomatologiczne. W IV kwartale 2016 roku ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej skorzystało 35,9% mieszkańców Polski, z porad lekarza specjalisty – 19,8%, a z usług stomatologicznych 10,4%.

Z pozostałych usług ambulatoryjnych obejmujących, m.in., szczepienia, zmiany opatrunków w gabinecie zabiegowym skorzystało w tym kwartale 2,6% osób a z usług leczniczych długoterminowych w domu pacjenta 0,3%.

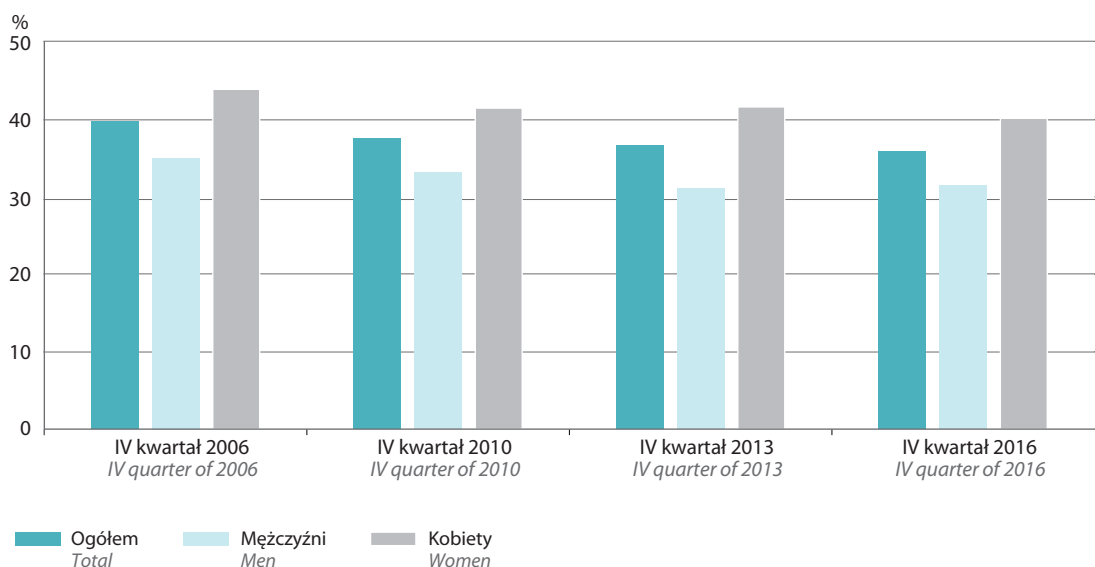
Korzystanie z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (poza stomatologicznymi)

Use of consultations in primary health care (except dental)

Odsetek osób korzystających z porad lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej w kolejnych latach badania wykazuje niewielką tendencję spadkową (wykres 25). W czwartym kwartale 2016 roku odsetek ten wynosił 35,9% i był o 0,7 pkt. proc. niższy niż w tym samym kwartale 2013 roku i o 3,8 pkt. proc. niższy niż w 2006 roku. Zmiany te mogą wskazywać na ogólną poprawę stanu zdrowia w populacji mieszkańców Polski, ale także mogą być efektem różnic w zachorowaniach i nasileniu infekcji występujących sezonowo.

Wykres 25. Korzystający z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej według płci oraz roku

Chart 25. People using doctor consultations in primary health care by sex and year



We wszystkich latach częściej korzystały z usług lekarza POZ kobiety niż mężczyźni. W czwartym kwartale 2016 roku skorzystało z porad lekarskich POZ ponad 40% kobiet (blisko 7,8 mln) oraz 31,4% mężczyzn (5,7 mln). We wcześniejszych badaniach odsetki te były na ogół wyższe (poza mężczyznami w 2013 roku) i w 2006 roku ze świadczeń lekarza POZ skorzystało blisko 44% ogółu kobiet i 35% mężczyzn.

Wśród korzystających z porady w podstawowej opiece zdrowotnej dominują osoby, które były u lekarza POZ jeden raz - 41,5% korzystających. Udziały korzystających z dwóch oraz z trzech i więcej porad były jednakowe i stanowiły odpowiednio 29,3% i 29,2%.

We wcześniejszych latach obserwowano podobne relacje w strukturze korzystających według liczby wizyt u lekarza POZ w czwartym kwartale.

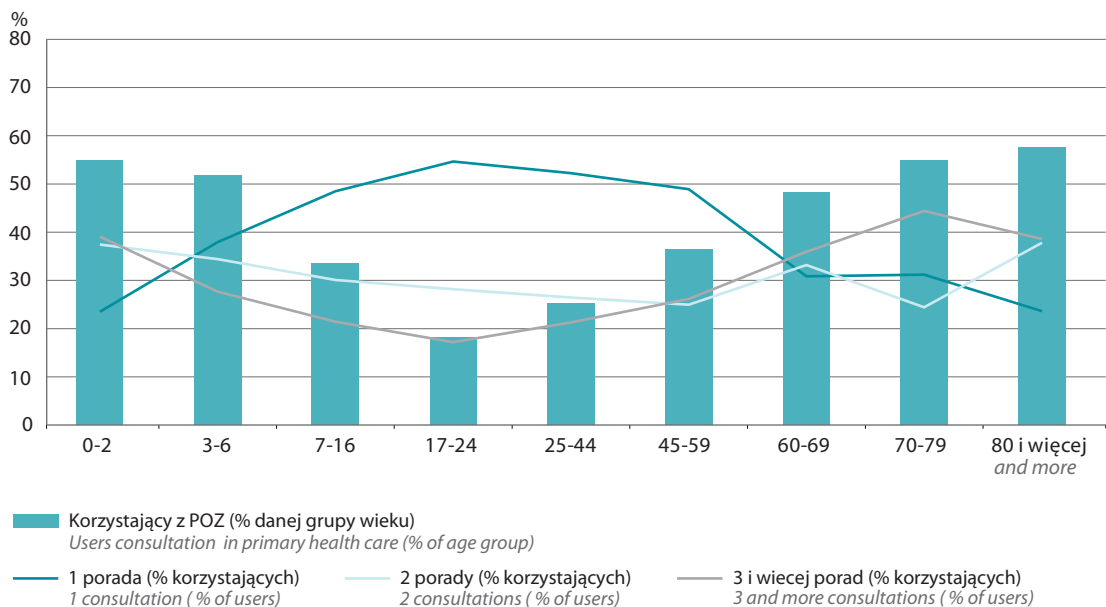
Analizy wykazują duże różnice w częstości korzystania z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej ze względu na wiek pacjentów (wykres 26). Z porad lekarskich korzystają najczęściej osoby najstarsze (powyżej 70 roku życia) oraz najmłodsze (dzieci w wieku przedszkolnym i młodsze). W czwartym kwartale 2016 roku 55% dzieci w wieku 0-2 lata i 52% w wieku 3-6 lat było co najmniej raz u lekarza pierwszego kontaktu, w tym blisko 40% dzieci w wieku 0-2 lata wymagało trzech i więcej porad. Wśród dzieci w wieku szkolnym (7-16 lat) z porady lekarskiej skorzystało co trzecie dziecko - 34%. Najbardziej pacjentami lekarzy POZ były osoby młode w wieku 17-24 lata - 18% oraz w wieku 25-44 lata - 25%. Udział osób korzystających z tych usług szybko wzrasta w kolejnych grupach wieku i wśród osób w wieku 45-59 lat wynosił 36%, w wieku 60-69 lat - 48%, a w wieku 70-79 lat i 80 lat i więcej był najwyższy i wynosił odpowiednio 55% i 58%. Wśród osób najstarszych korzystających z porad lekarza POZ największy był także udział tych, którzy byli co najmniej trzy razy u lekarza w ciągu czwartego kwartału 2016 roku (44% osób w wieku 70-79 lat i 39% w wieku 80 lat i więcej).

Razem pacjenci będący w wieku 60 lat i więcej stanowili jedną trzecią (33,3%) ogółu osób korzystających w tym czasie z porady lekarza POZ, a uogólniona liczba osób korzystających z pomocy lekarza pierwszego kontaktu w tym wieku wyniosła 4,5 mln osób. Stosunkowo dużą liczbę pacjentów lekarzy POZ stanowiły osoby w średnim wieku (45-59 lat) - blisko 2,7 mln osób (20% pacjentów) oraz w wieku 25-44 lata - 2,9 mln osób (22%). Niemowlęta i dzieci w wieku przedszkolnym (0-6 lat) stanowiły mniej niż 12% ogółu pacjentów korzystających z porad lekarzy POZ (1,6 mln).

Większa częstość wizyt u lekarza POZ kobiet niż mężczyzn dotyczyła kobiet młodych i w średnim wieku (17-24 oraz 25-44 lata) oraz w wieku 45-59 lat i 60-69 lat. Osoby najstarsze (w wieku 70-79 lat oraz 80 lat i więcej) tak samo często korzystały z porad w POZ bez względu na płeć.

Wykres 26. Osoby korzystające z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej w IV kwartale 2016 r. według wieku i liczby porad

Chart 26. People using doctor consultations in primary health care in the 4th quarter of 2016 by age and number of consultations



Zasadniczo korzystanie z usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nie jest zależne od cech demograficznych i społecznych, z wyjątkiem wieku. Z różnicami w strukturze wieku pacjentów, wśród których dominują osoby starsze, łączy się większy odsetek korzystających z porad lekarskich POZ emerytów i rencistów, a także osób z wykształceniem co najwyżej podstawowym.

O korzystaniu z porad lekarza POZ decyduje przede wszystkim stan zdrowia członków gospodarstw domowych. Wśród osób, które określiły swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły 65% było co najmniej raz w IV kwartale 2016 roku u lekarza POZ, a 45% z nich - co najmniej trzy razy. Wśród osób, które oceniały swój stan zdrowia jako 'taki sobie' z porad lekarskich skorzystała co druga osoba (51%), a wśród oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry – odpowiednio: 29% i 21%.

Z porady lekarza POZ w IV kwartale 2016 roku skorzystało 57% osób, u których występowała choroba przewlekła, 63% osób z umiarkowanymi ograniczeniami w możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego i 53% z poważnymi ograniczeniami oraz od 55% do 62% posiadających orzeczenie o niepełnosprawności (w zależności od stopnia niepełnosprawności). Występowanie problemów zdrowotnych wiązało się także z większą liczbą porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej w tym okresie. Osoby, które nie zgłaszały takich ograniczeń i problemów zdrowotnych, znacznie rzadziej korzystały z porad lekarza POZ w tym czasie i najczęściej skorzystały z nie więcej niż jednej porady.

Źródła finansowania porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej *Financing source for consultations in primary health care*

W 2016 roku 97% korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (w czwartym kwartale tego roku) zrealizowała je w ramach NFZ. Taki sam odsetek uzyskano w 2013 roku, podczas gdy z 2010 roku był on niższy i wynosił 95,1%. Udział osób korzystających z porad w POZ w 2016 roku w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wynosił 2,9%, a osoby korzystające z tych świadczeń poza ubezpieczeniem stanowiły 2,2% ogółu korzystających³.

W porównaniu do danych uzyskanych dla lat wcześniejszych można zauważyć wzrost udziału osób korzystających z usług POZ w ramach ubezpieczeń dodatkowych (DZZ). W 2010 roku odsetek takich osób był na poziomie 1,6%, a w 2013 roku – 2,1%. Nie zmienił się natomiast w 2016 roku w stosunku do 2013 roku udział korzystających z porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach NFZ oraz poza ubezpieczeniami, który w obydwu latach wynosił odpowiednio: 97% i 2,2%. Odsetek osób, które finansowały wizytę u lekarza POZ ze środków gospodarstwa domowego był natomiast wyższy w 2010 roku i wynosił 3,9%.

Z porad lekarzy POZ w ramach NFZ najczęściej korzystały osoby utrzymujące się z emerytury i renty (99,3%), osoby utrzymujące się z gospodarstwa rolnego (99,7%), a także osoby z wykształceniem podstawowym (99,7%) i osoby starsze w wieku 70 lat i więcej (99,5%). Najniższy odsetek korzystających z usług POZ w ramach NFZ odnotowano wśród mieszkańców dużych miast liczących 500 tys. (85%), osób z wykształceniem wyższym (92%) oraz dzieci w wieku do 6 lat – 94%. Jednocześnie w tych grupach wystąpiły najwyższe odsetki korzystających ze świadczeń POZ w ramach ubezpieczeń dodatkowych.

Wśród mieszkających w dużych miastach osoby korzystające z porady lekarza POZ w ramach DZZ stanowiły 16,4% ogółu korzystających, wśród osób z wykształceniem wyższym – 8,9% oraz 4,9% - dzieci w wieku 0-6 lat. Także częściej niż w innych grupach wieku z wizyt u lekarza POZ w ramach DZZ korzystały osoby młode i w średnim wieku (25-44 lata) – 6,3% wszystkich korzystających w tym wieku.

³ W związku z tym, że niektórzy korzystający z porad mogli być u lekarza zarówno w ramach ubezpieczenia (NFZ, DZZ) jak i poza ubezpieczeniem, ogólna suma udziałów źródeł finansowania jest wyższa od 100%.

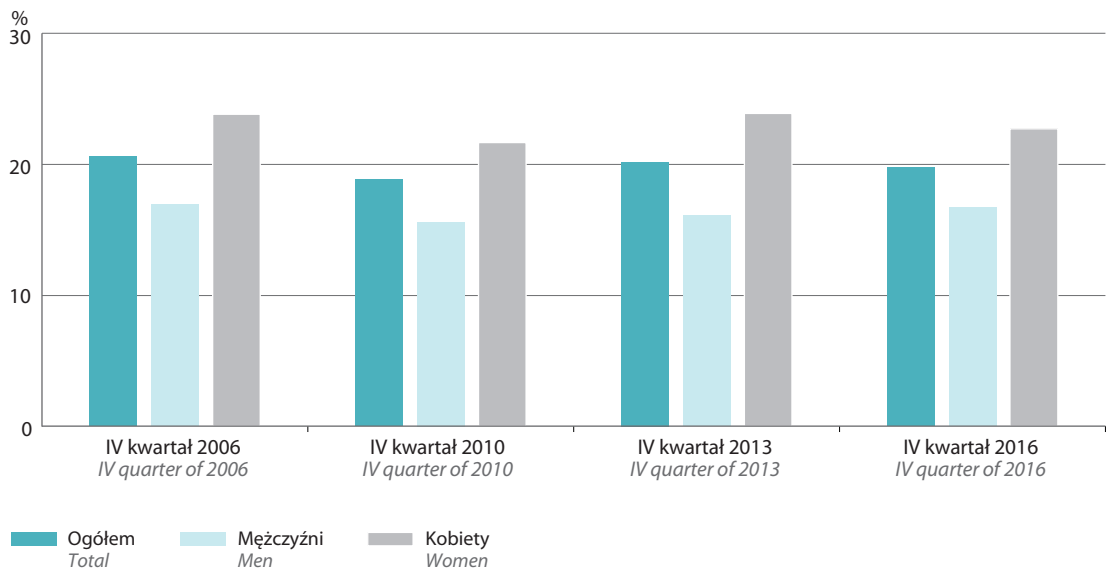
Udział porad finansowanych z budżetu gospodarstwa domowego był tylko nieznacznie zróżnicowany ze względu na analizowane charakterystyki demograficzne i społeczne respondentów. Najczęściej decydowały się na wizytę poza ubezpieczeniem osoby w przypadku choroby małego dziecka - 7% porad w przypadku dzieci w wieku 0-2 lata oraz 4,0 % w przypadku dzieci w wieku 3-6 lat. Z tej formy finansowania korzystali także częściej utrzymujący się z pracy stałej na rachunek własny (3,9%).

Cechy zdrowotne osób nieznacznie różnicowały częstość korzystania z porad lekarzy POZ w ramach ubezpieczeń oraz poza ubezpieczeniami. Częściej z porad lekarzy w ramach NFZ korzystały osoby o złym i bardzo złym stanie zdrowia (99,3%) niż deklarujące dobry lub bardzo dobry stan zdrowia (95%) oraz z chorobami przewlekłymi (98%) niż bez takich chorób (95,9%).

Korzystanie z porad lekarskich specjalistycznych *Use of consultations in specialized health care*

Z porady lekarza specjalisty w czwartym kwartale 2016 rok skorzystała co piąta osoba - 19,8% i wskaźnik ten utrzymuje się na zbliżonym poziomie we wszystkich badanych latach (wykres 27). W IV kwartale 2016 roku u lekarza specjalisty było 22,7% kobiet i 16,7% mężczyzn. Kobiety korzystają na ogół częściej z porady specjalistycznej niż mężczyźni i odsetek korzystających z takich porad dla kobiet był wyższy od 6 do 8 pkt. proc. od odsetka dla mężczyzn (w zależności od roku).

Wykres 27. Korzystający z porad lekarskich specjalistycznych według płci oraz roku
Chart 27. People using doctor consultations in specialized health care by sex and year



Ponad połowa z osób korzystających z porady specjalistycznej skorzystała z jednej porady (52%), co czwarta osoba była dwa razy u lekarza u specjalisty (24%) i co prawie czwarta - trzy razy i więcej (23%).

Struktura korzystania z porad lekarzy specjalistów w populacji według liczby porad w IV kwartale 2016 roku była bardzo podobna do występującej we wcześniejszych badaniach, a także zbliżona w poszczególnych

grupach demograficznych i społecznych. Czynnikiem różnicującym liczbę porad była wielkość miejscowości zamieszkania. Wśród korzystających z porady lekarza specjalisty w IV kwartale 2016 roku mieszkańców dużych miast (200 tys. i więcej mieszkańców) 30% osób było co najmniej trzy razy u lekarza specjalisty, a tylko 45% jeden raz, podczas gdy wśród korzystających z takich porad mieszkańców wsi z trzech porad i więcej skorzystało mniej niż 20%, a z jednej - 58%.

Odsetek osób korzystających z porady lekarskiej specjalistycznej jest zróżnicowany zarówno przez charakterystyki stanu zdrowia, jak i ich cechy demograficzno-społeczne. Negatywne oceny stany zdrowia (zły i bardzo zły stan zdrowia), występowanie choroby przewlekłej lub poważnych problemów zdrowotnych, niepełnosprawność (w stopniu znacznym lub umiarkowanym), konieczność opieki i pomocy osób drugich lub pobieranie renty były tu najbardziej znaczące. Udział osób w tych grupach korzystających z co najmniej jednej porady lekarza specjalisty był na poziomie od 38% do 45% (w zależności od grupy). Wiek był czynnikiem mniej różnicującym korzystanie z usług specjalistycznych niż w przypadku porad lekarzy podstawowej opieki medycznej. Udział korzystających z porad lekarzy specjalistów wahał się od blisko 35% wśród osób w wieku 70-79 lat do 11% wśród osób młodych w wieku 17-24 lata.

Zwracają uwagę różnice w udziale korzystających z takich porad ze względu na poziom wykształcenia, dochód oraz miejsce zamieszkania. Częściej korzystały z porad lekarza specjalisty osoby z wykształceniem wyższym (25%) niż osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym (19%), osoby o wyższych dochodach (powyżej 1600 zł na osobę w gospodarstwie domowym) niż osoby o dochodach najniższych (do 400 zł na osobę) odpowiednio: 24% i 12%, a także częściej korzystali z takich porad mieszkańcy dużych ośrodków miejskich (25%) niż mieszkańcy wsi (17%). Wskazane wyżej nierówności społeczne w korzystaniu z usług lekarzy specjalistów obserwowane było także w poprzednich edycjach badania.

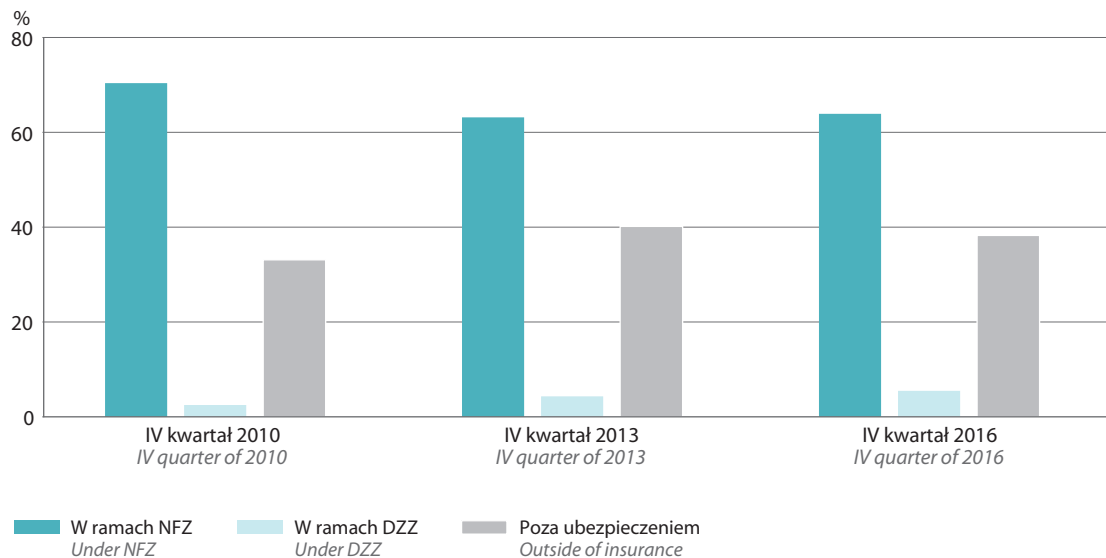
Źródła finansowania porad lekarskich specjalistycznych *Financing source consultations in specialized health care*

W IV kwartale 2016 roku 63,9% korzystających z ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej otrzymało świadczenia w ramach NFZ, 5,5% w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych, a 38,3% pacjentów uzyskało świadczenia poza ubezpieczeniem, czyli zapłaciło za nie bezpośrednio ze środków gospodarstwa domowego⁴.

Struktura źródeł finansowania porad lekarskich specjalistycznych w 2016 roku była zbliżona do wyników uzyskanych w 2013 roku. Nastąpił tylko nieznaczny wzrost udziału porad finansowanych w ramach DZZ oraz zmniejszenie odsetka świadczeń poza ubezpieczeniem. W porównaniu do 2010 roku należy natomiast odnotować znaczne zmniejszenie w 2016 roku udziału usług specjalistycznych finansowanych w ramach NFZ przy wzroście usług finansowanych poza ubezpieczeniem oraz w ramach DZZ. W ramach świadczeń NFZ w 2010 roku z usług specjalistycznych skorzystało 70,4% osób korzystających z tych usług, czyli o 6,5 pkt. proc. więcej niż w 2016 roku (wykres 28).

4 Część respondentów korzystała z różnych źródeł finansowania porad u lekarzy specjalistów, zarówno w ramach ubezpieczenia (NFZ, DZZ) jak i poza ubezpieczeniem, stąd ogólna suma jest większa od 100% i w IV kwartale 2016 roku wynosiła 107,7%.

Wykres 28. Finansowanie porad lekarskich specjalistycznych według źródła finansowania i roku badania
 Chart 28. *Funding of consultations in specialized health care by financing source and year of survey*



Podobnie jak w poprzednich latach w 2016 roku z usług lekarza specjalisty poza ubezpieczeniem częściej korzystały kobiety niż mężczyźni (41% vs 34%), a także dzieci w wieku do 6 lat (41%), osoby z wykształceniem wyższym (52%) oraz o wyższych dochodach (44% korzystających). W pozostałych grupach udział korzystających z porad lekarzy specjalistów poza ubezpieczeniem jest zbliżony do ogólnopolskiego.

W ramach dodatkowych ubezpieczeń (DZZ) największy udział wśród korzystających z porad specjalistycznych odnotowano wśród mieszkańców dużych miast (liczących co najmniej 500 tys. mieszkańców) - 23%, osób z wyższym wykształceniem - 15%, utrzymujących się ze stałej pracy najemnej - 11% oraz osób będących w wieku 25-44 lata -12%. Wśród osób mieszkających w małych miastach lub na wsi oraz z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym odsetek korzystających z takich porad w ramach DZZ był natomiast bardzo niski i wynosił ok. 1%.

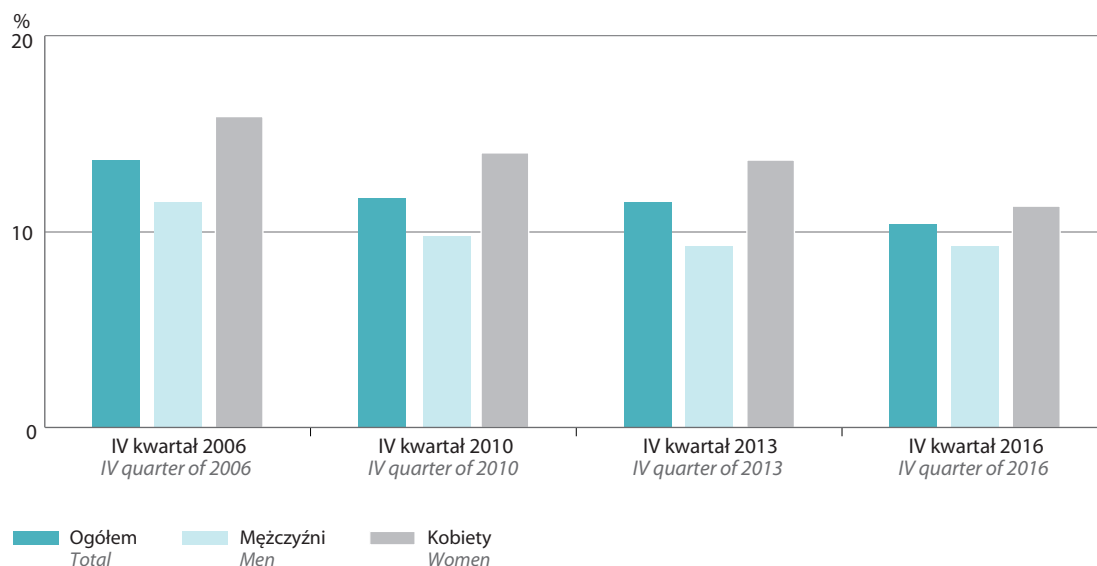
Korzystanie z usług stomatologicznych *Use of dental consultations*

W czwartym kwartale 2016 roku z usług stomatologicznych skorzystało 10,4% osób i odsetek ten był mniejszy niż w analogicznych okresach wcześniejszych edycji badania. W stosunku do 2013 roku odnotowano spadek o 1,1 pkt. proc., a w stosunku do 2010 roku o ponad 3 pkt. proc. (wykres 29). W szczególności zmniejszył się odsetek kobiet korzystających z usług stomatologicznych, który w 2016 roku wynosił 11,4%, a trzy lata wcześniej 13,4%. Nadal jednak kobiety częściej niż mężczyźni były pacjentami gabinetów stomatologicznych (11,4% wobec 9,4%).

W strukturze usług stomatologicznych dominuje leczenie zachowawcze. 90,8% korzystających z porad stomatologicznych skorzystało z tej formy leczenia, z usług protetycznych skorzystało 8,7%, a z leczenia ortodontycznego 5,9%. W porównaniu do wcześniejszych lat obserwuje się wzrost udziału osób korzystających z leczenia zachowawczego. W 2013 roku było to 89,6% ogółu korzystających z usług stomatologicznych, a w 2010 roku – 86%.

Wykres 29. Korzystający z porad stomatologicznych według płci oraz roku

Chart 29. People using dental consultations by sex and year



Rodzaj świadczonej usługi oraz częstość korzystania z usług stomatologicznych są związane z wiekiem respondentów. Stosunkowo najczęściej korzystały z porad stomatologicznych dzieci w wieku szkolnym (7-16 lat), z których u stomatologa w IV kwartale 2016 roku było 16%. Dzieci w tym wieku stanowiły także największy udział wśród ogółu osób korzystających z porad ortodontycznych (61%). Wśród osób młodych i wieku średnim (25-44 lata) u stomatologa było 12,5%, z czego 97% korzystało z leczenia zachowawczego. Osoby w tym wieku stanowiły 37% ogółu korzystających z poradni stomatologicznych w tym czasie. Osoby starsze rzadziej korzystały z porad stomatologicznych (10% osób w wieku 60-69 lat oraz 6% osób w wieku 70 lat i więcej). Wraz z wiekiem wzrasta udział usług protetycznych. Wśród korzystających z porad protetycznych największy odsetek stanowiły osoby w wieku 60-69 lat (30%), a także w wieku 45-59 lat (24%). Znacznie częściej z usług protetycznych korzystały kobiety niż mężczyźni: 61% wobec 39% wśród ogółu korzystających z tych usług.

W 2016 roku, podobnie jak w poprzednich edycjach badania, obserwuje się różnice społeczne w korzystaniu z usług stomatologicznych. W szczególności, w tych samych grupach mieszkańców notuje się najniższe odsetki korzystających z takich usług. Najrzadziej korzystają ze świadczeń stomatologicznych osoby z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym, członkowie gospodarstw domowych o dochodach nie przekraczających 800 zł na osobę, utrzymujący się z emerytury i renty, a także użytkownicy gospodarstw rolnych i mieszkańcy wsi. W tych grupach odsetek korzystających z usług stomatologicznych nie przekraczał 7%.

W strukturze finansowania porad stomatologicznych dominują usługi poza ubezpieczeniem czyli finansowane ze środków prywatnych gospodarstwa domowego. Na to źródło finansowania wskazało 74,2% korzystających z tych usług w IV kwartale 2016 roku. W ramach NFZ z usług stomatologicznych skorzystało w tym okresie 26,8%, a w ramach ubezpieczeń dodatkowych - 3% ogółu osób korzystających z tych usług.

Poza ubezpieczeniem było sfinansowanych 74% usług w zakresie leczenia stomatologicznego zachowawczego, 65% usług protetycznych oraz 63% usług ortodontycznych. Największy udział usług stomatologicznych finansowanych poza ubezpieczeniem - wynoszący powyżej 82% korzystających z tych usług - odnotowano wśród osób w wieku 45-59 lat, osób z wykształceniem wyższym, utrzymujących się ze stałej pracy na własny rachunek lub wykonujących wolny zawód oraz w gospodarstwach domowych o dochodach powyżej 1600 zł na osobę.

Korzystanie z innych usług ambulatoryjnych

Use of other outpatient health care

Z innych usług ambulatoryjnych obejmujących, m.in., szczepienia dorosłych i dzieci oraz zmiany opatrunków w gabinecie zabiegowym, skorzystało w IV kwartale 2016 roku 2,6% ogółu badanych osób (2% mężczyzn i 3,1% kobiet). Najczęściej korzystającymi z tej formy usług pozostają małe dzieci osoby starsze: 3,8% w wieku 60-69 lata, 4,9% - w wieku 70-79 lat i 6% - w wieku 80 lat i więcej. Z tej formy usług korzystały także częściej osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi i mające ograniczone możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (6%) oraz o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (6,8%).

Większość osób korzystała z innych usług ambulatoryjnych w ramach NFZ – 83% korzystających. W ramach DZZ skorzystało 3,4%, a poza ubezpieczeniem 15,6% korzystających z zabiegów ambulatoryjnych w IV kwartale 2016 r. W 2013 roku udział korzystających z tych usług według źródeł finansowania był na zbliżonym poziomie (83,7% - NFZ, 2,3% - DZZ, 16,4% - poza ubezpieczeniem⁵).

W porównaniu do 2010 roku widoczna jest tendencja wzrostu odsetka osób korzystających z innych usług ambulatoryjnych, które płacą za nie bezpośrednio ze środków gospodarstwa domowego a zmniejszenie finansowanych w ramach NFZ. W 2010 roku w ramach NFZ skorzystało z tych usług 89% osób, w ramach DZZ - 2%, a poza ubezpieczeniem - 9% osób.

Korzystanie z usług leczniczych długoterminowych w domu pacjenta

Use of long-term curative home care

Usług długoterminowe w domu pacjenta obejmują, m.in., różne porady lekarskie, podawanie kroplówek, zmiany opatrunków, dializy domowe, opiekę nad przewlekle chorym w domu i są wykonywane przez lekarzy POZ, lekarzy specjalistycznej opieki zdrowotnej, pielęgniarki środowiskowe, a także położne.

W IV kwartale 2016 roku skorzystały z takich usług blisko 3 osoby na 1000 mieszkańców (0,29%). W latach 2010 i 2013 udział korzystających z tych usług był nieco wyższy i wynosił 0,4% członków gospodarstw domowych.

Częściej z usług długoterminowych w domu korzystały kobiety (0,4% ogółu kobiet) niż mężczyźni (0,2%). Największy udział wśród korzystających z tych usług stanowiły osoby starsze w wieku 70 lat i więcej (68% ogółu pacjentów). Wśród osób w wieku 70-79 lat z długoterminowych usług w domu korzystało 1,5%, a wśród osób w wieku 80 lat i więcej 2,6%. Usługi te skierowane są przede wszystkim do osób starszych i przewlekle chorych, co wiąże się z wielokrotnymi wizytami. Blisko połowa korzystających z tych usług (45%) miała 3 i więcej porad w ciągu IV kwartału 2016 roku, a wśród osób w wieku 70 lat i więcej – 52%.

⁵ Ze względu na korzystanie przez respondentów z różnych źródeł finansowania poszczególnych usług suma udziałów jest większa od 100% oraz różna w poszczególnych latach, stąd nie jest możliwe bezpośrednie odnoszenie tych wartości do siebie.

Z opieki domowej długoterminowej skorzystało w tym czasie 4,6% osób o oceniających swój stan zdrowia jako bardzo zły i 1,5% jako zły, 2,5% osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz 1,3% mających poważne problemy zdrowotne.

Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych niefinansowanych przez NFZ w 2016 r. *Households using medical services not financed by the National Health Fund in 2016*

W kolejnych latach badania można zaobserwować wzrost udziału gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych, które nie są finansowane w ramach NFZ. W 2016 roku z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ skorzystało 37,2% gospodarstw domowych, w 2013 roku takich gospodarstw było 35,1%, a w 2010 roku - 31%. W przypadku usług stomatologicznych było to odpowiednio: 41,4% w 2016 roku, 40% w 2013 roku i 37% w 2010 roku (wykres 30).

Częściej niż w innych gospodarstwach domowych z usług finansowanych poza NFZ korzystają gospodarstwa domowe znajdujące się w lepszej kondycji finansowej. W 2016 roku w gospodarstwach domowych należących do 20% gospodarstw o najwyższych dochodach z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ skorzystało 47,2% gospodarstw domowych oraz z usług stomatologicznych - 54,6%. W grupie gospodarstw o najniższych dochodach (należących do pierwszej grupy kwintylowej) udział gospodarstw domowych korzystających z takich usług wynosił odpowiednio: 26,8% i 30,5%.

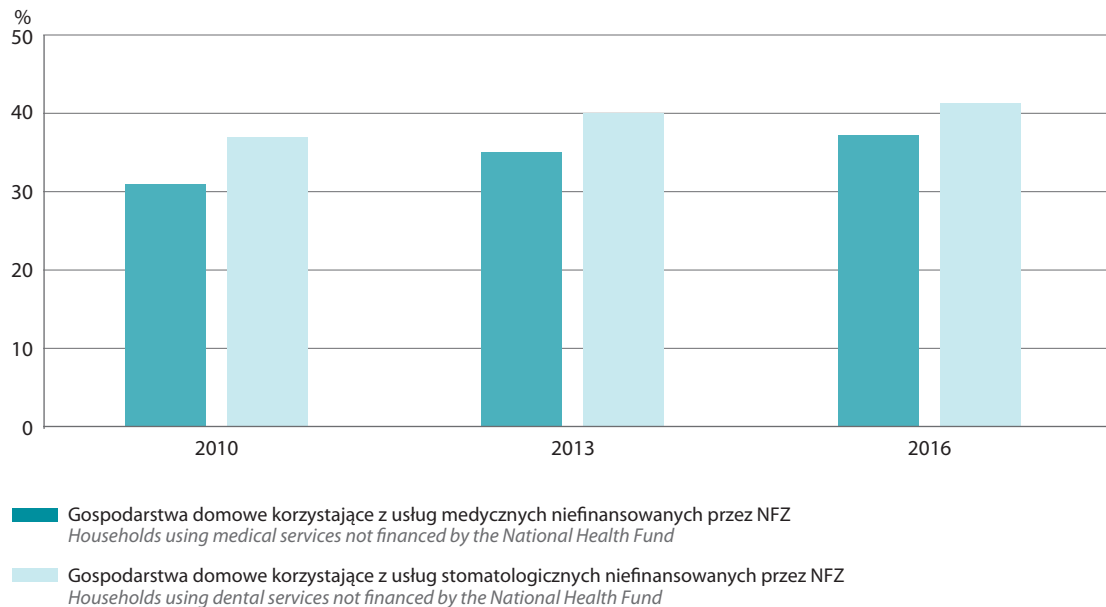
Rzadziej z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ korzystają gospodarstwa domowe rencistów (24,1%) i emerytów (34,1%). Częściej niż w innych grupach korzystają z takich usług osoby w gospodarstwach domowych osób pracujących na stanowisku nierobotniczym (47,2%) oraz z jednym (45,6%) lub dwojgiem dzieci w wieku poniżej 15 lat (47,9%).

Z usług stomatologicznych niefinansowanych w ramach NFZ częściej korzystają gospodarstwa domowe osób pracujących na stanowiskach nierobotniczych (60,9%) oraz na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym (61,9%), a także z dwojgiem dzieci (60,5%). W gospodarstwach robotniczych z takich usług w 2016 roku skorzystało 38,1%, użytkujących gospodarstwa rolne - 40,9%, a z trojgiem dzieci w wieku do 15 lat - 43,1% gospodarstw domowych.

Stosunkowo duże różnice w odsetku gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych niefinansowanych z ramach NFZ odnotowano ze względu na klasę miejscowości zamieszkania, ale tylko w przypadku usług stomatologicznych. I tak, z usług stomatologicznych niefinansowanych w ramach NFZ skorzystało 51,2% gospodarstw domowych w miastach liczących 500 tys. i więcej mieszkańców i 36,5% gospodarstw na wsi.

Wykres 30. Gospodarstwa domowe korzystające z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ według roku badania

Chart 30. Households using medical and dental services not financed by the NFZ by the year of survey



Główną przyczyną korzystania z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych w ramach NFZ był zbyt odległy termin wizyty w podmiotach mających kontrakty z NFZ. Na taką przyczynę wskazało blisko dwie trzecie gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych finansowanych poza NFZ (61,7%). Rzadziej niż co piąte gospodarstwo domowe korzystające z usług niefinansowanych w ramach NFZ podało jako przyczynę przekonanie, że usługi takie są świadczone wówczas przez lepszych specjalistów (18,5%). Inne przyczyny korzystania z usług medycznych niefinansowanych w ramach NFZ były mniej znaczące. Można tu wskazać takie jak: brak lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ (4,4%), lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne (3,4%), niefinansowanie usług przez NFZ (3,2%), lepsze traktowanie pacjentów (2,9%), a także korzystanie z uprawnień do świadczeń w ramach DZZ (2,2%).

W przypadku korzystania z usług stomatologicznych niefinansowanych w ramach NFZ w 2016 roku odnotowano trzy najczęstsze powody: przekonanie o lepszym wyposażeniu w sprzęt i materiały medyczne (28%), zbyt odległy termin wizyty w podmiotach mających kontrakty z NFZ (25,7%) oraz niefinansowanie danych usług przez NFZ (23,7%). Inne przyczyny korzystania z takich usług wskazywane przez gospodarstwa domowe były stosunkowo rzadkie i należały do nich: brak lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ (3,4%) oraz lepsze traktowania pacjentów (3,1%). Na korzystanie z uprawnień do świadczeń w ramach DZZ wskazało 0,4% gospodarstw domowych. Podobnie nieznaczący był udział pozostałych wyszczególnionych w badaniu przyczyn korzystania z usług stomatologicznych, takich jak zbyt odległa lokalizacja podmiotów mających kontrakty z NFZ i brak uprawnień do korzystania nieodpłatnie ze świadczeń finansowanych przez NFZ.

Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej w 2016 r.

Households using medical services available at nights and on holidays in 2016

W 2016 roku z pomocy medycznej lekarza pierwszego kontaktu w godzinach wieczornych, nocnych lub w dni wolne od pracy skorzystało 27% osób, które chciały z takiej pomocy skorzystać. Jedna czwarta (25,6%) korzystało z niej w ramach NFZ, a 1,4% w ramach DZZ.

Korzystanie z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej było związane ze stanem zdrowia i zasadniczo nie jest różnicowane przez status ekonomiczny i typ gospodarstwa domowego. Tylko miejsce zamieszkania, które łączyć się może z większą dostępnością, w tym łatwością dojazdu, wykazuje różnice w udziale mieszkańców korzystających z takiej pomocy: 37% mieszkańców dużych miast (liczących 500 tys. i więcej mieszkańców) i 24% mieszkańców małych miast oraz 23% mieszkańców wsi.

Podstawowym czynnikiem różnicującym korzystanie z usług lekarza w ramach pomocy nocnej lub świątecznej jest stan zdrowia. Częściej niż inne osoby zgłaszały potrzebę i korzystały z takiej pomocy osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi oraz z chorobami przewlekłymi. Odsetek osób korzystających w tych grupach wynosił odpowiednio: 39% z poważnymi problemami zdrowotnymi oraz 30% z chorobami przewlekłymi. Wśród osób bez poważnych problemów zdrowotnych oraz bez chorób przewlekłych, które odczuwały potrzebę takiej pomocy, skorzystała co piąta osoba.

Gospodarstwami domowymi, w których potrzeba korzystania z takich usług była wyższa niż w pozostałych były gospodarstwa z małymi dziećmi. 43% gospodarstw, w których było troje lub więcej dzieci w wieku poniżej 15 lat oraz 41% gospodarstw z dwojgiem dzieci korzystało z pomocy nocnej i świątecznej w 2016 roku. W przypadku gospodarstw bez dzieci w tym wieku odsetek ten wynosił 24%, które stwierdziły, że wystąpiła potrzeba skorzystania z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej.

Korzystanie z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej

Use of unconventional medicine

Odsetek gospodarstw domowych, które korzystały z usług medycyny niekonwencjonalnej, takich jak akupresura, akupunktura, apiterapia, bioenergoterapia, fitoterapia, homeopatia i kręgarstwo, w 2016 roku wynosił 3% i był taki sam jak w 2013 r. i 2010 r.. Uogólniona liczba gospodarstw domowych korzystających z takich usług w 2016 roku była na poziomie 405 tys.. Gospodarstwa, które korzystały z tych usług ponosiły dość znaczne wydatki - przeciętnie było to 446 zł na gospodarstwo.

Do gospodarstw domowych, w których częściej niż w pozostałych korzystano z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej należały gospodarstwa, w których wystąpiły problemy zdrowotne (4%), gospodarstwa osób pracujących na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym (4%), gospodarstwa domowe w dużych miastach liczących 500 tys. i więcej mieszkańców (6%) oraz gospodarstwa o najwyższych dochodach (z piątej grupy kwintalowej) - 5%.

Korzystanie z usług medycznych za granicą

Use of medical services abroad

Korzystanie z usług medycznych za granicą w 2016 roku, podobnie jak w latach 2013 i 2010, było stosunkowo rzadkie. Wśród badanych gospodarstw domowych w 2016 roku z usług medycznych za granicą skorzystano w 0,6% gospodarstw, z czego 67% w krajach Unii Europejskiej a 33% poza Unią.

Większość usług medycznych uzyskanych za granicą, dotyczyła podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej (odpowiednio 48% i 36%). Blisko 18% stanowiły pobyty w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej.

Przeciętna kwota wydana na usługi medyczne za granicą w gospodarstwach objętych badaniem, które korzystały z takich usług, wynosiła 767 zł. Gospodarstwa, które poniosły takie wydatki na ogół nie uzyskały zwrotu z NFZ (94%), a 6% uzyskało częściowy zwrot poniesionych kosztów na usługi medyczne uzyskane za granicą.

Wykonywanie badań diagnostycznych *Performing medical diagnostic tests*

Formularz badania dotyczącego korzystania z usług medycznych przez mieszkańców Polski w 2016 roku po raz pierwszy obejmował pytania dotyczące wykonania badań diagnostycznych, w podziale na badania laboratoryjne oraz z zakresu diagnostyki obrazowej i inne. Badania laboratoryjne obejmowały: morfologię, badanie ogólne moczu, badanie ogólne kału, cytologię, badanie poziomu PSA oraz badania genetyczne. Badania obrazowe oraz inne diagnostyczne obejmowały takie badania jak: tomografia komputerowa, pozytonowa tomografia emisyjna, rezonans magnetyczny, EKG, USG, badanie Holtera i echo serca, RTG, spirometria, urografia, mammografia, gastroscopia, kolonoskopia i biopsja.

Prezentowane w tej części opracowania wyniki nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacyjnego.

Wykonanie badań laboratoryjnych *Performing laboratory tests*

Uogólnione na całą populację wyniki badania wskazują, że w 2016 roku blisko połowa członków indywidualnych gospodarstw domowych (46,0%) miała wykonane badania laboratoryjne (36,6% mężczyzn i 54,8% kobiet). Badania morfologiczne krwi wykonało 42,3% Polaków, badanie ogólne moczu - 35,7%, badanie ogólne kału - 2,9%, a badania genetyczne - 0,5%. 18,2% kobiet miało badanie cytologiczne, a 5,6% mężczyzn badanie poziomu PSA.

Wśród ogółu osób, które wykonały badania laboratoryjne, badanie morfologiczne krwi miało 96,3% mężczyzn i 89,3% kobiet, a ogólne badanie moczu 82,2% mężczyzn i 75,0% kobiet. Inne badania były wykonywane rzadziej oraz w zależności od płci i wieku pacjenta.

Badania laboratoryjne w 2016 roku zostały wykonane u 37,8% małych dzieci w wieku 0-2 lata. Zasadniczo najrzadziej takie badania wykonywane były wśród dzieci w wieku przedszkolnym (3-6 lat) i szkolnym (7-16 lat) oraz wśród osób młodych w wieku 17-24 lata – od 25,5% do 26,9% w zależności od grupy wieku. W tych grupach wieku, częściej niż w pozostałych, wykonywane były badania ogólne kału, np. u 22% dzieci w wieku 3-6 lat, które miały badania laboratoryjne.

Udział osób dorosłych, które wykonały badania laboratoryjne wzrastał znacząco w kolejnych grupach wieku i odsetki te były na poziomie od 43,2% wśród osób w wieku 25-44 lata, przez 58,3% w wieku 60-69 lat do 78,1% w wieku 80 lat i więcej (wykres 31).

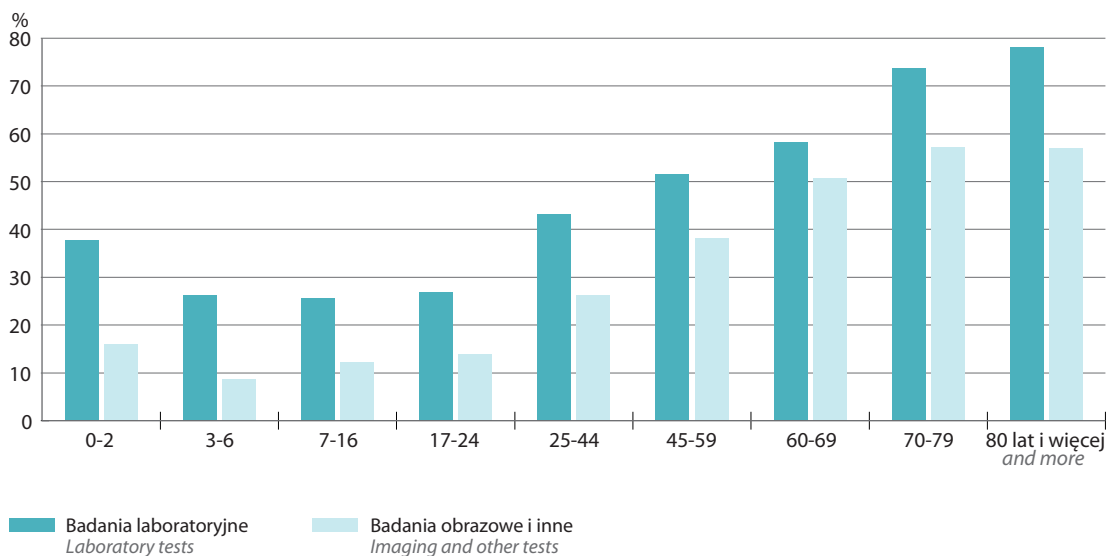
Badania cytologiczne wśród kobiet, które wykonały badania laboratoryjne w tym roku, wykonała częściej niż co druga kobieta w wieku 25-44 lata (54%), 41% kobiet w wieku 45-59 lat oraz 34% w wieku 17-24 lata.

Odsetek mężczyzn, którzy mieli badanie poziomu PSA, wśród tych ogółu wykonujących badania laboratoryjne w 2016 roku, wynosił od 14% wśród mężczyzn w wieku 45-59, do 30% w wieku 60-69 lata i 39% w wieku 70 lat i więcej.

Osoby, u których występowały poważne problemy zdrowotne znacznie częściej wykonały badania laboratoryjne w 2016 roku niż osoby, które nie miały takich problemów (76% wobec 44%). Podobnie, wysoki był udział wykonujących badania w przypadku osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (73%), a także mających ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (75%). Najrzadziej wykonywały takie badania osoby, które oceniały swój stan zdrowia jako bardzo dobry (23%).

Wykres 31. Wykonanie badań diagnostycznych laboratoryjnych i obrazowych w 2016 r. według wieku (procent danej grupy wieku)

Chart 31. Performing diagnostic laboratory and imaging tests in 2016 by age (percentage of age group)



W strukturze obrazującej częstość wykonywania badań laboratoryjnych obserwuje się wyraźny gradient społeczny ze względu na takie cechy jak: poziom wykształcenia (odsetek osób, które wykonały badania wynosił od 46% wśród osób z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym do 58% wśród osób z wykształceniem wyższym), miejsce zamieszkania (od 40% wśród mieszkańców wsi do 56% dużych miast liczących 500 tys. i więcej mieszkańców), sytuacja finansowa (od 33% w przypadku gospodarstw domowych o dochodach do 800 zł na osobę do 56% w gospodarstwach o dochodach powyżej 1600 zł na osobę).

Z blisko 35,2 mln wykonanych łącznie wszystkich badań laboratoryjnych⁶ 79,6% było finansowane w ramach NFZ, 3,0% w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, 9,9% ze środków własnych gospodarstwa domowego, a 7,5% w ramach medycyny pracy.

Badania laboratoryjne, takie jak morfologia, badania ogólne moczu i badania poziomu PSA, w ponad 80% finansowane były w ramach NFZ.

Rzadziej niż pozostałe badania laboratoryjne w ramach NFZ finansowane były badania genetyczne oraz cytologia, odpowiednio: 51% i 70% wykonanych badań.

⁶ Wartości absolutne liczby wykonanych badań uzyskane zostały z uogólnionych na całą populację wyników badania zrealizowanego na próbie gospodarstw domowych i są wartościami szacunkowymi.

Ze środków własnych, częściej niż inne badania, finansowane były badania poziomu PSA (15%), cytologia (25%), badanie kału (15%) oraz badania genetyczne (40% wykonanych badań). Morfologia i badania ogólne moczu ze środków własnych finansowane były odpowiednio w 8% i 7% (ogólnej liczby wykonanych tego rodzaju badań).

W ramach medycyny pracy finansowane były tylko badania morfologiczne krwi i ogólne badania moczu (9%) oraz ogólne badania kału (6%), a także sporadycznie cytologia.

Wykonanie badań obrazowych i innych

Performing imaging tests and other

W 2016 roku przynajmniej jedno badania obrazowe lub inne (z czternastu rodzajów objętych badaniem) wykonało 31,3% ogółu badanych (24,9% mężczyzn i 37,4% kobiet).

Najczęściej wykonywane były badania USG - 13,5% populacji (18,5% kobiet i 8,3% mężczyzn), badanie EKG - 13,2% (14,2% kobiet i 12,2% mężczyzn) oraz RTG - 10,1% (10,5%, 9,7%). Co dwudziesty Polak miał badanie echa serca (4,8%), 2,0% badanie Holtera, 3,8% tomografię komputerową, 2,3% rezonans magnetyczny, 2,2% badanie spirometryczne, 1,4% gastroscopię i 1,1% kolonoskopię. Jeden procent osób miał wykonaną biopsję (1,3% kobiet i 0,6% mężczyzn).

Wśród ogółu osób, które miały badania najczęściej wykonało badanie USG (43,2%) lub EKG (42,2%) oraz RTG (32,2%). Echo serca miało 15,4%, tomografię komputerową 12,1%, rezonans magnetyczny 7,5%, a badanie Holtera 6,5% osób z ogólnej liczby wykonujących badania w 2016 roku. Rzadziej wykonywane były takie badania jak: gastroscopia (4,4%), kolonoskopia (3,4%), biopsja (3,0%), urografia 1,5% oraz pozytonowa tomografia emisyjna (0,4%). Ponadto blisko 20% ogółu kobiet, które wykonywały badania obrazowe w tym roku, miało badanie mammograficzne.

Odsetek osób, które wykonały badania z zakresu diagnostyki obrazowej oraz rodzaj wykonanych badań były zależne od wieku osób oraz ich stanu zdrowia. Struktura wykonania badań obrazowych według wieku osób była zbliżona do wyników uzyskanych dla badań laboratoryjnych (wykres 30). Odsetek osób, które wykonały takie badania był najniższy wśród dzieci w wieku 3-6 lat (8%) oraz wśród osób młodych (w wieku do 17-24 lat) - 14%, a następnie znacząco wzrasta w kolejnych grupach wieku i był najwyższy wśród osób w wieku 70 lat i więcej - 57%.

Osoby młode w wieku 17-24 lata oraz w wieku 25-44 lata najczęściej wykonywały badanie USG i RTG. Wśród tych, którzy wykonali badania obrazowe w wieku 17-24 lata, 51% wykonało badanie USG i 31% wykonało RTG, a w wieku 25-44 lata było to odpowiednio: 50% i 38%. U osób starszych, częściej niż u pozostałych, wykonywane były badania serca. Badanie EKG miało 56% osób w wieku 60-69 lat i 69% osób w wieku 70 lat i więcej, badanie echa serca odpowiednio: 23% w wieku 60-69 lat i 28% w wieku 70 lat i więcej, a badanie Holtera: 8,3% i 12,8% osób danej grupy wieku, które wykonały badania obrazowe w 2016 roku.

W 2016 roku Osoby, u których występowały poważne problemy zdrowotne znacznie częściej wykonały badania z zakresu diagnostyki obrazowej niż osoby, które nie miały takich problemów (64% wobec 29%). W przypadku choroby przewlekłej odsetek wykonujących badania wynosił 57%, a bez takich chorób 18%. Odsetek osób, które wykonały badania wzrastał od 10% wśród osób oceniających swój stan zdrowia bardzo dobrze do 63% wśród oceniających swój stan zdrowia jako bardzo zły.

W częstości wykonywania badań obrazowych w populacji można zaobserwować występowanie nierówności społecznych, które trudno jest wyjaśniać determinantami wynikającymi z różnic w stanie zdrowia. Największe różnice w odsetku osób wykonujących badania obrazowe wystąpiły w zakresie takich samych grup społecznych jak w przypadku badań ambulatoryjnych. Częściej wykonywały badania

osoby z wykształceniem wyższym, mieszkające w dużych miastach oraz o wyższych dochodach. Odsetki wykonujących badania w tych grupach były bliskie 40%, podczas gdy wśród mieszkających na wsi oraz o najniższych dochodach badania obrazowe wykonała co czwarta osoba (25%).

W ramach NFZ sfinansowanych było 81,6% z oszacowanej liczby 22,5 mln ogółu badań diagnostyki obrazowej wykonanych w 2016 roku. Znaczny udział miało finansowanie ze środków własnych gospodarstwa domowego, z którego zostało sfinansowanych 11,5% tych badań. W ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych uzyskało finansowanie 3,8% badań obrazowych, a w ramach medycyny pracy tylko 3,1%.

Struktura źródeł finansowania zależy od rodzaju badania (tabl. 5). W ponad 93% w ramach NFZ zostały sfinansowane takie badania jak mammografia i urografia, a w 100% pozytonowa tomografia emisyjna. Od 85% do 88% wykonanych badań Holtera, EKG, gastroscopii, kolonoskopii i tomografii komputerowych było także finansowane w ramach NFZ. Stosunkowo najmniej w ramach NFZ zostało sfinansowanych badań USG (74%), rezonansu magnetycznego (74%), RTG (78%) i biopsji (80%). Ze środków własnych, częściej niż inne badania, finansowane były badania USG (20%), rezonansu magnetycznego (19%), biopsji (15%) i echa serca (14%). Blisko co dziesiąte badanie gastroscopii, kolonoskopii, RTG oraz tomografii komputerowej było także finansowane z budżetu gospodarstwa domowego. Struktura badań finansowanych w ramach dodatkowych ubezpieczeń była mniej zróżnicowana, a odsetki zrealizowanych badań w ramach tego źródła wahały się od 1,4% (mammografia) do 6,2% (rezonans magnetyczny). W ramach medycyny pracy finansowane były tylko wybrane badania. Udział tego źródła w przypadku najczęściej finansowanych badań, takich jak RTG i spirometria, stanowił nie więcej niż 9% ogółu badań tego typu, a w przypadku badań EKG - 6%.

Tabl. 5. Wykonane badania diagnostyczne w 2016 r. według wybranych źródeł finansowania
Table 5. Performing diagnostic tests in 2016 by financing sources

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Narodowy Fundusz Zdrowia <i>National Health Fund</i>	W ramach środków własnych <i>As part of own expenditures</i>
Badania laboratoryjne <i>Diagnostic tests</i>		
OGÓŁEM <i>Total</i>	79,6%	9,9%
Morfologia <i>Morphology</i>	80,7%	7,9%
Badanie ogólne moczu <i>Urinalysis</i>	81,3%	7,0%
Badanie ogólne kału <i>General stool examination</i>	76,0%	14,9%
Cytologia <i>Cytology</i>	69,7%	25,1%
Badania genetyczne <i>Genetic research</i>	50,8%	40,0%
Badanie poziomu PSA <i>PSA level test</i>	81,7%	15,2%
Badania obrazowe i inne <i>Morphology</i>		
OGÓŁEM <i>Total</i>	81,6%	11,5%
Tomografia komputerowa <i>Computed tomography</i>	88,3%	8,1%
Pozytonowa tomografia emisyjna <i>Positron emission tomography</i>	100,0%	–
Rezonans magnetyczny <i>Magnetic resonance imaging</i>	74,4%	19,1%
EKG <i>ECG</i>	85,8%	6,2%
Badanie Holtera <i>Holter study</i>	84,8%	11,7%
Echo serca <i>Echo of the heart</i>	82,3%	14,2%
USG <i>Ultrasound</i>	74,2%	20,3%
RTG <i>X-ray</i>	77,8%	9,0%
Spirometria <i>Spirometry</i>	82,2%	4,5%
Urografia <i>Urography</i>	93,6%	4,6%
Mammografia <i>Mammography</i>	93,4%	5,2%
Biopsja <i>Biopsy</i>	80,2%	14,6%
Gastroskopia <i>Gastroscopy</i>	86,3%	11,1%

Niekorzystanie z usług zdrowotnych mimo istnienia takiej potrzeby

Non-use of medical services despite the need

Niekorzystanie z porad lekarza POZ

Non-use of GP consultations in POZ

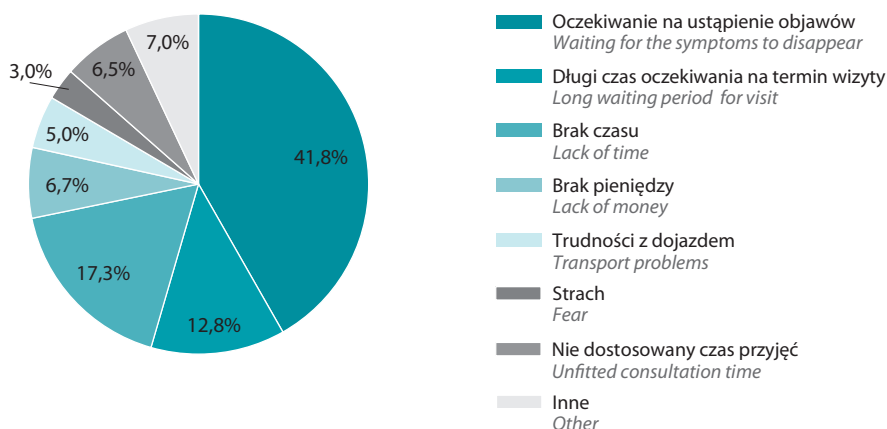
W 2016 roku 7% członków gospodarstw domowych (7,4% mężczyzn i 6,7% kobiet) nie skorzystało z usług lekarza POZ mimo istnienia takiej potrzeby. W 2013 roku takich osób było mniej - 5%, a w 2010 roku znacznie więcej - blisko 12%. Należy zaznaczyć, iż oceny dotyczące istnienia potrzeby korzystania z usług zdrowotnych były odpowiedziami subiektywnymi respondentów i nie muszą odzwierciedlać obiektywnie istniejącej potrzeby porady lekarskiej.

Osobami, które nie korzystały z porady lekarskiej w ramach POZ, mimo takiej potrzeby, były najczęściej osoby w wieku aktywności zawodowej (25-44 lata i 45-59 lat) oraz w wieku 60-69 lat - blisko co dziesiąta osoba w tych grupach (9%). Wśród osób w wieku 70 lat i więcej 7% nie korzystało z porady lekarza POZ mimo takiej potrzeby. Bardzo rzadkie były takie sytuacje w przypadku niemowląt i małych dzieci, a także dzieci w wieku przedszkolnym (3-6 lat) - 0,5% i w wieku szkolnym (7-16 lat) - 1%. Inne cechy społeczno-demograficzne respondentów nie różnicowały znacząco uzyskanych odpowiedzi.

Najwięcej osób jako przyczynę nie korzystania z porad lekarza POZ wymieniło oczekiwanie na ustąpienie objawów - 42%. Na kolejnych miejscach wskazano brak czasu - 17% odpowiedzi oraz długi czas oczekiwania na termin wizyty - 13%. Na inne przyczyny, takie jak brak pieniędzy i niedostosowany czas przyjęć wskazało po 7% osób, a na trudności z dojazdem 5% (wykres 31). W porównaniu do lat wcześniejszych zmniejszył się udział osób wskazujących na długi czas oczekiwania na wizytę (23% w 2010 r. i 20% w 2013 r.), a wzrósł odsetek - o blisko 10 pkt. proc. - czekających na ustąpienie objawów (33% w 2010r. i 32% w 2013 r.).

Wykres 32. Przyczyny niekorzystania z porad lekarza POZ w 2016 r.

Chart 32. Reasons for non-use of GP consultations in POZ



Mężczyźni częściej niż kobiety czekali na ustąpienie objawów (45% wobec 38%), a kobiety częściej jako przyczynę nie pójścia do lekarza POZ podawały długi czas oczekiwania (16% wobec 10%). Trudności, na które wskazywano jako przyczynę nie skorzystania z porady lekarskiej, chociaż była taka potrzeba zdrowotna, mogły być powiązane z innymi ograniczeniami wynikającymi z wieku, stanu zdrowia, miejsca zamieszkania czy sytuacji finansowej. Na brak czasu wskazywały najczęściej osoby w wieku aktywności zawodowej, np. w wieku 25-44 lata niemal co czwarta osoba podała taką przyczynę. Wśród osób starszych oraz

z niepełnosprawnością poważnym ograniczeniem w dotarciu do lekarza mogły być trudności z dojazdem. Częściej niż co piąta osoba (20%) z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności oraz 15% osób w wieku 70 lat i więcej wskazało na trudności z dojazdem do lekarza.

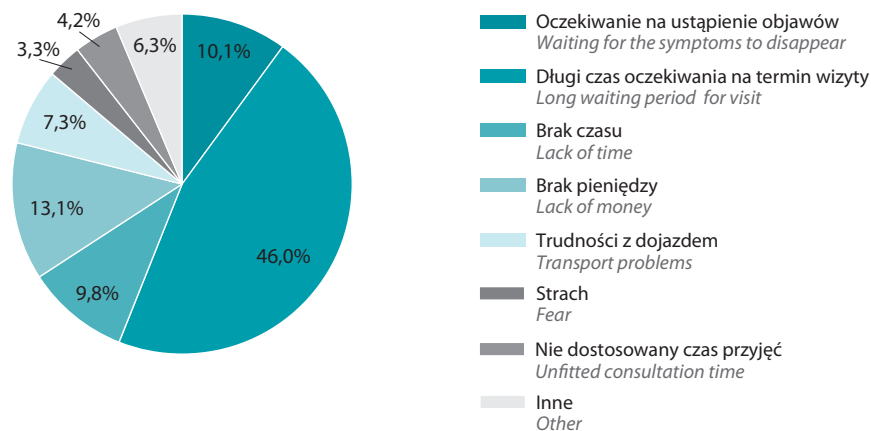
Niekorzystanie z porad lekarzy specjalistów *Non-use of specialist doctor's consultations*

W 2016 roku z porad lekarza specjalisty, mimo istnienia takiej potrzeby, nie skorzystało 5,3% członków gospodarstw domowych. Odsetek osób rezygnujących z wizyty u lekarza specjalisty w 2016 roku był o 0,4 pkt. proc. wyższy od odnotowanego w 2013 roku (4,9%). Częściej deklarowały niekorzystanie z porad u lekarza specjalisty mimo takiej potrzeby kobiety niż mężczyźni (6,0% wobec 4,5%). Najbardziej takie sytuacje dotyczyły dzieci i osób młodych, a znacznie częściej osób starszych. Częściej niż w innych grupach na niekorzystanie z usług lekarzy specjalistów wskazywały osoby będące w gorszym stanie zdrowia, z chorobami przewlekłymi i mające ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego (od 8% do 13%).

Główną przyczyną rezygnacji z porady u lekarza specjalisty jest długi czas oczekiwania na wizytę. Na taką przyczynę wskazało w 2016 roku 46% respondentów, a w 2013 roku była to połowa odpowiedzi. W 2016 roku w porównaniu do 2013 roku zmniejszył się odsetek rezygnujących z wizyty u lekarza specjalisty z przyczyn finansowych. W 2016 roku 13% rezygnujących podało jako przyczynę brak pieniędzy, a w 2013 roku było to 23%. Co dziesiąta osoba jako przyczynę podała brak czasu i tak samo często – czekanie na ustąpienie objawów. Dla 7% osób, które nie poszły do lekarza specjalisty w 2016 roku, mimo istnienia takiej potrzeby, powodem był brak skierowania (wykres 33).

Wykres 33. Przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów w 2016 r.

Chart 33. Reasons for non-use of specialist doctor's consultations in 2016



Niekorzystanie z usług stomatologicznych *Non-use of dental consultations*

Z usług stomatologicznych w 2016 roku nie skorzystało, mimo istnienia takiej potrzeby, 5,3% członków gospodarstw domowych (5,7% mężczyzn i 4,9% kobiet). Odsetek ten był w 2016 roku nieco wyższy (o 0,9 pkt. proc.) niż w 2013 roku (4,4%) i o blisko 3 pkt. proc. niższy niż w 2010 roku (8%).

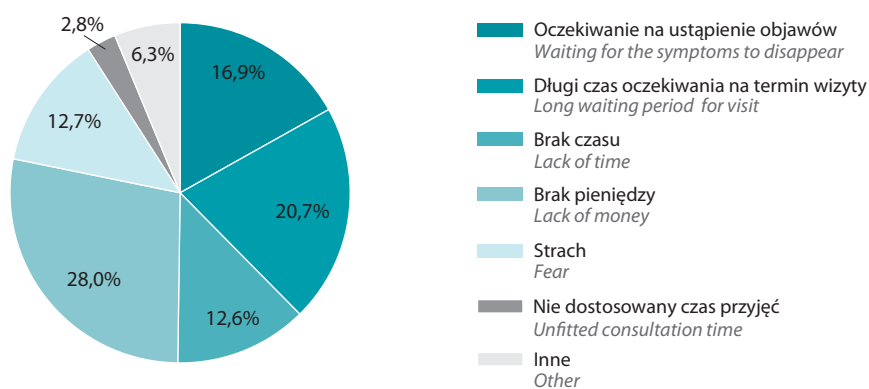
W porównaniu do lat wcześniejszych blisko dwukrotnie zmniejszył się odsetek dzieci w wieku szkolnym (7-16 lat), które nie skorzystały z porady lekarza stomatologa, mimo takiej potrzeby. W 2016 roku odsetek

ten wynosił 2,0%, a wśród dzieci w wieku przedszkolnym (3-6 lat) – 1,7%. Podobnie jak w badaniach wcześniejszych, w dalszym ciągu najczęściej nie korzystały z usług stomatologicznych osoby młode i w wieku średnim: 7,5% w wieku 25-44 lata, 6,3% w 45-59 lat i 6,3% i 60-69 lat.

Inne charakterystyki społeczne i demograficzne nie różnicowały częstości deklaracji dotyczących niekorzystania z usług stomatologicznych mimo takiej potrzeby. Także cechy zdrowotne respondentów w niewielkim stopniu wpływały na częstość rezygnacji z takich wizyt. Tylko osoby oceniające swój stan zdrowia jako bardzo dobry znacznie rzadziej niż pozostałe deklarowały niekorzystanie z usług stomatologicznych mimo takiej potrzeby (2,8%). Wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry, taki sobie lub zły i bardzo zły odsetki te były wyższe i wynosiły od 5,6% do 7,6%.

Wykres 34. Przyczyny niekorzystania z usług stomatologicznych w 2016 r.

Chart 34. Reasons for non-use of dental consultations in 2016



Struktura przyczyn niekorzystania z usług stomatologicznych jest odmienna niż w przypadku niekorzystania z porad lekarzy specjalistów. Najczęstszą przyczyną, na którą wskazywało blisko 30% osób, był brak pieniędzy (33% kobiet i 23% mężczyzn). Mimo tego, że jest to wciąż główna przyczyna rezygnacji z wizyty u lekarza dentysty, to w porównaniu do wyników z 2013 roku nastąpiło zmniejszenie się odsetka rezygnujących z wizyty z powodów finansowych (w 2013 roku udział takich odpowiedzi był na poziomie 48%).

Drugą przyczyną niekorzystania z usług stomatologicznych, na którą wskazała co piąta osoba rezygnująca z wizyty u stomatologa (20,7%), był długi czas oczekiwania na termin wizyty. Blisko 17% osób czekało na ustąpienie objawów i byli to częściej mężczyźni (22%) niż kobiety (11%). Strach przed wizytą oraz brak czasu występowały tak samo często jako przeszkoda w pójściu do dentysty, odpowiednio 12,7% i 12,6%. Mężczyźni dwukrotnie częściej niż kobiety podawali lęk przed wizytą jako przyczynę nieskorzystania z usług stomatologicznych (17% wobec 9%).

Wśród osób, które częściej niż pozostali nie korzystały z usług stomatologicznych mimo takiej potrzeby (osoby w wieku 25-44 lata) wyższy był także odsetek wskazujących na brak czasu jako przyczynę rezygnacji (16%). Natomiast w grupie osób o bardzo dobrym stanie zdrowia, wśród których rezygnacje z takiej wizyty były rzadkie, mniej niż w innych grupach było czekających na ustąpienie objawów (6%).

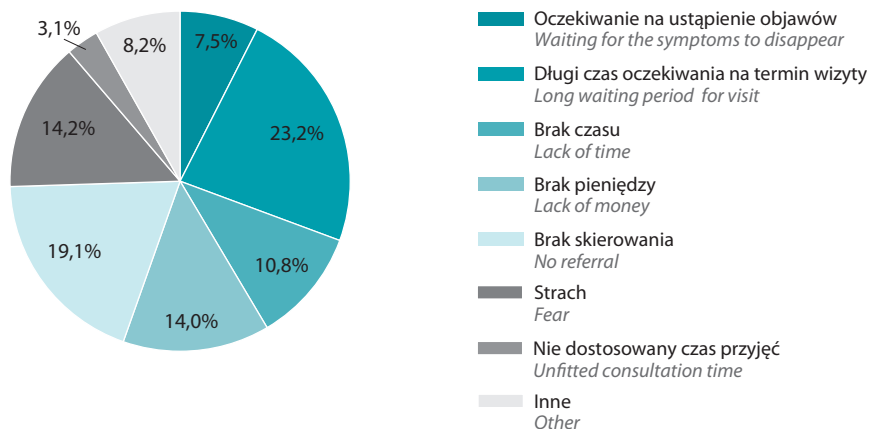
Niewykonanie badań diagnostycznych Not performing medical diagnostic tests

Na pytanie dotyczące niewykonania badań diagnostycznych, chociaż istniała taka potrzeba, odpowiedzi pozytywnej udzieliło 2,1% respondentów (1,9% mężczyzn i 2,3% kobiet). Bardzo rzadko występowały takie sytuacje w przypadku małych dzieci, dzieci w wieku szkolnym i osób młodych w wieku 17-24 lata. W dalszych grupach wieku odsetek ten wzrasta i był na poziomie od 2,2% (25-44 lata) do 3,4% (60-69 lat). Udział osób, które nie wykonały badań diagnostycznych był na zbliżonym poziomie w całej populacji i nie wykazywał istotnych różnic ze względu na poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy źródło utrzymania respondentów. Częściej natomiast niż w innych gospodarstwach domowych z badań tych nie korzystały osoby znajdujące się w gorszej sytuacji zdrowotnej. Na przykład, w przypadku występowania poważnych problemów zdrowotnych odsetek rezygnujących z badań wynosił 4,3%, a gdy takich problemów nie było - 1,9%. Także odsetek ten wzrasta w zależności od oceny stanu zdrowia od 0,7% (bardzo dobry stan zdrowia) do 5,2% (zły lub bardzo zły stan zdrowia).

Przyczyny rezygnacji z wykonania badań diagnostycznych, mimo takiej potrzeby, rozkładają się dość równomiernie na kilka powodów. Według kolejności są to: długi czas oczekiwani na termin wizyty (23%), brak skierowania (19%), brak pieniędzy (14%), strach przed badaniem (14%), a także brak czasu (11%) i oczekiwanie na ustąpienie objawów (8%).

Wykres 35. Przyczyny niewykonania badań diagnostycznych w 2016 r.

Chart 35. Reasons for not performing medical diagnostic tests in 2016



Kobiety częściej niż mężczyźni nie wykonywały badań diagnostycznych z powodu braku pieniędzy (17% wobec 11%) oraz braku skierowania (23% wobec 14%), a dla mężczyzn częstszym powodem był strach przed badaniem (21% wobec 9%). Udział poszczególnych przyczyn zależy od grupy wieku. I tak, najważniejszym powodem niewykonania badań przez osoby w wieku 25-44 lata był brak czasu (25%), dla osób w wieku 45-59 lata był to brak pieniędzy (24%), a wśród osób w wieku emerytalnym (60-69 lat) – brak skierowania (24%). Dla mieszkających na wsi dominującą przyczyną był brak pieniędzy (29%), który w przypadku mieszkańców miast niekorzystających z badań, mimo takiej potrzeby, stanowił tylko 9%. Trudności finansowe są wskazywane także najczęściej przez osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi, takimi jak: znaczny stopień niepełnosprawności (31%), poważne ograniczenia w możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (29%), oceniający swój stan zdrowia jako bardzo zły (29%). Osoby bez poważnych problemów zdrowotnych brak pieniędzy jako przyczynę niewykonania badań diagnostycznych wskazywały bardzo rzadko (7%), a wśród oceniających swój stan zdrowia jako bardzo

dobry takich odpowiedzi było niespełna 4%. W tych grupach osób jako przyczyna niewykonania badań dominował brak skierowania - 21% osób, których nie dotyczyły poważne problemy zdrowotne i 34% osób oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry.

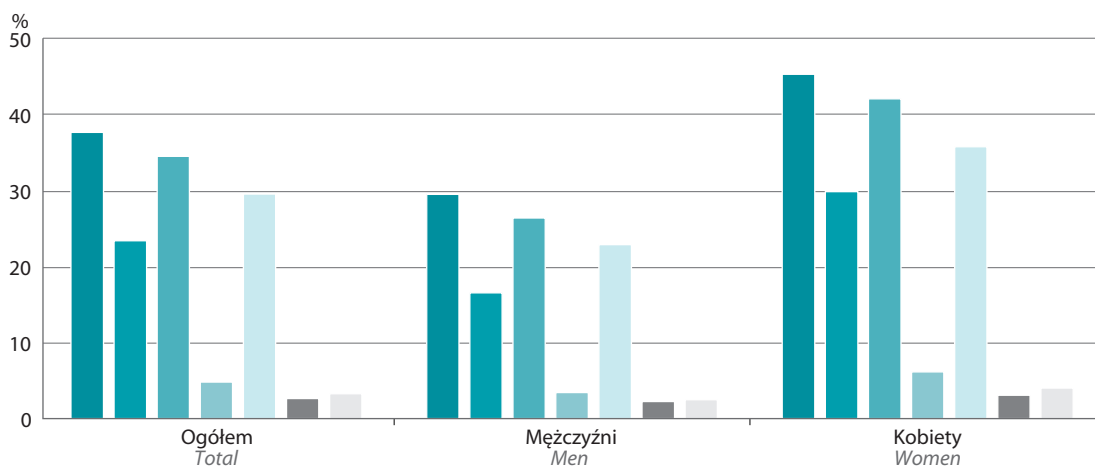
Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych

Use of communication and the Internet while using medical services

Coraz bardziej powszechny dostęp do sieci internetowej łączy się z rosnącą rolą Internetu jako nośnika informacji, także dotyczących obszaru zdrowia. Na różnych stronach internetowych znajdują się informacje dotyczące tematyki zdrowia, stylu życia, zachowań prozdrowotnych, problemów zdrowotnych i określonych schorzeń, metod leczenia, stosowania leków i wielu innych. Internet jest też miejscem zbierania i wymiany informacji o zakładach opieki zdrowotnej, oferowanych usługach i lekarzach, rezerwacji wizyt lekarskich i badań diagnostycznych. Istnieją coraz większe możliwości sprawdzenia online dostępności określonych produktów leczniczych, zamówienia i zakupu produktów medycznych oraz środków leczniczych.

Wykres 36. Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych w 2016 r.

Chart 36. Use of communication and the Internet while using medical services in 2016



Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć wiedzę i informację o chorobach i sposobach leczenia w roku 2016
People who used the Internet to get knowledge and information about diseases and treatments in 2016

Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć informację na temat opinii lekarzy w roku 2016
People who used the Internet to get information about doctors' opinions in 2016

Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć informację na temat zdrowego stylu życia w roku 2016
People who used the Internet to get information about a healthy lifestyle in 2016

Osoby, które korzystały z Internetu, aby kupić produkty lecznicze w roku 2016
People who used the Internet to buy medicinal products in 2016

Osoby, które umawiały się na wizytę lub badanie przez telefon w kwartale IV 2016
People who made an appointment or medical examination by phone in the fourth quarter of 2016

Osoby, które umawiały się na wizytę lub badanie przez stronę internetową w kwartale IV 2016
People who made an appointment or medical examination through the website in the fourth quarter of 2016

Osoby, które otrzymały wyniki badań drogą internetową w kwartale IV 2016
Persons who received medical examination results online in the fourth quarter of 2016

W 2016 roku w Polsce blisko 40% członków gospodarstw domowych korzystało z Internetu, aby zdobyć wiedzę i informacje o chorobach oraz sposobach leczenia (37,6%), a 34,5% korzystało z Internetu, aby zdobyć informacje na temat zdrowego stylu życia. Co czwarty respondent (23,4%) posługiwał się Internetem w celu zdobycia informacji na temat opinii dotyczących lekarzy. Znacznie mniej popularne było umawianie się na wizytę lub badanie przez stronę internetową oraz otrzymywanie wyników badań tą drogą. W IV kwartale 2016 roku odsetek takich osób wynosił odpowiednio 3,0% oraz 3,3%. Pięć osób na sto (4,8%) w 2016 roku kupowało drogą online produkty lecznicze. Przy umawianiu się na wizytę lub badanie częstszym sposobem niż przez stronę internetową był telefon. W IV kwartale 2016 roku drogą telefoniczną umawiało się na wizytę 30% respondentów.

Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni posługiwały się Internetem w każdym z obszarów objętych badaniem. Różnice pomiędzy udziałem kobiet i mężczyzn korzystających z Internetu były znaczne i wynosiły 16 pkt. proc. w przypadku odsetka korzystających z Internetu, aby pozyskać informacje medyczne (45% wobec 29%) oraz w celu zdobycia informacji na temat zdrowego stylu życia (42% wobec 26%) i 13 pkt. proc w przypadku zasięgnięcia opinii o lekarzu (30% wobec 17%). Inne zastosowania Internetu, takie jak umawianie na wizytę, zakupy produktów medycznych, także były częściej wykorzystywane przez kobiety niż mężczyźni (wykres 36).

Osobami, które najczęściej wykorzystują Internet do pozyskania informacji na temat zdrowego stylu życia, a także o chorobach i sposobach leczenia są osoby młode i w średnim wieku. Na przykład, 55% osób w wieku 25-44 lata, 49% w wieku 17-24 lata oraz 42% w wieku 45-59 lat korzystało w 2016 roku z Internetu, aby zdobyć wiedzę i informacje o chorobach i sposobach leczenia. Wśród osób w wieku 70-79 lat było to 13%, a w wieku 80 lat i więcej blisko 5%.

Największe różnice w częstości korzystania z Internetu jako źródła informacji medycznych, o zdrowym stylu życia, w celu pozyskania opinii o lekarzu i korzystania z usług medycznych, odnotowano ze względu na poziom wykształcenia (od 11% wśród osób z wykształceniem podstawowym do 68% z wykształceniem wyższym).

Należy podkreślić znaczny udział korzystających z Internetu dla pozyskania informacji o chorobach i sposobach leczenia wśród osób z poważnymi problemami zdrowotnymi (39%), z chorobami przewlekłymi (35%), a także wśród osób niepełnosprawnych i oceniających swój stan zdrowia jako zły (21%). Osoby te także często korzystały z tego źródła, aby uzyskać informacje na temat zdrowego stylu życia.

W celu umówienia się na wizytę lub badanie zdecydowanie częściej niż strony internetowe wykorzystywany był telefon. Wśród osób z poważnymi problemami zdrowotnymi i chorobami przewlekłymi w IV kwartale 2016 roku umawiało się telefonicznie na wizytę lub badanie odpowiednio 47% i 43%, podczas gdy ze strony internetowej skorzystało w tym celu 5% i 3% osób w tych grupach.

Podsumowanie

Summary

Przedstawione wyniki analizy korzystania przez gospodarstwa domowe oraz członków gospodarstw domowych z usług opieki zdrowotnej w 2016 roku pozwalają na sformułowanie kilku ogólniejszych spostrzeżeń i wniosków.

W 2016 roku częściej niż co dziesiąty mieszkaniec Polski przebywał w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej. W porównaniu do wcześniejszych badań w 2016 roku odnotowano nieznaczny wzrost liczby i odsetka osób w populacji korzystających ze stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Wzrost odsetka osób przebywających w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej, mimo ogólnej poprawy stanu zdrowia, może łączyć się ze zmianami w strukturze ludności Polski według wieku i z rosnącą liczbą osób w starszych grupach wieku.

Częstość hospitalizacji oraz korzystania z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej jest ściśle związana ze stanem zdrowia populacji i wzrasta wraz z wiekiem, który jest naturalną determinantą pogarszania się ogólnego stanu zdrowia.

Starsi mężczyźni byli częściej hospitalizowani niż kobiety i odsetek przebywających w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej mężczyzn w wieku 70-79 lat był taki sam jak odsetek hospitalizowanych kobiet w wieku 80 lat i więcej. Uzyskane wyniki odpowiadają parametrom trwania życia i różnicom w umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce.

Wśród osób charakteryzujących się podobnym ogólnym stanem zdrowia notowany jest w kolejnych edycjach badania zbliżony odsetek przebywających w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej. W związku z czym, ogólny wskaźnik samooceny stanu zdrowia jawi się jako możliwy predyktor zapotrzebowania na pobyty w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych. Wniosek ten nie dotyczy nielicznej grupy osób o bardzo złych ocenach stanu zdrowia.

Mimo wzrostu udziału innych źródeł finansowania w 2016 roku blisko 97% ogółu pobytów w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych było finansowane w ramach NFZ. Taki sam wynik odnotowano w przypadku udziału osób korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej, których wizyty zostały zrealizowane w ramach NFZ.

Finansowanie pobytów stacjonarnych ze środków własnych gospodarstwa domowego dotyczyło najczęściej pobytów kobiet oraz osób starszych w sanatoriach i w zakładach uzdrowiskowych, podczas gdy w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego finansowane były głównie pobyty w szpitalach ogólnych i specjalistycznych mężczyzn młodych i w średnim wieku oraz osób z wyższym wykształceniem, o wyższych dochodach i utrzymujących się ze stałej pracy najemnej.

Czas trwania pobytu w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej był w 2016 r. krótszy niż w poprzednich latach i w 2016 roku wynosił średnio nieco ponad 8 dni. Krótsze były przede wszystkim pobyty w szpitalu w związku z wypadkiem, operacją i rehabilitacją poszpitalną. Pobyty szpitalne finansowane ze środków innych niż NFZ trwały na ogół krócej niż średni czas trwania pobytów finansowanych w ramach NFZ.

Tylko w ciągu jednego kwartału 2016 roku z porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej skorzystał częściej niż co trzeci mieszkaniec Polski, z porad lekarza specjalisty co piaty, a z usług stomatologicznych co dziesiąty. W porównaniu do wcześniejszych badań obserwuje się utrzymywanie na zbliżonym poziomie wskaźnika w przypadku porad specjalistycznych oraz nieznaczne zmniejszenie w przypadku porad lekarzy POZ i usług stomatologicznych.

Zróżnicowanie źródeł finansowania wizyt u lekarza specjalisty, z których blisko 40% zostało sfinansowane ze środków własnych gospodarstwa domowego oraz długi czas oczekiwania na wizytę jako najważniejszy powód rezygnacji z porady u lekarza specjalisty, mogą potwierdzać trudności w dostępie do lekarzy specjalistów w ramach NFZ.

Obserwowane nierówności społeczne w zakresie korzystania ze specjalistycznych porad lekarskich oraz częstości wykonywania badań diagnostycznych mogą być związane z różnymi możliwościami sfinansowania takich usług poza ubezpieczeniem lub w ramach ubezpieczeń dodatkowych. Zróżnicowanie społeczne w korzystaniu z usług lekarzy specjalistów obserwowany był także w poprzednich edycjach badania.

Wyższy odsetek osób wykonujących badania laboratoryjne oraz korzystających z porad lekarzy specjalistów na ogół nie odpowiada gorszym wskaźnikom w stanie zdrowia w danej grupie społecznej, a wręcz odwrotnie. Rzadziej wykonywane były takie świadczenia w grupach mieszkańców, którzy charakteryzują się gorszymi wskaźnikami stanu zdrowia, m.in., osoby o niższym poziomie wykształcenia, niższych dochodach, mieszkające na wsi. Oznacza to, że zróżnicowanie społeczne w częstości wykonywania badań diagnostycznych oraz wizyt u lekarzy specjalistów nie może być wyjaśniane tylko przez różnice w stanie zdrowia.

Największy udział usług opieki zdrowotnej realizowanych poza ubezpieczeniem notowany jest w przypadku usług stomatologicznych. W IV kwartale 2016 roku trzy czwarte osób korzystających z porad stomatologicznych wskazało na finansowanie tych usług ze środków własnych gospodarstwa domowego. U stomatologa było w tym okresie co szóste dziecko w wieku szkolnym oraz co ósma z osób młodych i wieku średnim.

Wyniki analizowanego badania w zakresie korzystania z usług ambulatoryjnych lekarskich i pielęgniarskich (POZ, opieki specjalistycznej i stomatologicznej) oraz usług rehabilitacyjnych i leczniczych w domu pacjenta, dotyczą korzystania z tych usług w okresie jednego kwartału badanego roku. Powoduje to obciążenie uzyskanych rezultatów sezonowością, ogranicza oszacowanie korzystania z tych usług w ciągu całego roku oraz utrudnia porównanie wyników kolejnych badań modułowych.

Uzyskane wyniki potwierdziły częste korzystanie z Internetu, także przez osoby obciążone chorobami przewlekłymi oraz z poważnymi problemami zdrowotnymi, w celu pozyskania informacji medycznych. Wymaga to istnienia łatwo dostępnych stron z rzetelnymi informacjami, z których będą mogli oni czerpać realną korzyść w obszarze swojego stanu zdrowia czy schorzenia, możliwości leczenia, a także korzystania z usług w zakresie opieki zdrowotnej.

Rozdział 3. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2016 r.

Chapter 3. Household expenditure on health care in 2016

Badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, jako jedyne z badań realizowanych w tym obszarze tematycznym przez polską statystykę publiczną, dostarcza informacji o wydatkach na ochronę zdrowia w powiązaniu nie tylko z cechami demograficzno-społecznymi, ale także m.in. ze stanem zdrowia ankietowanych osób. Definicje i klasyfikacje wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia przyjęte w badaniu są spójne ze stosowanymi w innych badaniach realizowanych przez GUS, w szczególności w badaniu budżetów gospodarstw domowych. Podkreślić jednak należy, że stosowana tu klasyfikacja wydatków jest bardziej szczegółowa i odpowiada opracowanej przez OECD klasyfikacji usług i produktów opieki zdrowotnej (ICHA – International Classification for Health Accounts) według funkcji (ICHA-HC) i według dostawców (ICHA-HP).

Badaniem objęte są wydatki gospodarstw „bezpośrednio z kieszeni” (‘out-of-pocket’) na zakup usług i produktów opieki zdrowotnej, które według klasyfikacji ICHA stanowią wydatki prywatne gospodarstw domowych. W badaniu, wychodząc od najbardziej zagregowanych grup wydatkowych klasyfikacji ICHA-HP, wyróżniono dwie podstawowe grupy wydatków związanych z leczeniem. Pierwsza grupa to wydatki związane z pobytem w szpitalu lub w innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (szpital: ogólny, specjalistyczny, uzdrowiskowy, psychiatryczny, sanatorium, zakład uzdrowiskowy, zakład opieki długoterminowej itd.), druga – wydatki na usługi opieki ambulatoryjnej (opieka podstawowa, opieka specjalistyczna z wyłączeniem stomatologii i opieka stomatologiczna, a także – pozostałe usługi ambulatoryjne, usługi rehabilitacyjne i usługi pomocnicze, w tym: badania laboratoryjne, diagnostyka obrazowa, usługi transportowe i ratownictwo medyczne, pozostałe usługi pomocnicze oraz usługi lecznicze i rehabilitacyjne w domu pacjenta). Trzecią, odrębną, badaną grupę wydatków stanowią wydatki na produkty medyczne, tj. leki i inne artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku.

Pytania związane z wydatkami na zakup usług i produktów opieki zdrowotnej znalazły się w obu wykorzystywanych w badaniu „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.” formularzach. W kwestionariuszu indywidualnym (DS-50 I) zawarto pytania dotyczące:

- rocznych wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną – związanych z pobytem respondentów w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w 2016 r.;
- kwartalnych wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną – dotyczących porad lekarskich i usług pielęgniarskich w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, usług leczniczych w domu pacjenta, usług rehabilitacyjnych oraz usług pomocniczych w IV kwartale 2016 r.

W kwestionariuszu gospodarstwa domowego (DS-50 G) pytano natomiast o łączne wydatki wszystkich członków gospodarstwa poniesione w 2016 r. na:

- leki i inne artykuły medyczne (wydatki kwartalne – w IV kwartale);
- dobra medyczne trwałego użytku – np. okulary korekcyjne i soczewki kontaktowe, protezy, wózki inwalidzkie (wydatki roczne);
- usługi z zakresu medycyny niekonwencjonalnej (wydatki roczne);
- leczenie osób spoza gospodarstwa domowego (wydatki roczne);
- usługi medyczne za granicą (wydatki roczne).

Stosowanie w badaniu metody reprezentacyjnej stanowi podstawę do uogólniania uzyskanych dla badanej próby wyników na populację generalną. W przypadku badania dotyczącego 2016 r. wyniki uogólniano z losowej próby 4,4 tys. gospodarstw domowych (z 11,6 tys. osób) na pełną zbiorowość, tj. 13 336 tys. gospodarstw domowych w Polsce (z 37 605 tys. osób). Uogólnienie wyników umożliwia obliczenie średnich wydatków na ochronę zdrowia przypadających na osobę w gospodarstwie domowym i ogólnej sumy prywatnych bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych w Polsce na ochronę zdrowia. W uogólnieniu uwzględnia się także gospodarstwa i osoby, które nie korzystały z usług i produktów opieki zdrowotnej i nie ponosiły żadnych prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w badanym okresie, co istotnie wpływa na prezentowane wyniki, gdyż – jak wynika z badania – blisko dwie piąte polskich gospodarstw domowych nie ponosiło w 2016 r. „bezpośrednio z kieszeni” wydatków na ochronę zdrowia innych niż wydatki na leki. Według wyników badania – gospodarstw, które w 2016 r. poniosły wydatki na wizyty u lekarzy było 61,1%, wydatki na wizyty u lekarzy dentyistów – 52,1%, na badania medyczne – 42,7%, na zakupy sprzętu medycznego – 25,1%, na pobyty w szpitalach – 14,4%, a na zabiegi rehabilitacyjne – 1,1%. Wydatki na zakup leków poniosło natomiast aż 98,6% gospodarstw.

Podstawowym przedmiotem prezentowanej tu analizy są uogólnione wyniki badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.”, tj. średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w całej populacji ludności gospodarstw domowych w Polsce, ich struktura i zmiany w porównaniu z wynikami poprzedniego badania (dotyczącego 2013 r.). Ponadto – w celu zobrazowania obciążeń w gospodarstwach, które faktycznie korzystały w badanym okresie z opieki zdrowotnej i ponosiły wydatki na ten cel – w niektórych przypadkach analizie poddano także średnie wydatki na osobę w gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba korzystała w 2016 r. z usług opieki zdrowotnej danej kategorii i gospodarstwo ponosiło z tego tytułu wydatki oraz wydatki przypadające na osobę korzystającą z określonych usług i ponoszącą na ten cel wydatki.

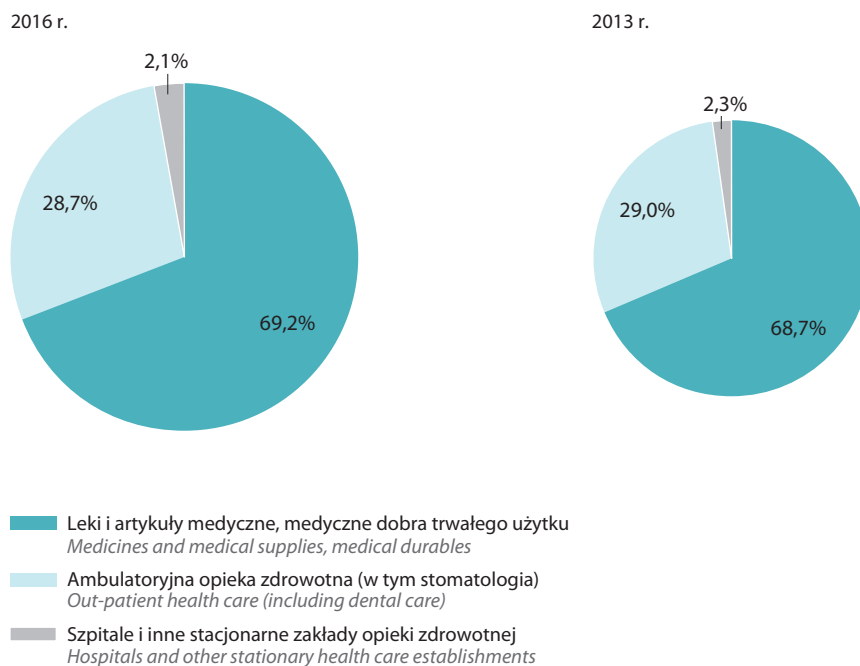
Poza analizą poziomu i struktury wydatków gospodarstw domowych 'out-of-pocket' na ochronę zdrowia, scharakteryzowano też wyrażone w badaniu opinie gospodarstw, co do wysokości tych wydatków – w podziale na ich różne kategorie. Ta samoocena wydaje się być nie mniej ważnym niż poziom i struktura przedmiotowych wydatków elementem ich charakterystyki, gdyż dla „statystycznego” gospodarstwa domowego znaczenie ma nie tyle uogólniony średni poziom danego rodzaju wydatków w całej populacji, lecz to, czy w swoim subiektywnym odczuciu wydaje na daną kategorię produktów lub usług medycznych „dużo”, „średnio”, czy „mało”.

Poziom i struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem *The level and structure of household expenditure on total health care*

Przystępując do analizy prywatnych bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2016 r. warto zwrócić uwagę na fakt, że – jak wynika z badania – 96,0% członków gospodarstw domowych posiada uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a 6,5% ma uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ – ubezpieczenia, abonamenty). Równocześnie 34,1% członków gospodarstw domowych choruje przewlekle, a 6,8% ma długotrwałe problemy zdrowotne. Pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską znajduje się natomiast 36,0% członków gospodarstw domowych.

W całej populacji ludności gospodarstw domowych w Polsce średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę wyniosły w 2016 roku 60,93 zł¹. W porównaniu z wydatkami w 2013 r. były one o 4,7% większe. Wśród wielu czynników różnicujących wysokość tych wydatków, warto zwrócić uwagę na miejsca zamieszkania – w mieście lub na wsi. Przeciętny członek gospodarstwa domowego mieszkającego w mieście wydał w 2016 r. na ochronę zdrowia 68,87 zł, czyli o 40,6% więcej niż w przypadku członka gospodarstwa mieszkającego na wsi (48,98 zł). Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba korzystała z usług opieki zdrowotnej w 2016 r. i które ponosiły na ten cel wydatki wyniosły natomiast 582,56 zł² i zmalały w porównaniu z 2013 r. – o 16,6%. Dla tych wydatków odnotowano jeszcze bardziej istotną różnicę między ich średnim poziomem w gospodarstwach domowych zamieszkujących na wsi (432,23 zł) oraz w miastach (659,11 zł, tj. o 52,5% więcej).

Wykres 37. Struktura bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia
Chart 37. The structure of direct household expenditures on health care



- 1 Łącznie z wydatkami na dobra medyczne trwałego użytku. Łącznie z wydatkami na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego (0,67 zł miesięcznie na osobę, tj. 1,1% całości wydatków), które w dalszej części analizy pominięto, z uwagi na trudność zakwalifikowania w strukturze wydatków.
- 2 Bez wydatków na dobra medyczne trwałego użytku i wydatków na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego.

W strukturze wydatków „bezpośrednio z kieszeni” na ochronę zdrowia całej populacji ludności gospodarstw domowych, podobnie jak w latach poprzednich, zdecydowanie dominują wydatki na leki, artykuły medyczne i medyczne dobra trwałego użytku. Udział tej grupy wydatków w ogóle opisywanych wydatków gospodarstw domowych nieco zwiększył się w porównaniu z 2013 r. (o 0,5 p.proc., do 69,2%). Nieznacznie zmalał natomiast udział wydatków gospodarstw 'out-of-pocket' na stacjonarną opiekę zdrowotną (o 0,2 p.proc., do 2,1%) oraz wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną (o 0,3 p.proc., do 28,7%). Niezależnie od tych niewielkich różnic, należy uznać wynikającą z bieżącego badania strukturę bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia za zbliżoną do tej, którą obserwowano w badaniu dotyczącym 2013 r. i we wcześniejszych jego edycjach.

Wydatki na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku *Expenditure on medicines and other medical supplies and medical durables*

W 2016 roku³ przeciętne miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne (np. okulary korekcyjne, soczewki kontaktowe, protezy itp.) w całej populacji ludności gospodarstw domowych w Polsce wyniosły 38,09 zł na osobę i stanowiły 63,2%, a łącznie z wydatkami na medyczne dobra trwałego użytku – 69,2% średnich miesięcznych bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem⁴. Niewiele wyższe były średnie miesięczne wydatki na osobę na leki i inne artykuły medyczne w gospodarstwach je kupujących (wyniosły 38,60 zł), ponieważ artykuły te kupują niemal wszystkie gospodarstwa domowe.

Istotnym czynnikiem różnicującym wysokość wydatków na leki i inne artykuły medyczne jest stan zdrowia osób wchodzących w skład gospodarstwa. Podobnie jak w poprzedniej edycji badania, znacznie wyższy poziom opisywanych wydatków przypadających średnio miesięcznie na osobę odnotowano w 2016 r. w gospodarstwach z osobami mającymi poważne problemy zdrowotne (51,09 zł, tj. o 34,1% więcej niż przeciętnie w populacji ludności gospodarstw domowych) oraz tych, w których są osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (50,38 zł, tj. o ok. jedną trzecią więcej niż przeciętnie), a także w gospodarstwach z osobami przewlekłe chorymi (46,72 zł, tj. o ponad jedną piątą więcej).

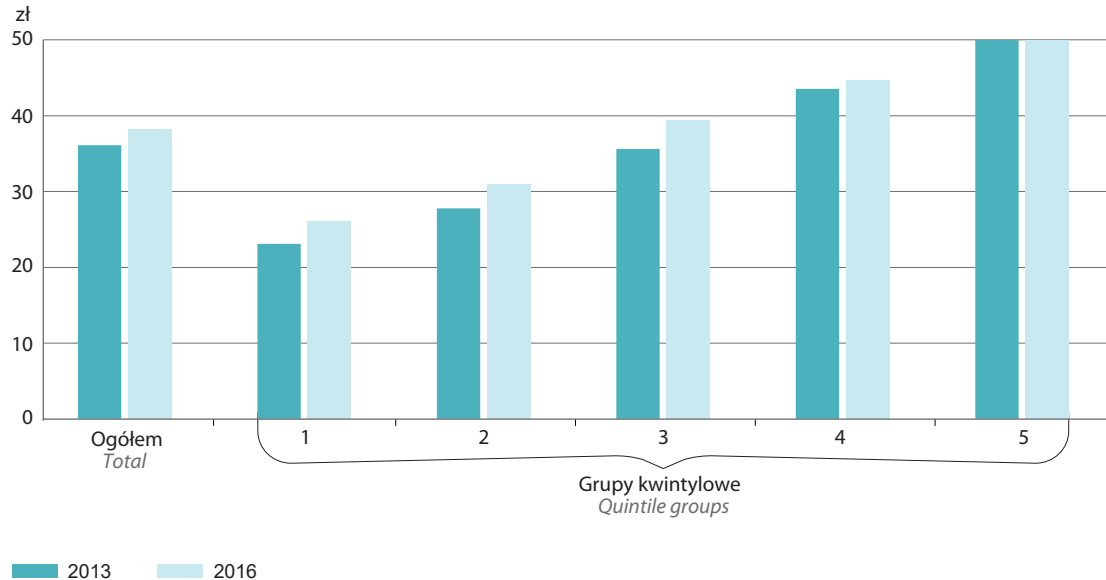
Wśród typów gospodarstw – wyższe niż przeciętne wydatki na osobę na leki i artykuły medyczne notowano m.in. w gospodarstwach emerytów (o 75,9% więcej niż przeciętnie) i rencistów (o 63,0% więcej). Biorąc pod uwagę liczbę osób w gospodarstwie – najwyższe miesięczne wydatki na osobę ponosiły gospodarstwa jednoosobowe (ponad dwukrotnie więcej niż przeciętnie) oraz dwuosobowe (59,05 zł), najniższe – te liczące 6 osób lub więcej (22,37 zł). Należy przy tym zauważyć, iż gospodarstwa jedno- i dwuosobowe są często jednocześnie gospodarstwami emerytów lub rencistów. Poziom opisywanych wydatków wykazuje także różnicowanie w zależności od miejsca zamieszkania gospodarstw, będąc o 28,5% wyższym w miastach (41,80 zł) niż na wsi (32,51 zł).

³ Tzn. w IV kwartale 2016 r.

⁴ Łącznie z wydatkami na dobra medyczne trwałego użytku; bez wydatków na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego. Średnia kwota miesięcznych wydatków na wyroby farmaceutyczne wynikająca z badania budżetów gospodarstw domowych w 2016 r. to 34,98 zł na osobę.

Wykres 38. Średnie miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i w grupach kwintylowych

Chart 38. Average monthly expenditure on medicines and other medical supplies per capita in total households and in quintile groups



W badaniu dotyczącym IV kwartału 2016 r., podobnie jak w poprzednich jego edycjach, obserwuje się prawidłowość wzrostu przeciętnych wydatków na leki i artykuły medyczne wraz ze wzrostem przeciętnych dochodów gospodarstw domowych. W grupie 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach na osobę (5 grupa kwintylowa) średni poziom tych wydatków na osobę (49,47 zł) był w 2016 r. o 90,1% wyższy niż w 20% gospodarstw o najniższych dochodach na osobę (1 grupa kwintylowa). Jest to rozstęp nieco mniejszy niż notowany dla roku 2013 (gdy analizowane wydatki w grupie 20% gospodarstw o dochodach na głowę najwyższych przewyższały te w gospodarstwach o dochodach najniższych o 119,6%).

Przeciętne miesięczne wydatki na osobę w populacji ludności gospodarstw domowych na dobra medyczne trwałego użytku w 2016 r. wyniosły 3,62 zł. Wydatki te, podobnie jak w poprzedniej edycji badania, wykazały wyraźne zróżnicowanie w zależności od dochodów. W grupie 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach na osobę ich poziom (7,86 zł) był prawie sześciokrotnie wyższy niż w 20% gospodarstw o najniższych dochodach na osobę (1,41 zł). Omawiane wydatki są też zróżnicowane w zależności od klasy miejscowości zamieszkania gospodarstwa domowego – w miastach ich poziom (4,26 zł) był o 61,4% wyższy niż na wsi, w tym w miastach największych (o liczbie 500 tys. i więcej ludności) – niemal dwukrotnie wyższy.

Zaobserwowano także, że wydatki na osobę na dobra medyczne trwałego użytku dość wyraźnie maleją wraz ze wzrostem liczebności gospodarstwa, przyjmując poziom najwyższy w gospodarstwach jedno- i dwuosobowych. Czynnikiem istotnie wpływającym na wysokość opisywanych wydatków jest również stan zdrowia członków gospodarstwa domowego; o kilkanaście procent wyższe niż przeciętne wydatki na osobę na charakteryzowane dobra odnotowano w 2016 r. w gospodarstwach z osobami chorymi przewlekle oraz w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne.

Ocena wydatków na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku

Evaluation of expenditure on medicines and other medical supplies and medical durables

Oceniając wysokość wydatków na zakup leków w 2016 r. – większość badanych gospodarstw domowych określiła je jako średnie (37,1%) lub duże (27,1%). W tym przypadku nie zaobserwowano istotnych różnic w ocenach pomiędzy miastem a wsią; średni poziom był najczęściej wskazywaną odpowiedzią zarówno w gospodarstwach jedno- lub dwuosobowych, jak i w bardziej licznych; przewagę oceny średniej notowano niezależnie od poziomu dochodów gospodarstwa (tj. grupy kwintylowej, do której je zaliczono). Nieco inaczej kształtowała się natomiast ta samoocena wydatków na leki w przypadku gospodarstw domowych emerytów i rencistów, w przypadku których najczęściej oceniano wysokość wydatków na leki jako dużą (odpowiednio 37,0% oraz 36,7%). Taka ocena przeważała także w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne, gdzie prawie dwie trzecie gospodarstw określiło swoje wydatki na leki jako duże lub bardzo duże.

Tabela 6. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na zakup leków w 2016 r.
Table 6. Households by evaluation of expenditure on medicines in 2016

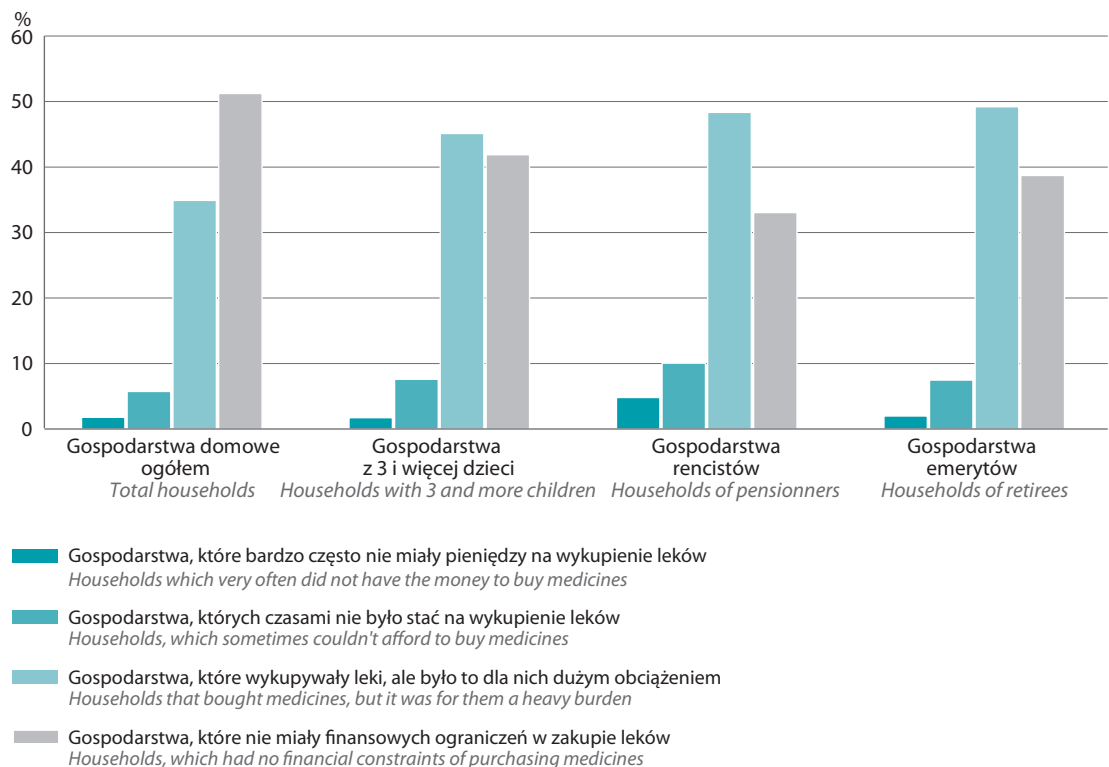
Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Wysokość wydatków na zakup leków (samoocena) w 2016 r. <i>The level of expenditure on medicines (self-assessment) in 2016</i>					
	bardzo duża <i>very big</i>	duża <i>big</i>	średnia <i>medium</i>	mała <i>small</i>	bardzo mała <i>very small</i>	nie dotyczy <i>not applicable</i>
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych <i>in % of surveyed households</i>					
Gospodarstwa domowe ogółem <i>Total households</i>	14,8	27,1	37,1	15,1	4,4	1,4
Miasta <i>Urban areas</i>	14,2	26,7	37,2	15,4	5,0	1,5
Wieś <i>Rural areas</i>	16,1	28,0	37,0	14,5	3,3	1,2
Gospodarstwa, w których wystąpiły: <i>Households, where have occurred:</i>						
osoby chore przewlekłe <i>persons with chronic diseases</i>	22,0	33,9	34,0	8,5	1,5	0,2
poważne problemy zdrowotne <i>persons with serious health problems</i>	28,9	33,9	28,3	8,0	0,8	–
Gospodarstwa domowe emerytów <i>Retirees' households</i>	23,1	37,0	29,4	8,2	1,9	0,4
Gospodarstwa domowe rencistów <i>Pensioners' households</i>	27,0	36,7	22,9	9,0	3,9	0,4

Spośród gospodarstw domowych kupujących leki, 93,0% nabywało w 2016 r. leki przepisane na receptę (w 2013 r. było to 90,9%), jednocześnie 91,0% nabyło leki z własnej inicjatywy (wobec 89,1% w 2013 r.), a 51,5% – leki zalecane, lecz nieprzepisane na receptę (w 2013 r. – 47,4%). Przewyższający 99% odsetek kupujących leki na receptę w ogóle kupujących leki notowano w 2016 r. m.in. w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne i gospodarstwach z osobami o znacznym, umiarkowanym lub lekkim stopniu niepełnosprawności, bardzo wysoki był ten odsetek także w gospodarstwach z osobami chorymi przewlekłe (98,3%). Podobnie jak we wcześniejszych edycjach badania, zaobserwowano także, że w gospodarstwach emerytów i rencistów częściej niż w ogóle gospodarstw kupujących leki nabywano leki przepisane na receptę (odpowiednio 96,9% i 94,7%), a jednocześnie nieco rzadziej – leki z własnej inicjatywy (odpowiednio 85,3% i 86,6%).

Ponad połowa gospodarstw kupujących w 2016 r. leki na receptę lub zalecane przez lekarza nie miała w tym zakresie ograniczeń finansowych. Z kolei w przypadku 7,5% gospodarstw kupujących takie leki zdarzało się, że nie wystarczało pieniędzy na ich wykupienie (w tym w 1,8% – bardzo często), natomiast 34,9% – wykupywało leki, ale było to dla nich dużym obciążeniem finansowym. To, na ile zakupy leków na recepty lub zalecanych przez lekarzy są uznawane przez dane gospodarstwo za obciążenie finansowe jest przede wszystkim warunkowane jego dochodami, potwierdza to obserwowane w 2016 r. zróżnicowanie ocen w przekroju opartych o dochód na osobę grup kwintylowych gospodarstw. O ile w 1 grupie kwintylowej (20% gospodarstw o najniższym dochodzie na głowę) tylko 32,6% gospodarstw kupujących leki na recepty lub zalecane uznało, że nie miało w tym zakresie ograniczeń finansowych, to w 2 grupie kwintylowej było ich 40,9%, w 3 – 43,8%, w 4 – 52,7%, a w 5 (20% gospodarstw o najwyższym dochodzie na osobę) – już 71,6%. Do poza-dochodowych czynników zwiększających odsetek gospodarstw, dla których przedmiotowe zakupy stanowiły problem finansowy należą m.in. występowanie w gospodarstwie poważnych problemów zdrowotnych i osób chorych przewlekłe oraz niepełnosprawność.

Wykres 39. Gospodarstwa domowe według finansowych możliwości zakupu leków przepisanych na recepty lub zaleconych przez lekarza w 2016 r.

Chart 39. Households by the financial possibilities of buying prescribed medicines or recommended by a doctor in 2016



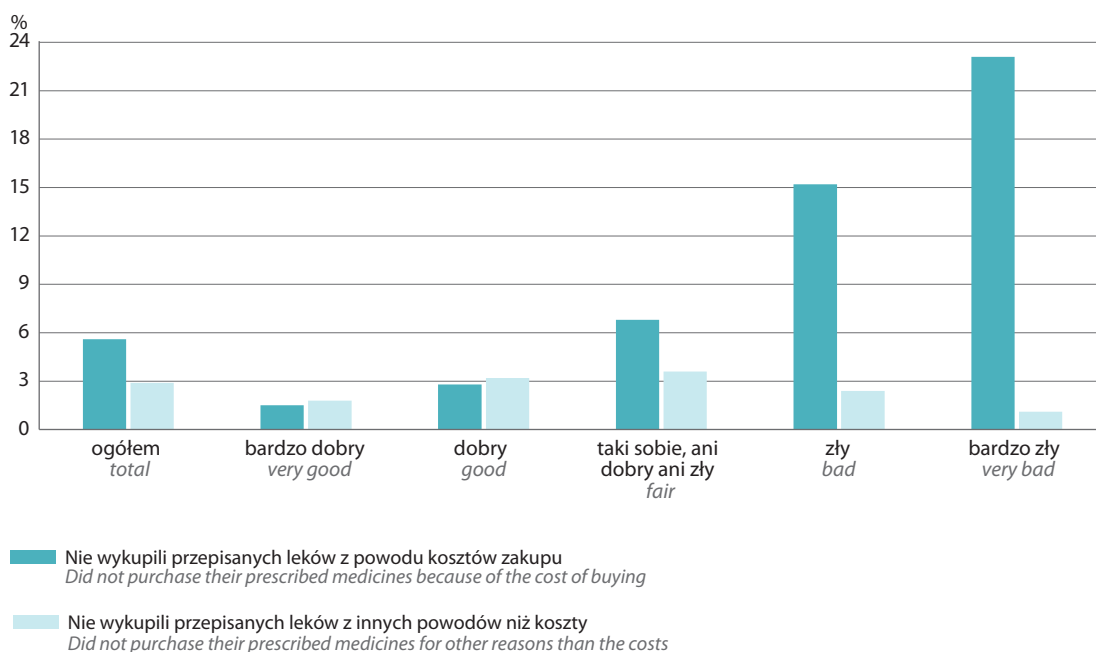
Spośród osób, które zadeklarowały w badaniu, że w 2016 r. lekarz przepisywał im leki, zdecydowana większość (91,5%) stwierdziła, że za każdym razem leki te wykupywała. Jednocześnie istniała grupa pacjentów, którzy rezygnowali z zakupu przepisanych leków z powodu kosztów ich zakupu (5,6%) lub z innego powodu niż koszty (2,9%). Niewykupywanie przepisanych przez lekarza leków z powodu kosztów częściej deklarowali członkowie gospodarstw domowych o niższym przeciętnym dochodzie (w gospodarstwach o dochodzie na osobę nie wyższym niż 800 zł miesięcznie było to 10,8%), a biorąc pod uwagę źródło utrzymania – m.in. osoby utrzymujące się głównie z emerytury lub renty (8,6%).

Czynnikami istotnie różnicującymi odsetek niewykupujących przepisanych leków z powodu kosztów okazały się także wiek i płeć – wyższy niż przeciętnie był ten odsetek wśród osób w wieku 45–59 lat (8,1%) oraz 60 i więcej lat (8,0%), a także wśród kobiet (6,5%).

Odsetek niewykupujących w 2016 r. przepisanych przez lekarza leków z powodu kosztów ich zakupu wykazał silną ujemną korelację z samooceną zdrowia respondentów – osoby gorzej oceniające swój stan zdrowia częściej rezygnowały z zakupu przepisanych leków z powodu kosztów. Wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry opisywany odsetek wynosił zaledwie 1,5%, podczas gdy wśród oceniających swój stan zdrowia jako bardzo zły – aż 23,1%. Istotne zróżnicowanie analizowanego odsetka zaobserwowano nie tylko w zależności od subiektywnej samooceny stanu zdrowia, ale także w przekroju cech obiektywnie określających sytuację zdrowotną. Znacznie większy był udział niewykupujących przepisanych leków z powodu kosztów m.in. wśród osób z poważnymi (19,6%) lub umiarkowanymi (14,6%) ograniczeniami możliwości wykonywania podstawowych czynności, osób z poważnymi problemami zdrowotnymi (12,9%) oraz osób niepełnosprawnych.

Wykres 40. Odsetek osób rezygnujących z zakupu leków przepisanych przez lekarza według przyczyny niewykupowania leków i samooceny stanu zdrowia w 2016 r.

Chart 40. The percentage of people resigning from the purchase of medicines prescribed by a doctor by the reason for not buying medicines and self-assessment of health in 2016.



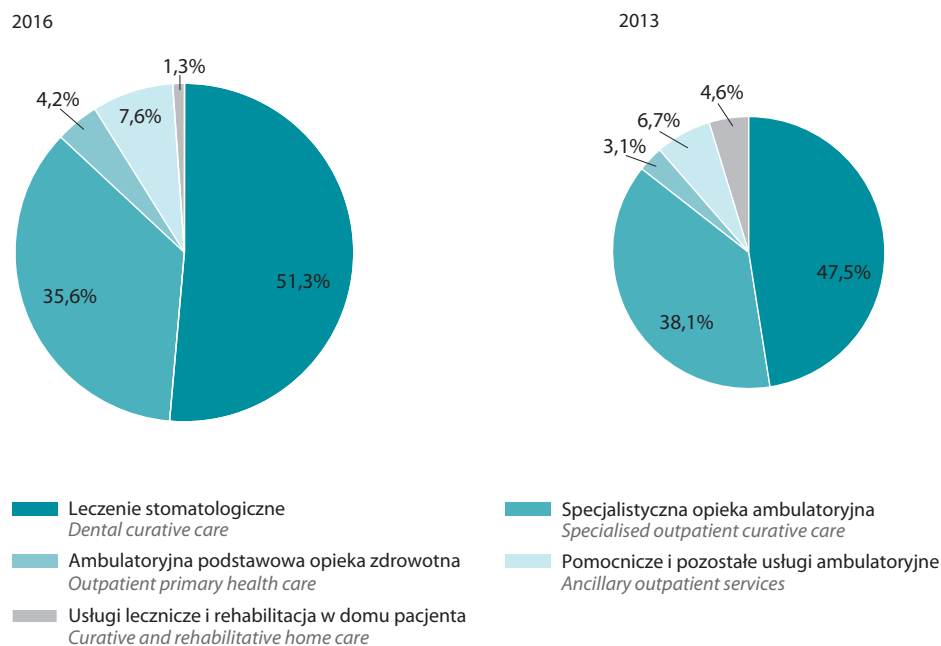
Badane gospodarstwa domowe proszono także o ocenę poziomu wydatków poniesionych na zakup sprzętu medycznego. Znaczny był odsetek gospodarstw twierdzących, że nie poniosły w 2016 r. wydatków na ten cel (74,9%). Z pozostałych – 10,2% gospodarstw oświadczyło, że ich wydatki na zakup sprzętu medycznego były małe lub bardzo małe, a 6,3%, że poniosło wydatki duże lub bardzo duże. Oceny poziomu wydatków w tej kategorii były dość zróżnicowane w zależności od typu i grupy dochodowej gospodarstwa, natomiast w mniejszym stopniu różniły się w przekroju miasto-wieś. Do gospodarstw charakteryzujących się znacząco wyższym niż przeciętnie odsetkiem deklarujących poniesienie dużych lub bardzo dużych wydatków na zakup sprzętu medycznego należały m.in. gospodarstwa z osobami o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (8,9%) lub z orzeczeniem o niepełnosprawności (8,2%) oraz gospodarstwa z osobami chorymi przewlekle (8,0%).

Wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną Expenditure on outpatient health care

Wyliczone na podstawie badania dotyczącego IV kwartału 2016 r. i uogólnione na całą populację ludności gospodarstw domowych w Polsce średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 2016 r. wyniosły 17,28 zł na osobę⁵. Oznacza to, że wydatki te były o 3,8% wyższe niż w roku 2013 (16,65 zł). Ich poziom w przypadku członków gospodarstw mieszkających w miastach (20,36 zł) był o 61,1% wyższy niż na wsi (12,64 zł) oraz wykazywał zróżnicowanie w zależności od wielu innych czynników – zwłaszcza od zamożności gospodarstw domowych, ale także m.in. od ich typu oraz stanu zdrowia ich członków.

Wielokrotnie wyższe niż wydatki uogólnione na całą populację (niezależnie od tego czy dane gospodarstwo korzystało z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i płaciło za nią, czy nie) są wydatki na charakteryzowaną opiekę w gospodarstwach domowych, w których faktycznie poniesiono na ten cel wydatki 'out-of-pocket'. Według danych dla 2016 r. – w gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba korzystała z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, ponosząc na nie bezpośrednie wydatki, miesięczne wydatki na osobę na ten cel wyniosły średnio 539,08 zł i były o 17,9% niższe niż w 2013 r. (656,51 zł).

Wykres 41. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną
Chart 41. Structure of household expenditure for outpatient health care



Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną według rodzajów usług w IV kwartale 2016 r. pozostała zbliżona do obserwowanej w roku 2013. Grupą dominującą (wyraźniej niż w 2013 r.) pod względem udziału w łącznych wydatkach gospodarstw na charakteryzowaną opiekę pozostają usługi stomatologiczne (leczenie: zachowawcze, protetyczne, ortodontyczne), a drugą pod względem udziału – specjalistyczna opieka ambulatoryjna.

⁵ Wydatki (tu i w dalszej części analizy) – z uwzględnieniem zarówno opłat za usługi medyczne (porady, zabiegi, badania itp.) jak i innych wydatków (w tym na kwiaty, prezenty itp.). Wynikająca z badania budżetów gospodarstw domowych w 2016 r. średnia kwota miesięcznych wydatków na usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem to 19,45 zł na osobę.

Wydatki na usługi stomatologiczne

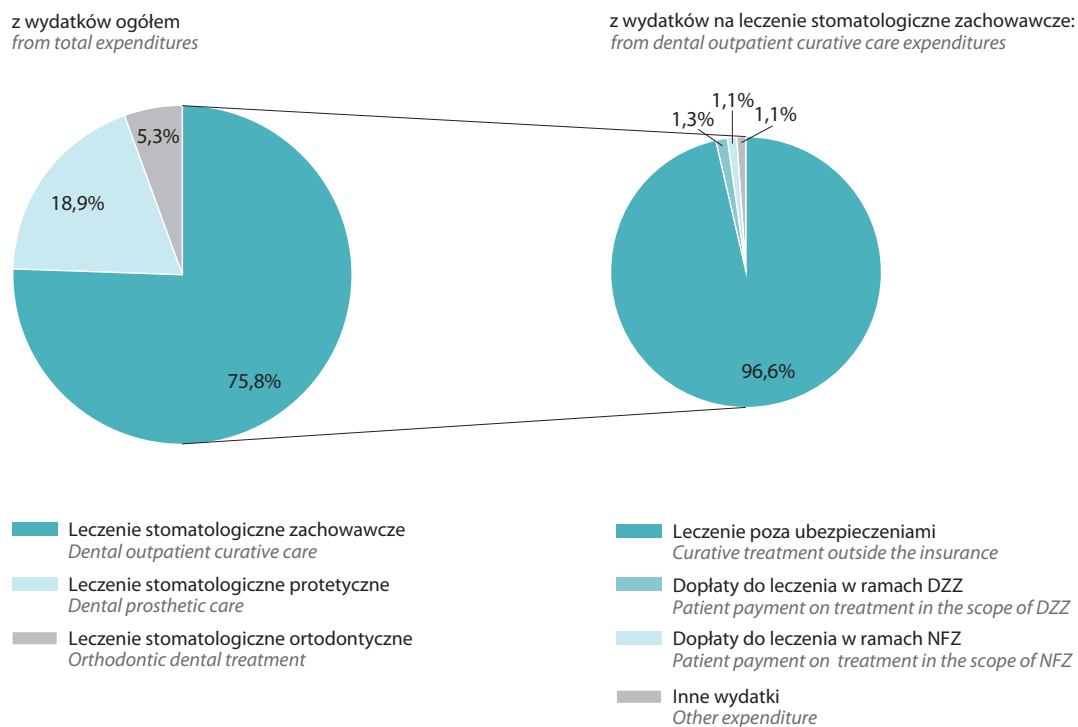
Expenditure on dental curative care

W IV kwartale 2016 r. średnie miesięczne wydatki gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w całej populacji gospodarstw domowych (tj. niezależnie od tego, czy ich członkowie takie wydatki ponosili) wyniosły 8,86 zł na osobę i stanowiły 51,3% łącznych miesięcznych wydatków gospodarstw na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Ich poziom był o 11,9% wyższy od notowanego w 2013 r. (7,92 zł), a ich udział w ogóle wydatków gospodarstw na opiekę ambulatoryjną był o 3,8 p.proc. większy niż trzy lata wcześniej. Warto zauważyć, że poziom omawianych wydatków był w 2016 r. w gospodarstwach mieszkających w miastach (11,02 zł na osobę) prawie dwukrotnie wyższy niż na wsi (5,61 zł). Przede wszystkim zaś należy mieć na uwadze fakt, że leczenie stomatologiczne, jako realizowane w zasadzie poza ubezpieczeniami, jest stosunkowo kosztowne i możliwości korzystania z niego zależą w znacznym stopniu od poziomu dochodów gospodarstw.

W strukturze bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2016 r., podobnie jak w roku 2013 i latach wcześniejszych, przeważały (stanowiąc ponad trzy czwarte ogółu) wydatki na leczenie zachowawcze. Przeciętne miesięczne bezpośrednie wydatki na leczenie stomatologiczne zachowawcze w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wyniosły w całej populacji gospodarstw domowych 6,72 zł na osobę. Były to przy tym prawie w całości wydatki na leczenie realizowane poza ubezpieczeniami.

Wykres 42. Struktura wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2016 r.

Chart 42. Structure of household expenditure for dental treatment in outpatient health care in 2016

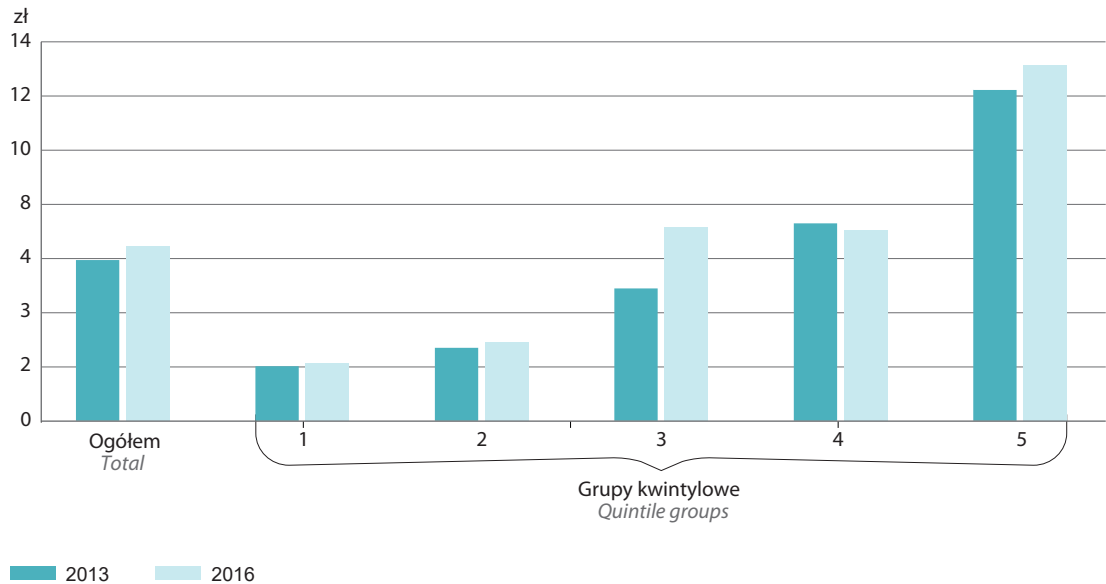


Gospodarstwa wykazują silne zróżnicowanie pod względem wydatków na leczenie stomatologiczne zachowawcze w zależności od dochodów na głowę w gospodarstwie. W 2016 roku przeciętne wydatki na ten cel w grupie 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach na głowę (5 grupa kwintylowa) wyniosły 13,59 zł na osobę i były ponad sześciokrotnie wyższe niż w najniższej grupie dochodowej gospodarstw (1 grupa kwintylowa). Podobny rozstęp notowano także w 2013 r. i wcześniej.

Opisywane wydatki są (co również zaobserwowano zarówno w ostatniej, jak i wcześniejszych edycjach badania) istotnie zróżnicowane także w przekroju „miasto-wieś”. W pewnej mierze wiąże się to ze wspomnianym zróżnicowaniem warunkowanym dochodami gospodarstw (większy odsetek gospodarstw o niższych dochodach na wsi), a dodatkowo ma związek z różnicami w dostępności usług stomatologicznych między miastem a wsią. W 2016 r. w gospodarstwach mieszkających w miastach miesięczne bezpośrednie wydatki na leczenie stomatologiczne zachowawcze wyniosły 8,21 zł na osobę i były blisko dwukrotnie wyższe niż w gospodarstwach mieszkających na wsi (4,47 zł).

Wykres 43. Średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjne leczenie stomatologiczne zachowawcze na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych

Chart 43. Average monthly expenditure on outpatient restorative dental treatment per capita by quintile group



W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba korzystała w IV kwartale 2016 r. z leczenia stomatologicznego, płacąc za nie – miesięczne wydatki na ten cel wyniosły na osobę średnio 268,98 zł. Także w tym ujęciu zaobserwowano silne zróżnicowanie przeciętnych wydatków w zależności od grupy dochodowej gospodarstw i miejsca ich zamieszkania. Dla gospodarstw mieszkających w miastach wydatki te wyniosły 370,70 zł na osobę, podczas gdy na wsi – prawie trzykrotnie mniej (132,94 zł).

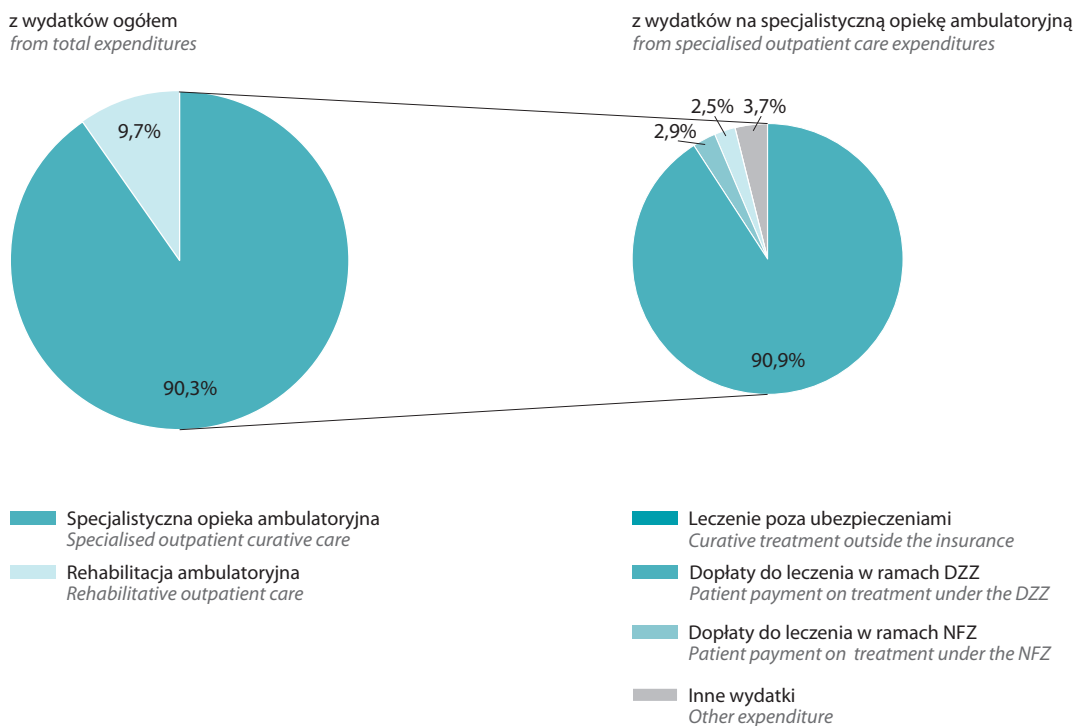
Wydatki na usługi specjalistycznej opieki zdrowotnej (z wyłączeniem stomatologii) Expenditure on specialised outpatient health care (excluding dental)

Jak wskazują uogólnione wyniki badania dotyczącego IV kwartału 2016 r., bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (z wyłączeniem stomatologii; łącznie z rehabilitacją ambulatoryjną) wynosiły średnio miesięczne 6,16 zł na osobę i stanowiły 35,6% ogółu wydatków gospodarstw na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. W porównaniu z rokiem 2013 przypadająca na osobę kwota tych wydatków była o 3,0 % niższa, a ich udział w ogóle wydatków gospodarstw na ambulatoryjną opiekę zdrowotną – o 2,5 p.proc. mniejszy.

Analizowane wydatki wykazują spore zróżnicowanie, warunkowane przede wszystkim dochodami, ale także m.in. składem i typem gospodarstwa. Zróżnicowanie tych wydatków w przekroju „miasto-wieś” występuje, ale jest mniejsze niż w przypadku wydatków na leczenie stomatologiczne. W 2016 r. w miastach gospodarstwa wydały na charakteryzowaną opiekę średnio 6,74 zł na osobę miesięcznie, natomiast na wsi o ponad jedną piątą mniej (5,27 zł).

Wykres 44. Struktura wydatków gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (łącznie z rehabilitacją ambulatoryjną) w 2016 r.

Chart 44. Structure of household expenditure on specialised outpatient health care (including rehabilitative outpatient care) in 2016



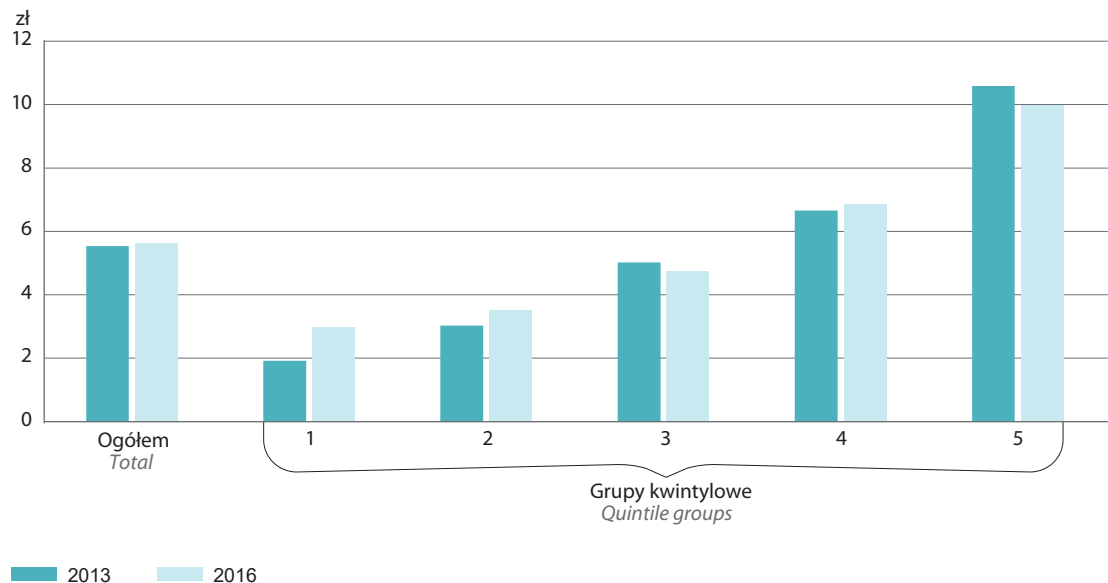
Udział wydatków na rehabilitację ambulatoryjną w strukturze bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną w 2016 r. nie przekraczał dziesięciu procent i był mniejszy niż w 2013 r. (13,7%), a zbliżony do notowanego w roku 2010. W strukturze przedmiotowych wydatków zdecydowanie przeważa leczenie specjalistyczne „sensu stricto”, na które średnio miesięcznie gospodarstwa w 2016 r. wydawały 5,56 zł na osobę.

W ponaddziewięćdziesięciu procentach poniesione w 2016 r. wydatki gospodarstw na leczenie specjalistyczne „sensu stricto” były bezpośrednimi wydatkami na leczenie realizowane poza ubezpieczeniami, jednak zauważalny jest tu także udział innych wydatków związanych z leczeniem (w tym na prezenty, kwiaty itp.) i współfinansowania leczenia opłaconego w ramach NFZ lub DZZ.

Wydatki na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną „sensu stricto” są silnie skorelowane z sytuacją dochodową gospodarstw domowych. Podobnie jak w roku 2013, najwyższe średnie miesięczne wydatki na osobę przeznaczone na charakteryzowaną opiekę zaobserwowano w 2016 r. w gospodarstwach o najwyższych dochodach na głowę (5 grupa kwintylowa). W tej grupie opisywane wydatki wyniosły 9,92 zł i były 3,5-krotnie wyższe niż w 20% gospodarstw o dochodach na osobę najniższych.

Wykres 45. Średnie miesięczne wydatki na leczenie w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej (bez usług rehabilitacyjnych) na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych

Chart 45. Average monthly expenditure on treatment in specialised outpatient health care (excluding rehabilitation services) per capita by quintile groups



W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba poniosła w IV kwartale 2016 r. wydatki na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną miesięczne wydatki na ten cel wyniosły średnio 82,36 zł na osobę. Tak liczone przeciętne wydatki również wykazywały istotne zróżnicowanie, zwłaszcza w przekroju grup dochodowych gospodarstw. Wydatki te różniły się także zależnie od miejsca zamieszkania, jednak – inaczej niż w przypadku większości pozostałych analizowanych kategorii – były one niższe dla gospodarstw mieszkających w miastach (78,07 zł) niż na wsi (89,02 zł na osobę).

Należy zauważyć, że poziom wydatków gospodarstw na opiekę ambulatoryjną specjalistyczną był w 2016 r. niemal dziewięćkrotnie wyższy niż poziom ich wydatków na ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną (POZ). Wynikać to może ze znacznie bardziej ograniczonej (w porównaniu z POZ) dostępności do opieki specjalistycznej w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (limity, długi czas oczekiwania itd.). Warto jednak dodać, że w 2013 r. poziom charakteryzowanych wydatków gospodarstw na opiekę specjalistyczną jeszcze bardziej różnił się od tego dotyczącego POZ (wówczas był on większy kilkunastokrotnie).

Wydatki na usługi podstawowej opieki zdrowotnej

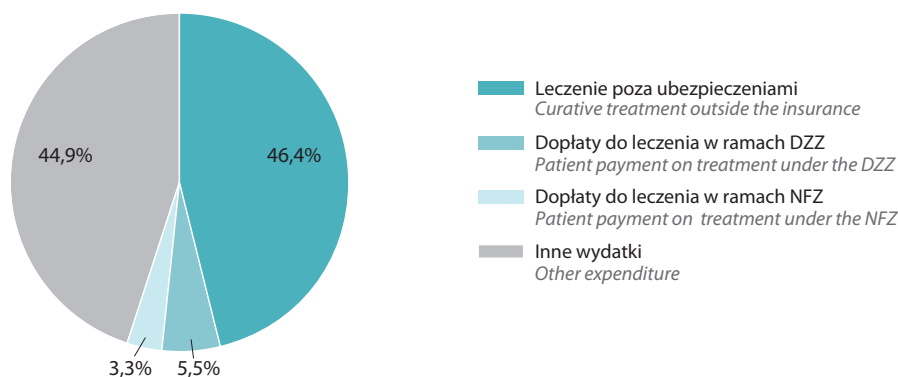
Expenditure on primary health care service

W Polsce standardem nie jest opłacanie usług podstawowej opieki zdrowotnej „bezpośrednio z kieszeni”; zdecydowana ich większość jest realizowana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i finansowana z NFZ. Finansowanie POZ 'out-of-pocket' ma raczej charakter wyjątku i dotyczy wydatków na leczenie realizowane poza ubezpieczeniami, w tym m.in. opłat za porady osób nieubezpieczonych, wydatków innych niż bezpośrednie opłaty za porady, a także dopłat do świadczeń realizowanych przez lekarzy pierwszego kontaktu i inny personel medyczny POZ w ramach kontraktu z NFZ lub w ramach DZZ.

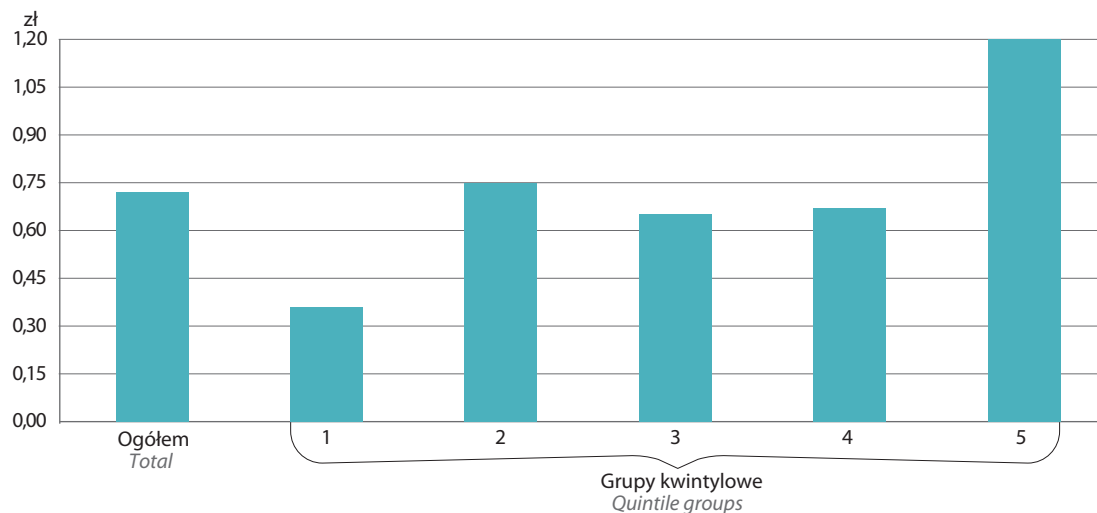
Wykres 46. Podstawowa opieka ambulatoryjna (POZ) – struktura wydatków gospodarstw domowych oraz średnie miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych w 2016 r.

Chart 46. Primary health care (POZ) - structure of household expenditure and average monthly expenditure per capita by quintile groups in 2016.

Struktura:
Structure



Zróznicowanie
Differentiation



W 2016 r. średnie miesięczne wydatki przypadające na „statystycznego” członka krajowej populacji gospodarstw domowych na ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną wyniosły 0,72 zł i były wyższe od notowanych w 2013 r. (0,51 zł). Wyższy niż w notowany w poprzedniej edycji badania był także udział wydatków na POZ w łącznych miesięcznych wydatkach gospodarstw na ambulatoryjną opiekę zdrowotną, który wyniósł 4,2% (wobec 3,1% w 2013 r.).

W strukturze analizowanych wydatków – niemal połowę ogólnej wartości stanowiły w 2016 r. wydatki na leczenie realizowane poza ubezpieczeniami (przy czym w porównaniu z 2013 r. udział ten obniżył się o ponad jedną piątą). Znaczący (i wyraźnie wyższy niż w 2013 r.) był też udział wydatków innych niż bezpośrednie opłaty za porady, natomiast dopłaty do leczenia finansowanego z NFZ lub DZZ stanowiły łącznie 8,8%.

Zróżnicowanie wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną POZ w przekroju typów, poziomu dochodów czy miejsca zamieszkania gospodarstw jest nieco mniejsze niż w przypadku innych analizowanych kategorii, jednak również znaczące. W gospodarstwach mieszkających w miastach wydatki te w 2016 r. wyniosły średnio 0,79 zł na osobę miesięcznie, natomiast na wsi 0,62 zł. Biorąc pod uwagę dochody – znaczna była rozpiętość opisywanych wydatków na osobę między gospodarstwami o najwyższych dochodach na członka – zaliczanymi do 5 grupy kwintylowej (1,20 zł), a tymi z grupy o dochodach na osobę najniższych – z 1 grupy kwintylowej (0,36 zł), natomiast dla pozostałych grup kwintylowych nie zaobserwowano w 2016 r. wzrostu poziomu przedmiotowych wydatków wraz ze wzrostem dochodu na osobę.

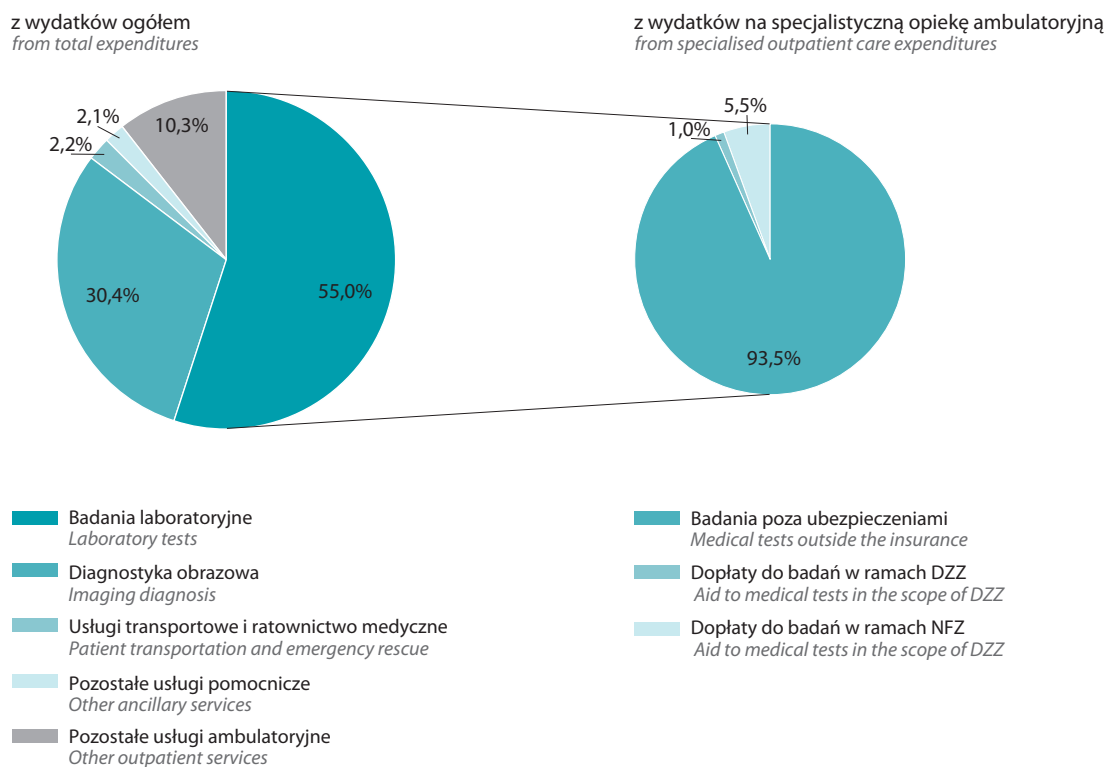
W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba poniosła w IV kwartale 2016 r. wydatki na ambulatoryjną POZ miesięczne wydatki na ten cel wyniosły średnio 33,91 zł na osobę. Również w tym ujęciu zróżnicowanie opisywanych wydatków nie było tak duże, jak w przypadku innych kategorii. Wydatki te w miastach (36,18 zł na osobę) były o 14,0% wyższe niż na wsi.

Wydatki na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej *Expenditures on ancillary and other outpatient services*

Kolejną analizowaną kategorię stanowią wydatki na pomocnicze usługi ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (tj. na badania laboratoryjne, diagnostykę obrazową, usługi transportowe i ratownictwo medyczne oraz pozostałe usługi pomocnicze) oraz pozostałe usługi ambulatoryjne. Uogólniony, na podstawie wyników badania dotyczącego IV kwartału 2016 r., średni miesięczny poziom tych wydatków na osobę wyniósł 1,31 zł i był o około dziesięć procent niższy niż notowany w 2013 r. (1,11 zł). W miastach charakteryzowane wydatki wyniosły średnio miesięcznie 1,59 zł na osobę, natomiast na wsi – 0,90 zł. W strukturze opisywanych wydatków w 2016 r. przeważały, stanowiąc ponad połowę ogólnej wartości, opłaty za badania laboratoryjne. Duży (ponad trzydziestoprocentowy) udział miała tu także diagnostyka obrazowa.

Wykres 47. Struktura wydatków gospodarstw domowych na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej w 2016 r.

Chart 47. Structure of household expenditures on ancillary and other outpatient services in 2016



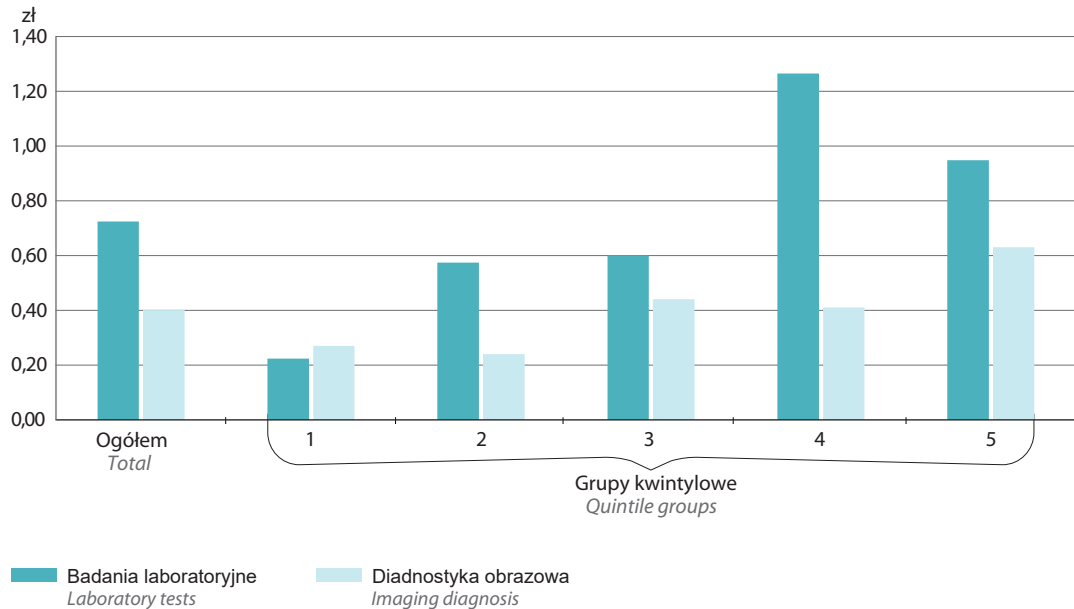
Z ogółu poniesionych przez gospodarstwa w IV kwartale 2016 r. wydatków na badania laboratoryjne ponad dziewięćdziesiąt procent przypadało na badania realizowane poza ubezpieczeniami, a 6,5% – na współfinansowanie badań opłaconych z NFZ lub DZZ. Zbliżoną strukturę miały poniesione w tym okresie przez gospodarstwa wydatki na diagnostykę obrazową.

Wydatki na badania laboratoryjne i diagnostykę obrazową charakteryzuje spore zróżnicowanie w zależności od dochodu na głowę w gospodarstwach. Przy ogólnym średnim poziomie tych wydatków w IV kwartale 2016 r. wynoszącym miesięcznie 1,12 zł na osobę⁶, ich wartość w 1 grupie kwintylowej (0,49 zł na osobę) była ponad trzykrotnie niższa niż w grupie 5.

6 Tj. łącznie wydatki na badania laboratoryjne i diagnostykę obrazową.

Wykres 48. Średnie miesięczne wydatki na badania laboratoryjne oraz diagnostykę obrazową na osobę w gospodarstwach domowych według grup kwintylowych w 2016 r.

Chart 48. Average monthly expenditure on laboratory tests and imaging diagnosis per person in households by quintile groups in 2016



W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba poniosła w IV kwartale 2016 r. wydatki na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej miesięczne wydatki na osobę na ten cel wyniosły 46,41 zł. Dla gospodarstw mieszkających w miastach było to 50,92 zł, a na wsi – 41,44 zł.

Wydatki na leczenie i rehabilitację w domu pacjenta
Expenditure on curative and rehabilitative care in the patient's home

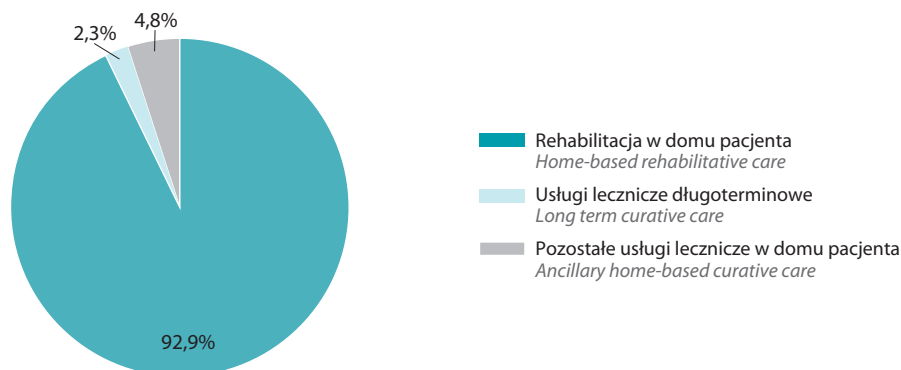
Wśród wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną specyficzną grupę tworzą wydatki na usługi lecznicze i rehabilitację w domu pacjenta. Wydatki te dotyczą ograniczonego kręgu osób – tj. głównie pacjentów, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogą korzystać z określonych usług poza domem, a ich przeciętny poziom w populacji wszystkich gospodarstw domowych jest niewielki. Należy zwrócić uwagę, że w badaniu dotyczącym IV kwartału 2016 r. grupa gospodarstw, które zadeklarowały poniesienie wydatków z tej kategorii była stosunkowo mała, a zatem opisane niżej tendencje dotyczące przedmiotowych wydatków należy traktować ostrożnie – raczej jako przypuszczenia, niż twierdzenia.

Według uogólnionych wyników badania średni miesięczny poziom wydatków na usługi lecznicze i rehabilitację w domu pacjenta w całej zbiorowości gospodarstw domowych w 2016 r. wyniósł 0,22 zł na osobę i był ponad trzykrotnie niższy niż w 2013 r. (0,70 zł). Jednocześnie w gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba poniosła wydatki na przedmiotowe usługi średnie miesięczne wydatki na ten cel wyniosły 107,42 zł na osobę i były ponad dwukrotnie niższe niż notowane w 2013 r.

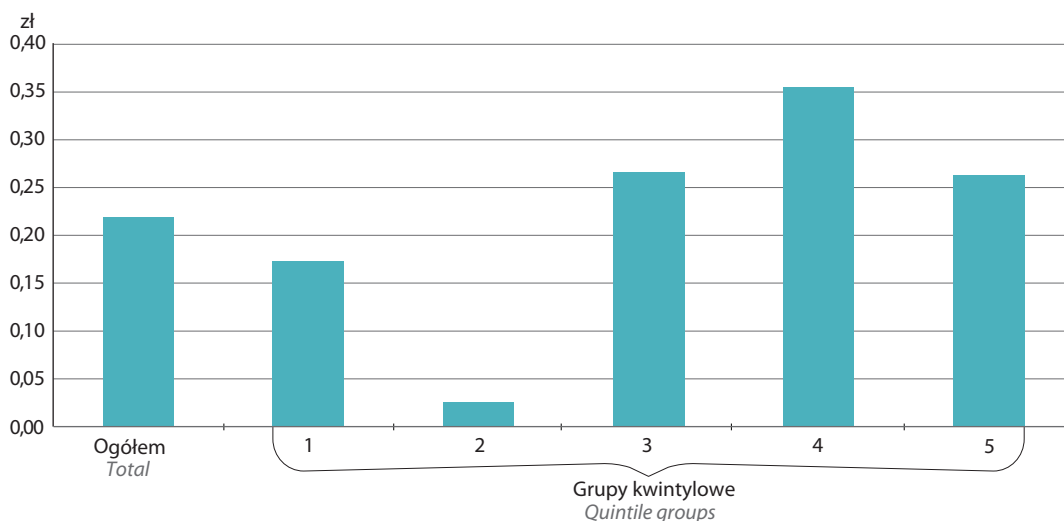
Wykres 49. Usługi lecznicze i rehabilitacja w domu pacjenta – struktura wydatków gospodarstw domowych oraz średnie miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych w 2016 r.

Chart 49. Curative and rehabilitative care in the patient's home - the structure of household expenditure and average monthly expenditure per capita by quintile groups in 2016.

Struktura:
Structure



Zróznicowanie
Differentiation



W 2016 r. nie zaobserwowano w przypadku leczenia i rehabilitacji w domu pacjenta wyraźnej korelacji między przeciętnym poziomem wydatków a dochodem na osobę w gospodarstwach domowych. Jednocześnie ich poziom był zbliżony w miastach i na wsi. Charakteryzowane wydatki na osobę w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne były wyższe niż w gospodarstwach ogółem ponad trzykrotnie, a w gospodarstwach emerytów i gospodarstwach z osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności – ponad dwukrotnie. W łącznej wartości wydatków z tej kategorii ponad dziewięćdziesięcioprocentowy udział miały usługi rehabilitacyjne w domu pacjenta.

Ocena wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną Evaluation of expenditure on outpatient health care

W zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej badane gospodarstwa domowe były pytane m.in. o ocenę poziomu swoich wydatków na wizyty u lekarzy (bez rozróżnienia na lekarzy POZ i specjalistów, wyłączając dentystów). Nieponoszenie w 2016 r. wydatków na takie wizyty zadeklarowało 38,9% ankietowanych gospodarstw, 23,2% oceniło ich wysokość jako średnią, 22,8% – jako małą lub bardzo małą, a 15,1% – jako dużą lub bardzo dużą. Oceny były przy tym dość zróżnicowane dla różnych typów i grup dochodowych gospodarstw, natomiast w mniejszym stopniu różniły się w przekroju „miasto-wieś”.

Dość wysoki był odsetek oceniających poziom wydatków na wizyty u lekarzy jako duży lub bardzo duży wśród gospodarstw, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne oraz gospodarstw z trojgiem lub więcej dzieci w wieku do 14 lat (w obu tych grupach ponad jedna czwarta gospodarstw oceniała przedmiotowe wydatki jako duże lub bardzo duże).

Tabela 7. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u lekarzy w 2016 r.
Table 7. Households by evaluation on expenditure on doctor's consultations in 2016

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Wysokość wydatków na wizyty u lekarzy (bez dentystów; samoocena) w 2016 r. <i>The level of expenditure on doctor's consultations (except dentists, self-assessment) in 2016</i>					
	bardzo duża <i>very big</i>	duża <i>big</i>	średnia <i>medium</i>	mała <i>small</i>	bardzo mała <i>very small</i>	nie dotyczy <i>not applicable</i>
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych <i>in % of surveyed households</i>					
Gospodarstwa domowe ogółem <i>Total households</i>	3,7	11,4	23,2	13,5	9,3	38,9
Miasta <i>Urban areas</i>	3,7	10,8	23,6	13,0	8,6	40,3
Wieś <i>Rural areas</i>	3,7	12,7	22,3	14,6	10,7	36,0
Gospodarstwa, w których wystąpiły: <i>Households, where have occurred:</i>						
osoby chore przewlekłe <i>persons with chronic diseases</i>	5,0	13,6	24,5	12,0	8,6	36,2
poważne problemy zdrowotne <i>persons with serious health problems</i>	7,6	18,7	23,9	10,6	8,3	30,9
Gospodarstwa domowe emerytów <i>Retirees' households</i>	4,1	12,4	23,6	12,0	9,6	38,3
Gospodarstwa domowe rencistów <i>Pensioners' households</i>	3,2	9,8	21,2	14,5	7,7	43,6

Co do oceny wydatków na usługi stomatologiczne – gospodarstwa były proszone o wyrażenie opinii na temat wysokości poniesionych przez ich członków w 2016 r. wydatków na wizyty u lekarzy dentystów. Prawie połowa gospodarstw stwierdziła, że nie było takich wydatków, 20,2% określiło ich wysokość jako średnią, a 17,9% – jako dużą lub bardzo dużą. W większości typów gospodarstw notowano przewagę oceny średniej. Odsetek gospodarstw oceniających przedmiotowe wydatki jako wysokie lub bardzo wysokie był większy w miastach (19,1%) niż na wsi (15,4%).

Tabela 8. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u dentystów w 2016 r.
Table 8. Households by evaluation on expenditure on dental consultations in 2016

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Wysokość wydatków na wizyty u lekarzy dentystów (samoocena) w 2016 r. <i>The level of expenditure on dentals consultations (self-assessment) in 2016</i>					
	bardzo duża <i>very big</i>	duża <i>big</i>	średnia <i>medium</i>	mała <i>small</i>	bardzo mała <i>very small</i>	nie dotyczy <i>not applicable</i>
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych <i>in % of surveyed households</i>					
Gospodarstwa domowe ogółem <i>Total households</i>	4,5	13,4	20,2	9,5	4,5	47,9
Miasta <i>Urban areas</i>	5,0	14,1	20,3	9,5	3,5	47,5
Wieś <i>Rural areas</i>	3,4	12,0	20,0	9,7	6,4	48,5
Gospodarstwa, w których wystąpiły: <i>Households, where have occurred:</i>						
osoby chore przewlekłe <i>persons with chronic diseases</i>	5,1	13,4	16,9	8,9	5,3	50,5
poważne problemy zdrowotne <i>persons with serious health problems</i>	6,1	11,0	16,6	9,4	4,3	52,6
Gospodarstwa domowe emerytów <i>Retirees' households</i>	4,1	9,6	11,9	6,6	3,8	64,1
Gospodarstwa domowe rencistów <i>Pensioners' households</i>	3,0	4,6	10,8	7,4	7,0	67,2

Tabela 9. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na badania medyczne w 2016 r.
Table 9. Households by evaluation on expenditure on medical tests in 2016

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Wysokość wydatków na badania medyczne (samoocena) w 2016 r. <i>The level of expenditure on medical tests (self-assessment) in 2016</i>					
	bardzo duża <i>very big</i>	duża <i>big</i>	średnia <i>medium</i>	mała <i>small</i>	bardzo mała <i>very small</i>	nie dotyczy <i>not applicable</i>
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych <i>in % of surveyed households</i>					
Gospodarstwa domowe ogółem <i>Total households</i>	1,8	4,1	12,3	13,6	10,8	57,3
Miasta <i>Urban areas</i>	2,1	4,2	12,8	13,4	10,6	57,0
Wieś <i>Rural areas</i>	1,2	4,0	11,5	14,1	11,2	58,0
Gospodarstwa, w których wystąpiły: <i>Households, where have occurred:</i>						
osoby chore przewlekłe <i>persons with chronic diseases</i>	2,6	4,8	13,4	13,7	11,7	53,8
poważne problemy zdrowotne <i>persons with serious health problems</i>	4,2	7,0	16,2	14,9	11,9	45,7
Gospodarstwa domowe emerytów <i>Retirees' households</i>	1,8	4,0	12,7	14,2	11,5	55,8
Gospodarstwa domowe rencistów <i>Pensioners' households</i>	1,9	3,2	11,4	13,8	11,8	57,9

Ponad połowa badanych gospodarstw domowych zadeklarowała, że w 2016 r. nie poniosła wydatków na badania medyczne. Wśród tych, które stwierdziły, że je ponosiły – większość oceniła wysokość przedmiotowych wydatków jako małą lub bardzo małą (24,4% wszystkich gospodarstw) albo jako średnią (12,3%). Większy niż przeciętnie odsetek oceniających wydatki na badania medyczne jako wysokie lub bardzo wysokie odnotowano m.in. wśród gospodarstw, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne i gospodarstw z osobami chorymi przewlekle.

W kwestionariuszu uwzględniono także pytanie o ocenę wydatków na zabiegi rehabilitacyjne (bez rozróżniania rehabilitacji ambulatoryjnej i w domu pacjenta). W tym wypadku aż 88,9% gospodarstw oświadczyło, że nie poniosło w 2016 r. przedmiotowych wydatków, 5,2% – że ich wysokość była mała lub bardzo mała, a 2,7% – że poniosło wydatki duże lub bardzo duże. Warto odnotować m.in. wyraźnie większy niż przeciętny udział gospodarstw deklarujących poniesienie dużych lub bardzo dużych wydatków na rehabilitację wśród gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi (za wyjątkiem osób o lekkim, stopniu niepełnosprawności), gospodarstw w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne oraz gospodarstw rencistów.

Wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną

Expenditure on inpatient health care

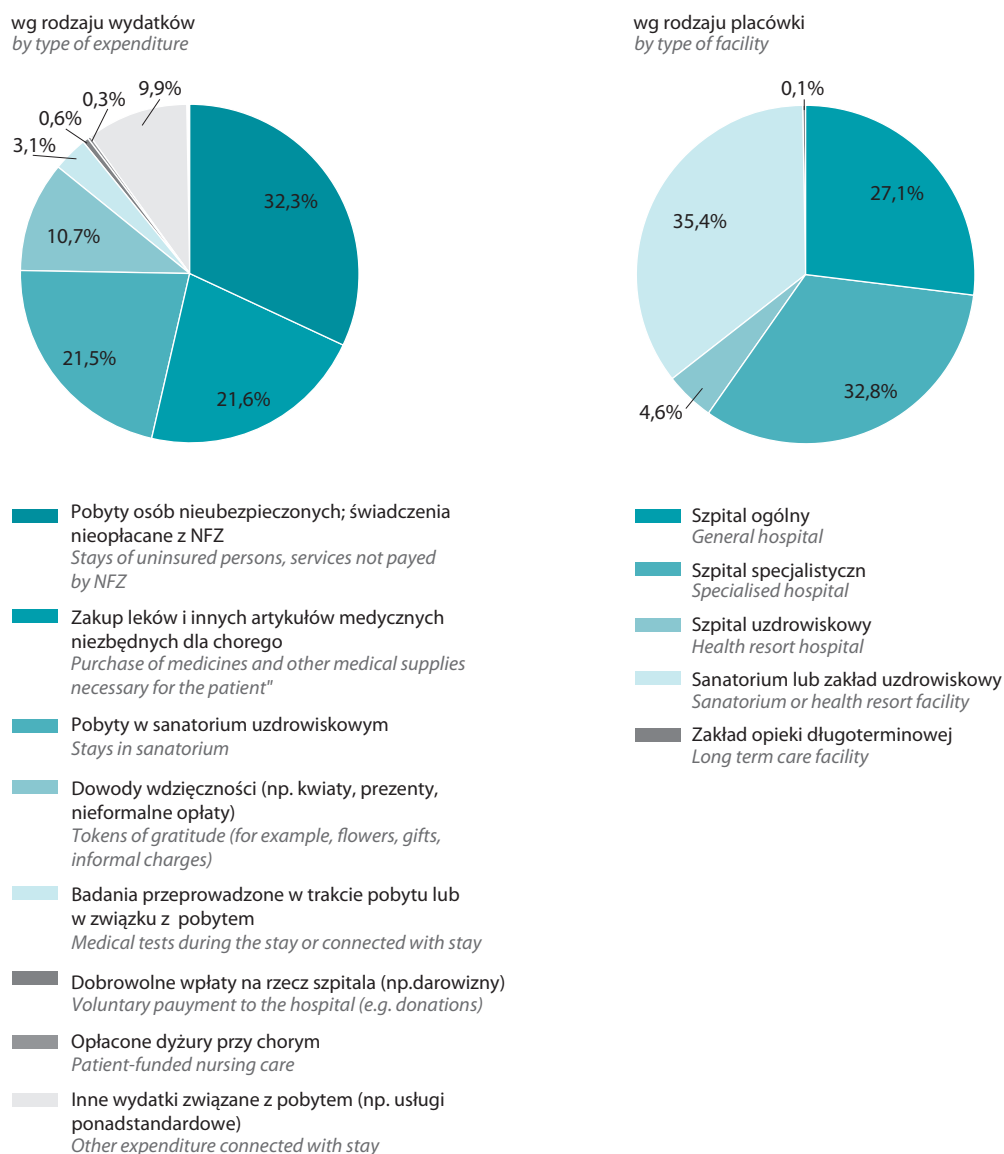
W przypadku stacjonarnej opieki zdrowotnej standardem w naszym kraju nie jest opłacanie usług bezpośrednio z kieszeni gospodarstw domowych, lecz ich finansowanie z NFZ w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego albo z posiadanych przez pacjentów dodatkowych ubezpieczeń, pakietów lub abonamentów (DZZ). Niemniej jednak finansowanie bezpośrednio przez gospodarstwa występuje i ma pewne znaczenie, zwłaszcza w niektórych obszarach stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Uogólnione na całą populację bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na stacjonarną opiekę zdrowotną w 2016 r. wyniosły 1,28 zł na osobę miesięcznie, utrzymując się na poziomie zbliżonym do notowanego w 2013 r. (1,30 zł). Ponad pięć szóstych (tj. nieco więcej niż w 2013 r.) gospodarstw domowych w ogóle nie poniosło w 2016 r. przedmiotowych wydatków. Z ogółu charakteryzowanych wydatków – 59,8% dotyczyło pobytów członków gospodarstw w szpitalu lub w innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej finansowanych w ramach NFZ, kolejne 39,1% – pobytów poza ubezpieczeniami, a 1,2% – pobytów finansowanych z DZZ. Średnie miesięczne wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną na osobę w populacji gospodarstw, w których przynajmniej jedna ponosiła wydatki na ten cel w 2016r. wyniosły 4,87 zł i były o kilkanaście procent niższe niż w 2013 r. (5,62 zł).

Największa część poniesionych w 2016 r. wydatków gospodarstw domowych na stacjonarną opiekę zdrowotną wiązała się z pobytem w sanatoriach i zakładach uzdrowiskowych oraz szpitalach uzdrowiskowych (40,0%), około jedna trzecia – z pobytem w szpitalach specjalistycznych, a ponad jedna czwarta – z pobytem w szpitalach ogólnych. Znikomy był natomiast udział wydatków dotyczących pobytu członków gospodarstwa w zakładach opieki długoterminowej, a w przypadku pozostałych rodzajów placówek (szpitale psychiatryczne lub inne zakłady typu psychiatrycznego, domy pomocy społecznej dla przewlekle chorych) nie odnotowano poniesienia w 2016 r. przez gospodarstwa wydatków „bezpośrednio z kieszeni”.

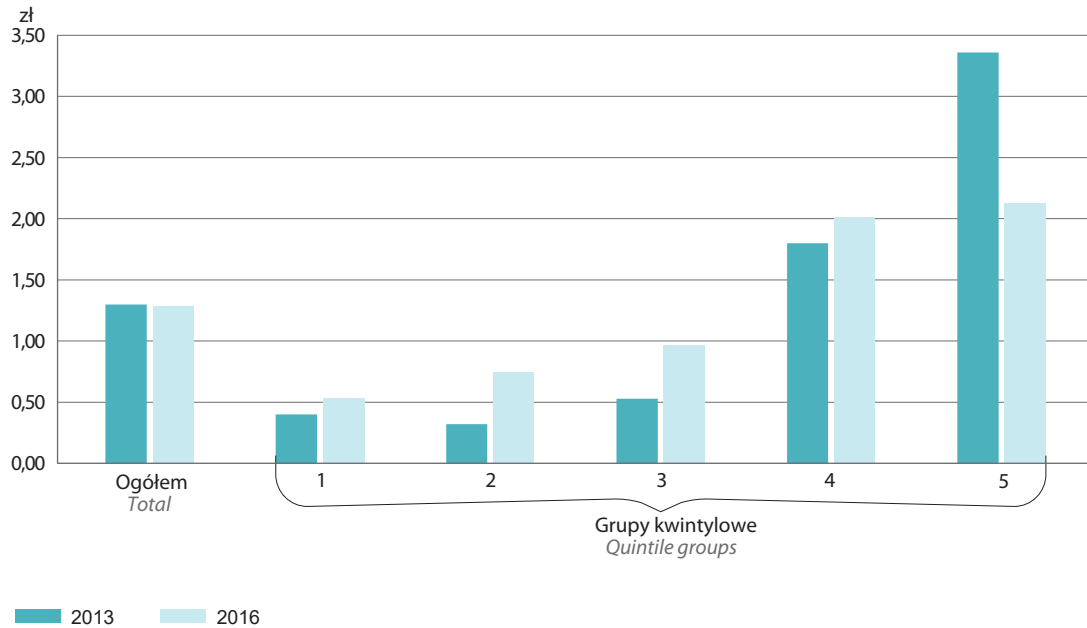
Wykres 50. Struktura wydatków gospodarstw domowych związanych z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2016 r.

Chart 50. Structure of household expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility in 2016



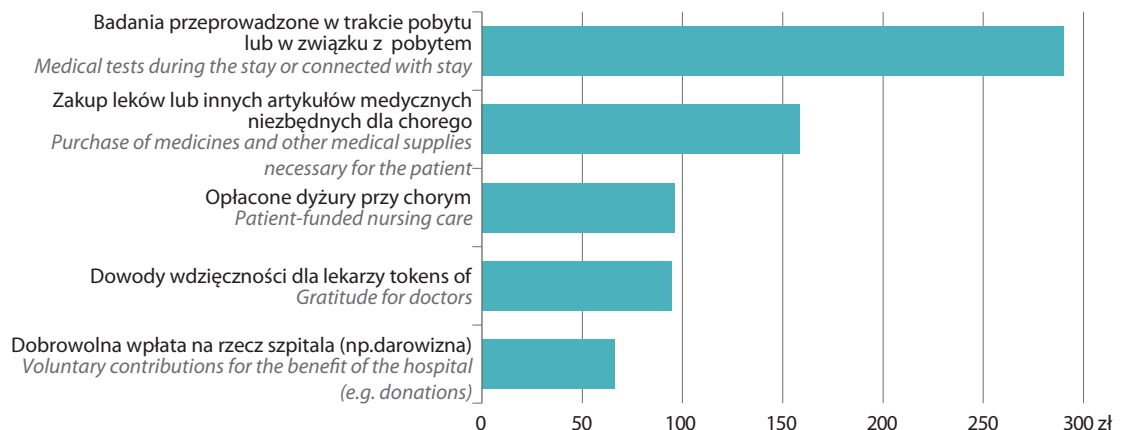
Z ogólnej wartości analizowanych wydatków w 2016 r. prawie jedną trzecią stanowiły opłaty za pobyt w szpitalu lub w innym zakładzie opieki stacjonarnej (ZOZ) osób nieubezpieczonych oraz opłaty osób ubezpieczonych za świadczenia nieopłacane przez NFZ. Po około jednej piątej przypadają na zakupy leków lub innych artykułów medycznych niezbędnych dla chorego oraz na pobyty w sanatorium uzdrowiskowym (gdzie uwzględniano zarówno obowiązkowe opłaty, jak również koszty podróży). Dość wysoki – ponad dziesięcioprocentowy – udział miały także tzw. dowody wdzięczności (np. kwiaty, prezenty, nieformalne opłaty gotówkowe) dla lekarzy i innego personelu medycznego.

Wykres 51. Średnie miesięczne wydatki związane z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych
 Chart 51. *Average monthly expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility per capita by quintile groups*



Analizowane wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną wykazują silne zróżnicowanie w zależności od dochodu na członka gospodarstwa domowego. W 5 grupie kwintylowej ich miesięczny poziom w 2016 r. (2,12 zł na osobę) był czterokrotnie wyższy niż w 1 grupie kwintylowej; trzeba jednak dodać, że w 2013 r. rozpiętość ta była jeszcze większa. W gospodarstwach mieszkających w miastach wydatki (1,54 zł miesięcznie na osobę) były o ponad siedemdziesiąt procent wyższe niż na wsi. Biorąc zaś pod uwagę typy gospodarstw domowych, należy zauważyć m.in. wysoki poziom opisywanych wydatków w gospodarstwach emerytów i rencistów (odpowiednio 2,08 zł i 2,07 zł miesięcznie na osobę).

Wykres 52. Przeciętne roczne wydatki dotyczące stacjonarnej opieki zdrowotnej (wybrane rodzaje) przypadające na osobę, która takie wydatki ponosiła w 2016 r.
 Chart 52. *Average annual expenditure on inpatient health care (selected types) per person who incurred such expenditure in 2016.*



Roczne wydatki związane z pobytem w szpitalu lub innym stacjonarnym ZOZ przypadające na osobę, która je ponosiła wynosiły w 2016 r. przeciętnie 301,70 zł, co daje średnio miesięcznie kwotę 25,14 zł. Osoba nieubezpieczona lub ubezpieczona, ale korzystająca ze świadczeń nieopłacanych przez NFZ, która poniosła wydatki związane z pobytem w szpitalu lub innym stacjonarnym ZOZ przeznaczyła w 2016 r. na ten cel średnio 1660,23 zł, a osoba ponosząca wydatki na obowiązkowe opłaty związane z pobytem w sanatorium uzdrowiskowym – średnio 755,44 zł. „Statystyczny” pacjent, płacący w 2016 r. za badania przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu lub innym stacjonarnym ZOZ lub w związku z tym pobytem przeznaczył na ten cel łącznie 290,05 zł. Znaczące były także przypadające na osobę ponoszącą wydatki przeciętne kwoty poniesionych w 2016 r. wydatków na zakup leków lub innych artykułów medycznych niezbędnych dla chorego (158,48 zł) oraz kosztów podróży związanych z pobytem w sanatorium uzdrowiskowym (148,23 zł). Blisko sto złotych wynosiły w 2016 r. przypadające na osobę je ponoszącą przeciętne wydatki na opłacone dyżury przy chorym, podobnie jak przeciętne wydatki na tzw. dowody wdzięczności dla lekarzy, natomiast ponad sto złotych – przeciętne inne wydatki związane z pobytem w szpitalu (np. opłaty za usługi ponadstandardowe).

Ocena wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną

Evaluation of expenditure on inpatient health care

Elementem przeprowadzonego badania była także dokonywana przez gospodarstwa domowe samoocena wysokości wydatków poniesionych na pobyt w szpitalu. Zdecydowana większość (85,6%) ankietowanych gospodarstw zadeklarowała nieponiesienie wydatków na ten cel w 2016 r. Z pozostałych gospodarstw (14,4%), które stwierdziły, że ponosiły w 2016 r. wydatki związane z pobytem ich członków w szpitalu – 11,2% oceniło wysokość przedmiotowych wydatków jako małą lub bardzo małą, 2,0% – jako średnią, a jedynie 1,2% – jako dużą lub bardzo dużą.

Tabela 10. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na pobyt w szpitalu w 2016 r.

Table 10. Households by evaluation of expenditure related to a stay in a hospital in 2016

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Wysokość wydatków na pobyt w szpitalu (samoocena) w 2016 r. <i>The level of expenditure related to a stay in a hospital (self-assessment) in 2016</i>					
	bardzo duża <i>very big</i>	duża <i>big</i>	średnia <i>medium</i>	mała <i>small</i>	bardzo mała <i>very small</i>	nie dotyczy <i>not applicable</i>
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych <i>in % of surveyed households</i>					
Gospodarstwa domowe ogółem <i>Total households</i>	0,6	0,6	2	3,7	7,5	85,6
Miasta <i>Urban areas</i>	0,4	0,6	1,4	3,4	7,5	86,7
Wieś <i>Rural areas</i>	0,9	0,7	3,2	4,3	7,5	83,4
Gospodarstwa, w których wystąpiły: <i>Households, where have occurred:</i>						
osoby chore przewlekłe <i>persons with chronic diseases</i>	0,8	0,8	2,2	4,8	9,9	81,5
poważne problemy zdrowotne <i>persons with serious health problems</i>	0,7	2,1	4,5	7,3	16	69,4
Gospodarstwa domowe emerytów <i>Retirees' households</i>	0,6	0,5	2,4	4,2	7,6	84,7
Gospodarstwa domowe rencistów <i>Pensioners' households</i>	–	1	3,1	3,5	9,9	82,5

Najwyższy odsetek wskazujących poniesienie w 2016 r. przedmiotowych wydatków notowano w grupie gospodarstw domowych, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (30,6%) oraz gospodarstw z osobami posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności (28,7%). Więcej niż jedna piąta ankietowanych stwierdziła, że poniosła przedmiotowe wydatki także m.in. w grupie gospodarstw z osobami o znacznym stopniu niepełnosprawności, gospodarstw liczących 6 lub więcej osób oraz gospodarstw z trojgiem lub więcej dzieci do lat 14.

Ponad dwukrotnie wyższy niż przeciętnie był odsetek deklarujących poniesienie w 2016 r. dużych lub bardzo dużych wydatków na pobyt w szpitalu w grupie gospodarstw, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (2,8%). Relatywnie wysoki – około dwuprocentowy – udział wskazujących poniesienie dużych lub bardzo dużych wydatków na ten cel notowano m.in. w przypadku gospodarstw z osobami o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, gospodarstw z dwojgiem, trojgiem lub więcej dzieci do lat 14 oraz gospodarstw o najniższych dochodach na osobę (zaliczanych do 1 grupy kwintylowej). W miastach gospodarstw ponoszących w 2016 r. w swojej ocenie wysokie lub bardzo wysokie wydatki na pobyt w szpitalu było 1,0%, zaś na wsi – 1,6%.

Wydatki na medycynę niekonwencjonalną *Expenditure on unconventional medicine*

Jak wynika z badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” – 3,0% gospodarstw domowych w Polsce korzystało w 2016 r. z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, a poniesione na ten cel ich roczne wydatki wynosiły ok. 446 zł na korzystające gospodarstwo (wobec odpowiednio ok. 372 zł w 2013 r.).

Warto przy tym zauważyć, że grupa gospodarstw, które zadeklarowały w badaniu poniesienie charakteryzowanych wydatków była dość mała, a więc wskazana jest spora ostrożność przy formułowaniu na jego podstawie wniosków dotyczących korzystania z medycyny niekonwencjonalnej i wydatków na ten cel w całej krajowej populacji gospodarstw domowych.

Wydatki na opiekę zdrowotną za granicą *Expenditure on medical services abroad*

Wyniki badania wskazują, że członkowie zaledwie 0,6% ogółu gospodarstw domowych korzystali w 2016 r. z usług medycznych za granicą. Biorąc pod uwagę poszczególne kategorie usług – prawie połowa z nich skorzystała tam z usług podstawowej opieki zdrowotnej, ponad jedna trzecia – z usług specjalistycznej opieki zdrowotnej, a ponad jedna piąta – z pobytu w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej. Z ratownictwa medycznego skorzystało ok. 11%, z leczenia stomatologicznego ok. 2%, a z pozostałych usług ambulatoryjnych ok. 6%.

Spośród gospodarstw, których członkowie korzystali w 2016 r. z usług medycznych poza Polską 62,7% (tj. tylko 0,4% krajowej populacji) poniosło na ten cel wydatki. Z tego 56,0% poniosło wydatki w krajach Unii Europejskiej, 31,6% – w pozostałych państwach europejskich, a 12,4% – w Stanach Zjednoczonych. Przeciętna kwota wydana w 2016 r. na usługi medyczne za granicą przez gospodarstwo korzystające z takich usług wyniosła ok. 767 zł (wobec ok. 483 zł w 2013 r.). Dla usług, z których skorzystano w krajach Unii Europejskiej było to ok. 463 zł (wobec ok. 533 zł trzy lata wcześniej), a dla usług, z których skorzystano w Stanach Zjednoczonych – ok. 1066 zł.

Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż – ze względu na bardzo mały udział gospodarstw korzystających z usług medycznych za granicą w zbadanej próbie, niestanowiący odpowiedniej reprezentacji ogółu korzystających z takich usług – wyniki badania dotyczące wydatków na przedmiotowe usługi muszą być traktowane wyjątkowo ostrożnie.

Dodatkowe dobrowolne zabezpieczenia zdrowotne

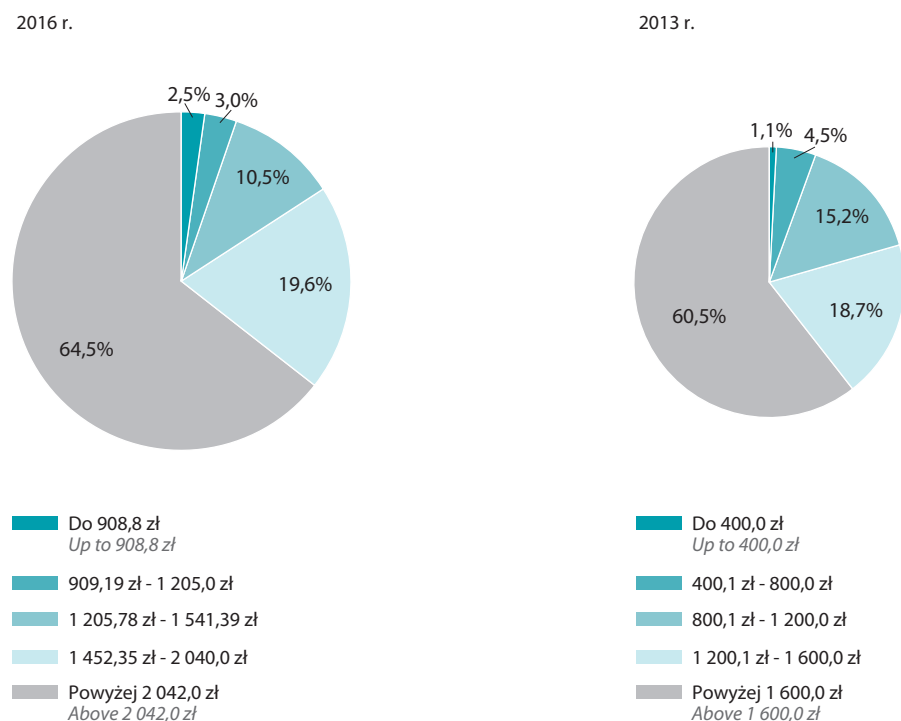
Additional non obligatory health insurance

Zagadnienia posiadania uprawnień do świadczeń w ramach dodatkowych dobrowolnych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ), zamiaru ich wykupienia i wysokości wydatków poniesionych przez gospodarstwa domowe na świadczenia medyczne w ramach DZZ są uwzględniane w badaniu ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych poczynając od edycji dotyczącej 2006 r. W kolejnych falach badania (dotyczących lat 2010, 2013 i 2016) obserwowane jest stopniowe upowszechnianie się tego rodzaju zabezpieczeń, tj. zwiększanie się wydatków na świadczenia medyczne z nich finansowanych oraz wzrost odsetka osób mających uprawnienia do świadczeń w DZZ. Proces ten przebiega jednak, jak dotychczas, raczej powoli i wciąż relatywnie mało jest w naszym kraju osób posiadających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ, co może być związane m.in. z wciąż dość niskim poziomem dochodów Polaków i niewielkim zainteresowaniem pracodawców opłacaniem DZZ dla pracowników.

Odnotowany w 2016 r. odsetek osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ wyniósł 6,5% i nieznacznie wzrósł (o 0,5 p.proc.) w stosunku do notowanego w 2013 r. Nieco zwiększył się także odsetek osób deklarujących zamiar wykupienia DZZ – o 0,8 p.proc. – do 6,0%. Częściej spotykanym rodzajem DZZ są ubezpieczenia lub abonamenty ambulatoryjne, które w 2016 r. posiadało 5,9% Polaków, natomiast rzadziej – ubezpieczenia lub abonamenty szpitalne (3,5%). W przypadku 46,4% osób posiadających w 2016 r. uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ zabezpieczenie zostało opłacone indywidualnie (2013 r. było to 47,3%), a w przypadku 26,7% – przez pracodawcę (wobec 23,7% trzy lata wcześniej). W pozostałych przypadkach DZZ było finansowane częściowo indywidualnie, a częściowo przez pracodawców.

Wykres 53. Osoby mające uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ według grup dochodu na osobę w gospodarstwie domowym

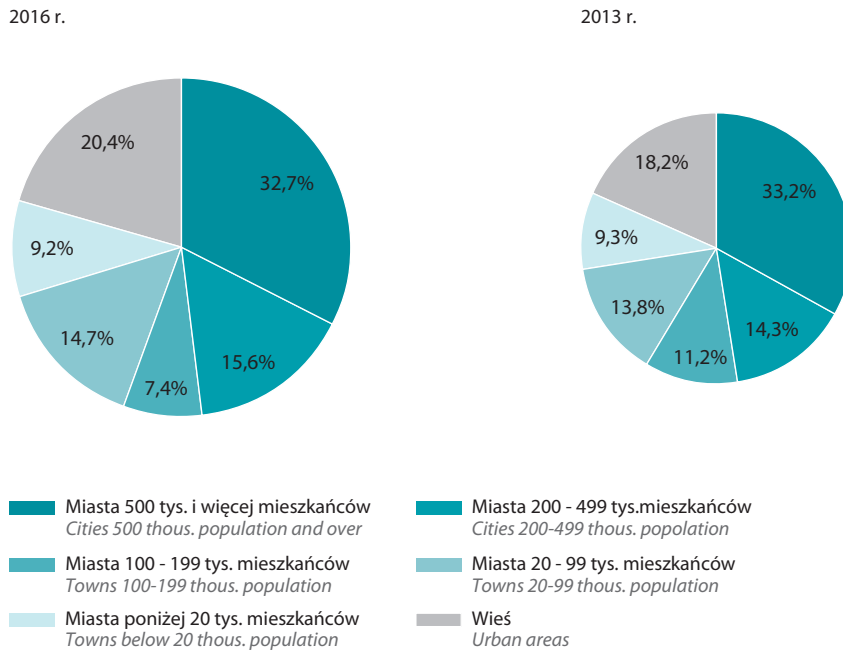
Chart 53. Persons who are entitled to benefits under DZZ by income groups per person in a household



W strukturze uprawnionych do świadczeń w ramach DZZ według grup dochodu na osobę w gospodarstwie domowym – przeważający udział miały w 2016 r. osoby z gospodarstw o najwyższym dochodzie na głowę, tj. powyżej 1600 zł; udział ten wzrósł w stosunku do 2013 r. o 4,0 p.proc. do 64,5%. Jednocześnie zmniejszył się udział osób z gospodarstw, w których dochód na głowę był większy niż 800 zł, a mniejszy niż 1600 zł (spadek o 3,8 p.proc. do 30,1%) oraz – nieznacznie – z gospodarstw o dochodzie na osobę nieprzewyższającym 800 zł (spadek o 0,1 p.proc. do 5,5%). Wydaje się to potwierdzać tezę o upowszechnianiu się DZZ głównie w gospodarstwach o wyższych dochodach.

Jak wynika z badania, z posiadających w 2016 r. uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ tylko około jedna piąta (nieco więcej niż w 2013 r.) mieszkała na wsi, a blisko jedna trzecia (nieznacznie mniej niż w 2013 r.) – w największych miastach (500 tys. i więcej ludności). Z ogółu mieszkających na wsi opisywane uprawnienia takie posiadało tylko 3,3% osób, podczas gdy w największych miastach było to 18,8%. Jednocześnie (co obserwowano także we wcześniejszych edycjach badania i co może wydawać się na pozór paradoksem) spośród uprawnionych do świadczeń w ramach DZZ – ponad trzy czwarte określiło swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, a ponad połowę stanowiły osoby w wieku 25–44 lata, które ze względu na powiązania stanu zdrowia z wiekiem, relatywnie rzadziej niż inne grupy ludności korzystają z leczenia w zakładach opieki zdrowotnej.

Wykres 54. Osoby mające uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ według klasy miejscowości zamieszkania
 Chart 54. *Persons who are entitled to benefits in the scope of DZZ according to the class of locality*



Biorąc pod uwagę główne źródło utrzymania – aż 65,7% posiadających w 2016 r. uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ należało do gospodarstw domowych utrzymujących się z pracy najemnej stałej, zaś grupą o najmniejszym udziale były osoby utrzymujące się z użytkowania gospodarstwa rolnego (tylko 0,3%). Taki rozkład populacji posiadających uprawnienia do świadczeń z DZZ w przekroju źródeł utrzymania wydaje się być przede wszystkim naturalną konsekwencją faktu, iż charakteryzowane dodatkowe zabezpieczenia zdrowotne są w Polsce, jak dotychczas, oferowane przede wszystkim jako produkt powiązany z ubezpieczeniami grupowymi w zakładach pracy.

Podsumowanie

Summary

Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych ('out-of-pocket') mają istotny udział w ogóle wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Jakkolwiek podstawowym schematem finansowania ochrony zdrowia są w naszym kraju obowiązkowe składkowe ubezpieczenia zdrowotne, to prawie jedna czwarta wydatków bieżących na ochronę zdrowia jest pokrywana właśnie przez gospodarstwa domowe „bezpośrednio z kieszeni”. Jak wynika z badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” w 2016 r. przeciętne miesięczne bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia wyniosły ok. 61 zł na osobę i wzrosły o ok. 5% w stosunku 2013 r. (którego dotyczyła poprzednia edycja badania). W gospodarstwach domowych, w których przynajmniej jedna osoba korzystała w 2016 r. z usług opieki zdrowotnej, za które gospodarstwo zapłaciło – średnie miesięczne wydatki na ten cel wyniosły ok. 583 zł na osobę (o ok. 17% mniej niż w 2013 r.).

W strukturze bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia dominują (z blisko 70% udziałem w 2016 r.) wydatki na leki, artykuły medyczne i medyczne dobra trwałego użytku. Artykuły te (zwłaszcza leki) kupują niemal wszystkie gospodarstwa domowe, a średnia kwota przeznaczana miesięcznie na zakup ww. artykułów w gospodarstwach je kupujących wynosiła w 2016 r. ok. 39 zł na osobę. Istotnym czynnikiem różnicującym wysokość tej kategorii wydatków jest stan zdrowia osób wchodzących w skład gospodarstwa – więcej niż przeciętnie miesięcznie na osobę wydają na leki i artykuły medyczne m.in. gospodarstwa z osobami mającymi poważne problemy zdrowotne, osobami o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz osobami przewlekłe chorzy.

Drugą, pod względem udziału w łącznej kwocie pokrywanych przez gospodarstwa domowe „bezpośrednio z kieszeni” wydatków na ochronę zdrowia, grupą są wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Ich udział w ogóle bezpośrednich wydatków gospodarstw na ochronę zdrowia w 2016 r. wyniósł ok. 29%, przy czym ponad połowę z nich stanowiły wydatki na leczenie stomatologiczne. Poza stomatologią, istotny udział w pokrywanych przez gospodarstwa „bezpośrednio z kieszeni” wydatkach na ambulatoryjną opiekę zdrowotną mają usługi opieki specjalistycznej (ok. 36% w 2016 r.), natomiast stosunkowo niewielki – usługi podstawowej opieki zdrowotnej (odpowiednio ok. 4%). Taką strukturę charakteryzowanych wydatków można wiązać m.in. z tym, że o ile jest w Polsce standardem korzystanie z opieki lekarza pierwszego kontaktu przyjmującego w ramach kontraktu z NFZ, to dostępność pacjentów do finansowanej ze składkowych ubezpieczeń zdrowotnych opieki specjalistycznej, a tym bardziej – stomatologicznej, jest istotnie ograniczona. Warto przy tym zwrócić uwagę na silną korelację między poziomem wydatków 'out-of-pocket' na specjalistyczną i stomatologiczną opiekę ambulatoryjną, a sytuacją dochodową gospodarstw domowych.

Niewielka część bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia przypada na stacjonarną opiekę zdrowotną (w 2016 r. ok 2%). Należy to wiązać z faktem, iż pobyt w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej jest w naturalny sposób zjawiskiem mniej częstym niż zakup leków, czy korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a podstawową formą opłacania usług stacjonarnej opieki zdrowotnej jest w Polsce finansowanie ich albo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego NFZ, albo z posiadanych przez pacjentów dodatkowych ubezpieczeń lub abonamentów (DZZ). Uogólnione na całą populację bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych związane z pobytem w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w 2016 r. wyniosły ok. 1 zł na osobę miesięcznie, natomiast wydatki przypadające na osobę, która faktycznie korzystała w 2016 r. z takiego pobytu – ok. 25 zł średnio miesięcznie (znacznie więcej, jeśli był to pobyt osoby nieubezpieczonej lub ubezpieczonej, ale korzystającej ze świadczeń nieopłacanych przez NFZ). Z poniesionych w 2016 r. „bezpośrednio z kieszeni” wydatków gospodarstw domowych na stacjonarną opiekę zdrowotną ok. 60% dotyczyło pobytów w szpitalach specjalistycznych lub ogólnych, natomiast ok. 40% – w sanatoriach lub zakładach uzdrowiskowych.

Poza badaniem poziomu, struktury i zróżnicowania wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia 'out-of-pocket', przedmiotem badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” są m.in. kwestie posiadania uprawnień do świadczeń w ramach dodatkowych dobrowolnych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ), zamiaru ich wykupienia i wysokości wydatków poniesionych na świadczenia medyczne w ramach DZZ. Jak wskazują wyniki badania, w Polsce obserwowane jest stopniowe upowszechnianie się tego rodzaju zabezpieczeń, jednak proces ten przebiega raczej powoli. Odsetek osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ w 2016 r. wyniósł w naszym kraju 6,5% i był o 0,5 p.proc. większy niż notowany trzy lata wcześniej. Częściej spotykanym rodzajem DZZ są ubezpieczenia i abonamenty ambulatoryjne, rzadziej – szpitalne. Ok. 46% posiadających w 2016 r. DZZ sfinansowało to zabezpieczenie indywidualnie, a dla ok. 27% opłacił je pracodawca (w pozostałych przypadkach – zabezpieczenie finansowane częściowo indywidualnie, częściowo przez pracodawcę).

Rozdział 4. Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów

Chapter 4. Quality of healthcare in the opinion of respondents

Poprawa jakości stanowi obecnie istotny element wszystkich systemów opieki zdrowotnej. Za jej kluczowe cele należy uznać dostarczenie opieki bezpiecznej, zorientowanej na pacjentów i spełniającej ich oczekiwania. Wiele z instytucji międzynarodowych, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Unia Europejska (EU), Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), wspiera działania umożliwiające zwiększenie dostępu do informacji o poziomie jakości oferowanej opieki.

W Polsce wzmocniona uwaga dla działań na rzecz jakości opieki zdrowotnej rozpoczęła się wraz z utworzeniem Centrum Monitorowania Jakości Opieki Zdrowotnej i jego działaniami w zakresie stworzenia Programu Akredytacji Szpitali¹. Wynika ona również z wdrażania Zalecenia Rady Unii Europejskiej z 2009 roku w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01)². W zaleceniu przedstawiono szereg działań służących poprawie bezpieczeństwa pacjentów i zakażeń związanych z opieką zdrowotną, a ich stosowanie i skuteczność w poszczególnych krajach UE są oceniane co dwa lata przez Komisję Europejską.

Prowadzenie badań dotyczących opinii i oczekiwań pacjentów na stałe wpisały się w system oceny jakości opieki zdrowotnej i stanowią jego istotny element. Wyniki pomiarów, publikowane i poddawane pod dyskusję, stanowią źródło do podejmowania decyzji zmieniających rzeczywistość., wykorzystywane przez menadżerów opieki zdrowotnej, polityków, personel medyczny, pacjentów i społeczeństwo. Ułatwiają aktywne włączanie się w dyskusje o dostarczaniu opieki zdrowotnej i zarządzaniu nią. Wskazują także na poziom świadomości zdrowotnej pacjentów oraz umiejętności krytycznego spojrzenia i poddawania ocenie uzyskiwanych świadczeń zdrowotnych. Doświadczenia krajów zachodnich (np. Holandia, Norwegia, Dania), jak również i Polski, wskazują, że działania podejmowane dla i w wyniku pomiaru doświadczeń i opinii pacjentów prowadzą do poprawy jakości opieki zdrowotnej. Również międzynarodowa współpraca w tym zakresie stale się rozwija. Przykładem tego mogą być działania podejmowane przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), która dokonuje pomiaru zarówno w odniesieniu do oceny doświadczeń odczuć pacjentów PREMs (patient-reported experience measures) jak i opinii pacjentów związanych z wynikami opieki PROMs (patient-reported outcome measures).

Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów stanowiła istotny element zrealizowanego badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.". Pytania na ten temat skierowano indywidualnie do każdej osoby, która korzystała ze świadczeń medycznych w wylosowanych do badania gospodarstwach domowych. Celem badania było uzyskanie wiedzy, jakie jest postrzeganie jakości opieki zdrowotnej realizowanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 2016 roku, poprzez zadanie pytań dotyczących:

- ogólnego postrzegania jakości opieki zdrowotnej w 2016 w odniesieniu do roku poprzedniego,
- dostępności do ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), specjalisty, dentysty, szpitala),
- dostępności do domowej opieki lekarza i pielęgniarki, możliwości skorzystania z porady telefonicznej/kontakt telefoniczny z lekarzem,

1 M. Bedlicki, H. K. (1998). Program Akredytacji Szpitali. Kraków: CMJwOZ.

2 Zalecenie Rady (2009 C 151/01) z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (Dz.U. C 151, 3.7.2009, s. 6).http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf (w języku angielskim); http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pl.pdf (w języku polskim)

- stopnia zadowolenia z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry,
- rozeznania przez lekarza problemów zdrowotnych pacjenta, czynników ryzyka,
- koncentracji lekarza na profilaktyce i promocji zdrowia,
- oceny przebiegu wizyt u lekarza (czasu poświęconego podczas konsultacji, znajomości historii leczenia pacjenta, sposobu udzielania mu informacji i wyjaśnień, informowania o możliwościach leczenia wraz z angażowaniem w podejmowanie decyzji o najlepszym leczeniu oraz zachęcania pacjenta do zadawania pytań),
- bezpieczeństwa opieki, ocenianego poprzez doświadczenie zdarzenia niepożądanego w wyniku korzystania ze świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na zakażenia związane z opieką zdrowotną,
- doświadczenia dyskryminacji i nierównego traktowania podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Pytania dotyczące bezpieczeństwa opieki dotyczyły korzystania ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od źródeł ich finansowania.

We współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), w aktualnej i poprzednich edycji badania, w kwestionariuszu badawczym uwzględniono pytania pozwalające lepiej rozpoznać skalę i charakterystyki zdarzeń niepożądanych, do których dochodzi w trakcie lub w następstwie korzystania ze świadczeń zdrowotnych. W celu uzyskania bardziej precyzyjnych danych, pytania na temat doświadczenia zdarzeń niepożądanych zawarto w kwestionariuszu indywidualnym. Rozszerzono także informacje dotyczące oceny dostępności do publicznej opieki zdrowotnej i przebiegu wizyt lekarskich. Umożliwią one raportowanie do OECD danych Polski na temat opinii i doświadczeń pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, które po analizie są publikowane w zestawieniach porównawczych z innymi krajami, w ukazującym się co dwa lata wydawnictwie OECD *Health at a Glance*, w rozdziale Jakość Opieki Zdrowotnej³.

Ogólna ocena jakości opieki zdrowotnej

Overall quality of healthcare

Większość respondentów (66,3%) uznała, że jakość opieki zdrowotnej uzyskiwanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) w 2016 roku nie zmieniła się w stosunku do roku wcześniejszego. Co dziesiąty uczestnik badania (10,6%) uważał jednak, że nastąpiło pogorszenie w tym zakresie, podobną ocenę reprezentowało w badaniu w 2013 roku blisko dwa razy więcej respondentów (19,2%).

Opinia, że jakość opieki zdrowotnej pogorszyła się w ostatnim roku wzmaga się z wiekiem (od 4,9% wśród rodziców najmłodszych pacjentów w wieku do dwóch lat do 15,4% wśród pacjentów w wieku 70-79 lat). Z drugiej strony wraz z wiekiem wzrasta również odsetek osób, które stwierdziły, że jakość opieki zdrowotnej poprawiła się, w młodszych grupach wiekowych do 24 lat maksymalnie blisko 6,0% badanych wydało taką opinię. W grupach wiekowych 25-80 i więcej maksymalnie 9,3% populacji wyraziło podobną ocenę.

³ http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oe.cd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page162

Uwzględniając główne źródło utrzymania badanych najczęściej negatywnych ocen odnotowano w grupie emerytów i rencistów (15,12%). Pogorszenie jakości opieki w największym stopniu (31,7%) odczuwają osoby o bardzo złym stanie zdrowia oraz pobierające rentę (15,4%).

5,1% badanych uznało, że jakość opieki zdrowotnej poprawiła się (w poprzednim badaniu 3,4%), a co piąty respondent (18,0%) nie miał zdania na ten temat. Co dziewiąty badany w bardzo złym stanie zdrowia (11,0%) dostrzegł poprawę jakości podobnie jak respondenci z poważnymi problemami zdrowotnymi (9,7%).

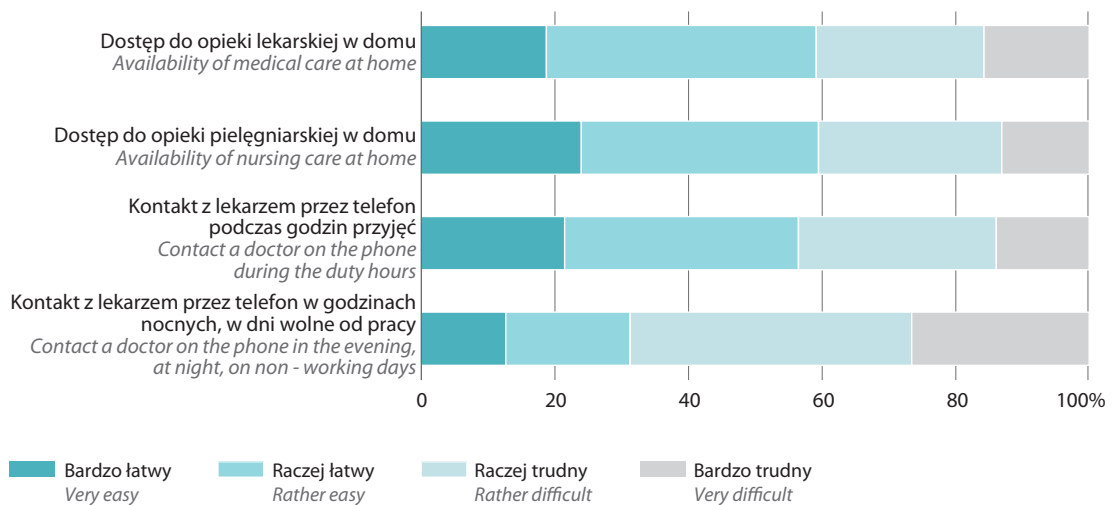
Dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie respondentów

Access to primary healthcare in opinion of respondents

Blisko 56,5% respondentów, w oparciu o własne doświadczenia, uznało, że dostęp do lekarza, pielęgniarki, czy możliwość uzyskania telefonicznej porady lekarskiej w godzinach przyjęć jest bardzo łatwy lub raczej łatwy. Przeciwnego zdania było 43,5% badanych, którzy mieli potrzebę skorzystania z tej formy pomocy. Dostęp do porady telefonicznej w godzinach nocnych lub w dni wolne od pracy badani ocenili znacząco gorzej. Tylko co 6 odpowiadający uznał go za bardzo zadawalający. Dane te pokazują, że jedną z oczekiwanych form pomocy jest możliwość uzyskania lekarskiej porady telefonicznej w godzinach przyjęć, której zapewnienie jest jednym ze standardów akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej⁴. Oceny w tym zakresie wskazują na trudności w organizacji tego typu porad (niechęć i obawy lekarzy, problemy z dokumentowaniem porad), co zobrazowano na poniższym wykresie.

Wykres 55. Dostęp do wybranych form świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Chart 55. Access to different types of primary care services received within general health security

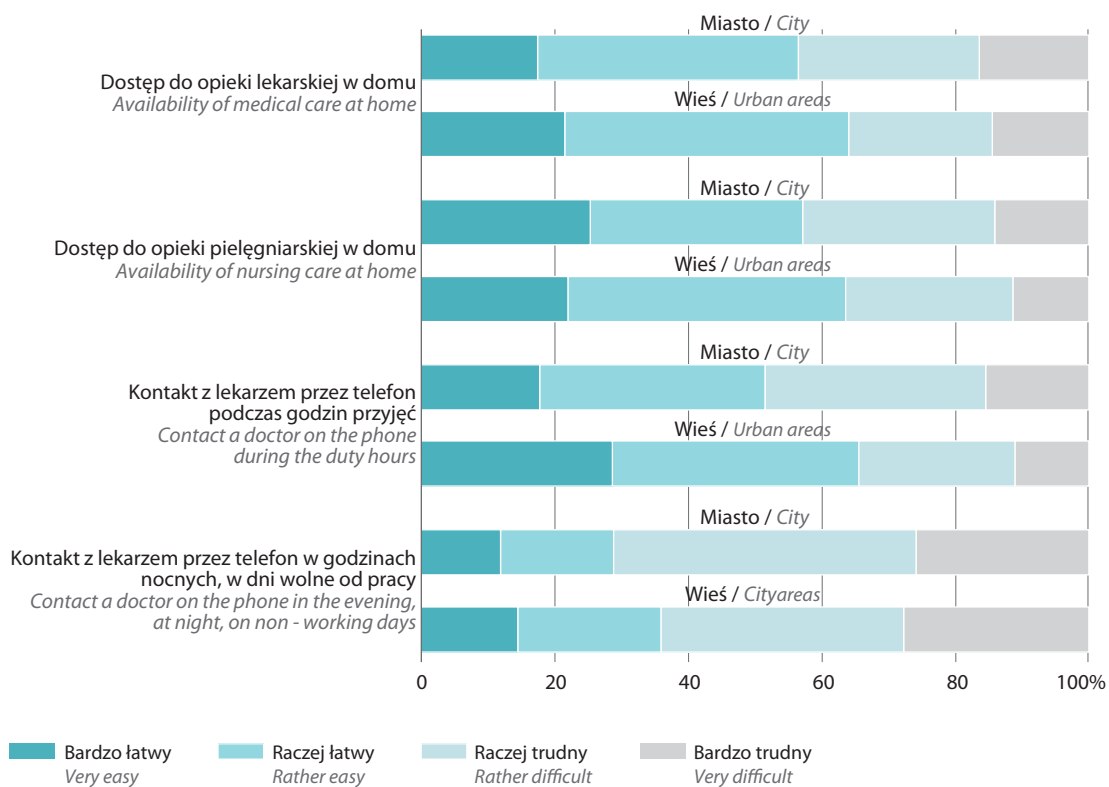


Większe trudności w uzyskaniu wizyt domowych bądź konsultacji telefonicznych mają mieszkańcy miast w porównaniu z mieszkańcami wsi.

4 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.Urz.MZ.11.4.42 z dnia 14 kwietnia 2011 r.).

Wykres 56. Dostęp do wybranych form świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego a miejsce zamieszkania

Chart 56. Access to different types of primary care services received within general health security in correlation with place of residence



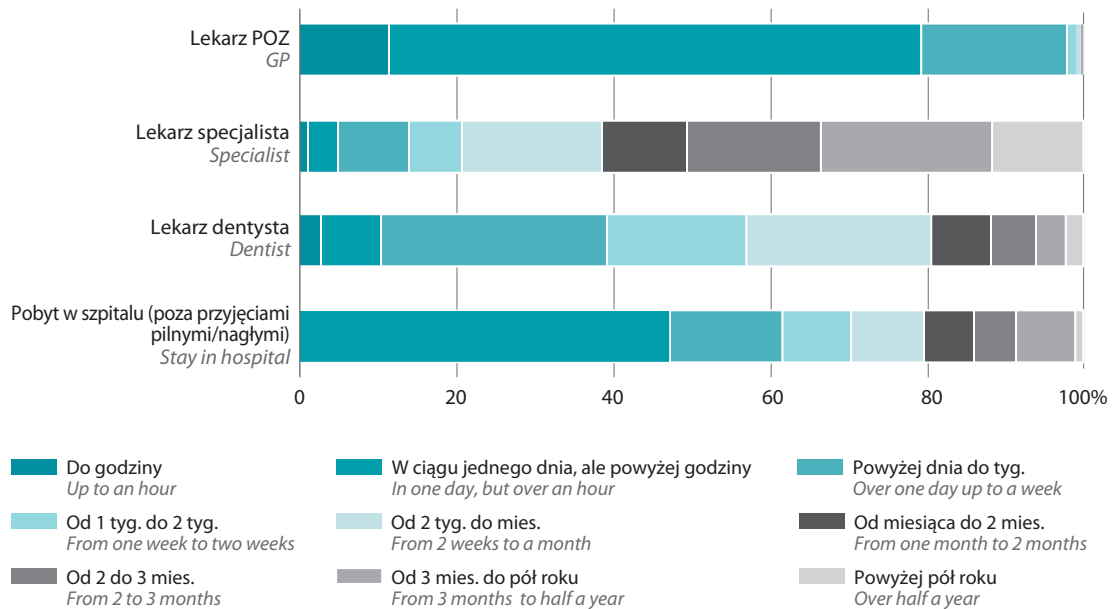
Czas oczekiwania na świadczenia medyczne

Waiting time for medical services

Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w zakresie POZ oceniło 82,8%, lekarza specjalisty 58,1%, lekarza dentystry 40,3, a pobyt w szpitalu 11,7% respondentów, czyli ci, którzy w ostatnim roku korzystali z poszczególnych rodzajów usług.

Wykres 57. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne

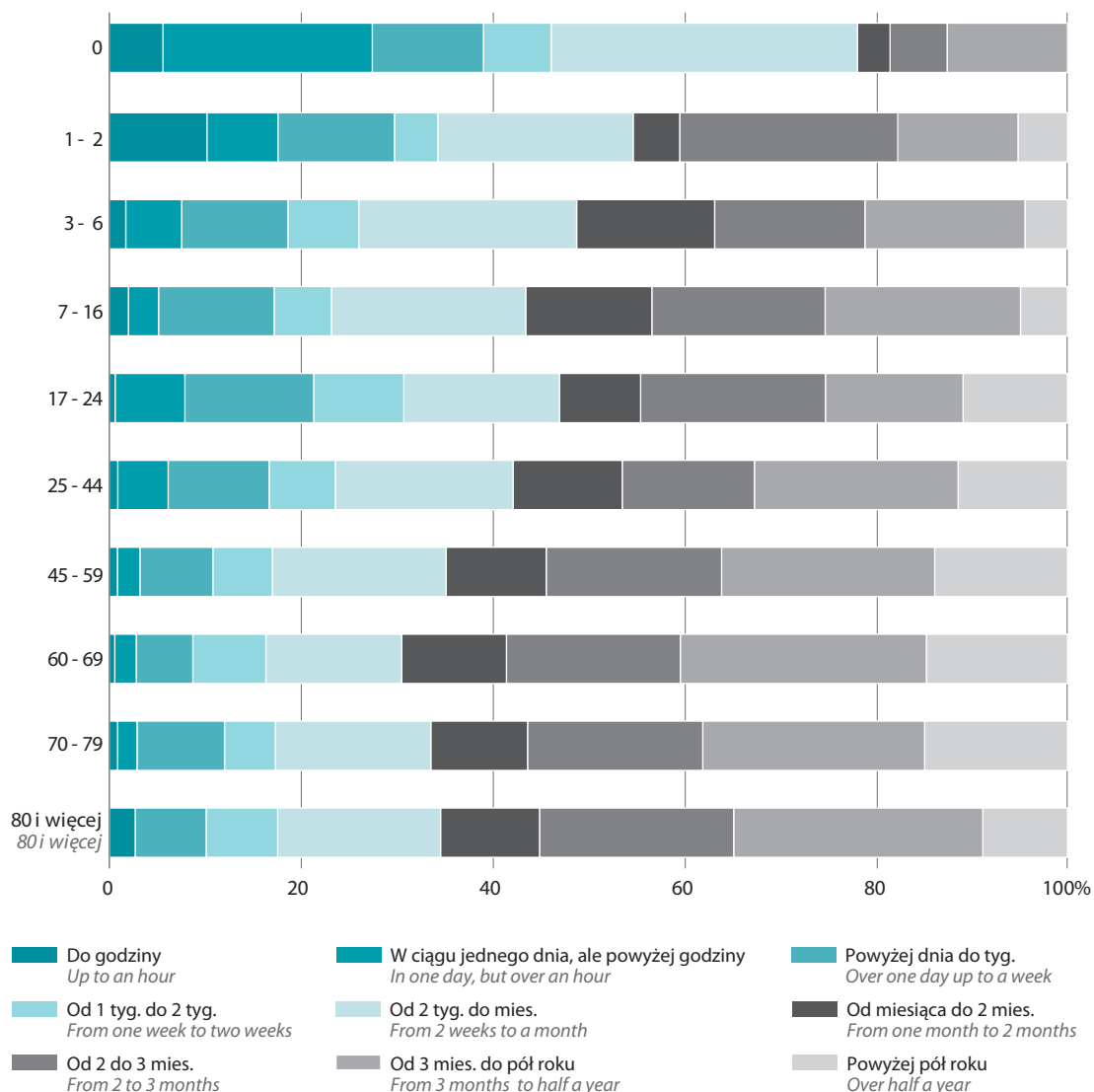
Chart 57. Waiting time for medical services



Zdecydowanie najszybciej respondenci uzyskiwali poradę lekarza pierwszego kontaktu – 79,3% uzyskało ją w ciągu jednego dnia, przy czym 11,5% bezzwłocznie (do godziny). Na szybką wizytę bez oczekiwania dłuższego niż godzinę zdecydowanie największe szanse mieli mieszkańcy miast (o liczbie mieszkańców 200-499 tys. – 15,7%). Mniejsze szanse mieli mieszkańcy mniejszych miast (o liczbie mieszkańców 20-99 tys. – 8,5%), wsi (11,9%) i największych miast (o liczbie mieszkańców powyżej 500 tys. 15,7%).

Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano dla wizyt u lekarzy specjalistów – w tym przypadku tylko jeden pacjent na siedmiu (14,1%) miał szansę na uzyskanie porady w ciągu tygodnia, a w terminie od 2 tygodni do miesiąca co czwarty (24,6%). Ponad połowa (50,5%) oczekiwała na wizytę u specjalisty ponad dwa miesiące, przy czym co piąty (17,1%) respondent potrzebujący specjalistycznej porady oczekiwał na nią od 2 do 3 miesięcy, a co dziesiąty/jedenasty (11,6%) powyżej pół roku.

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty wydłużał się wraz z wiekiem respondentów, co obrazuje poniższy wykres. Jednak może to wynikać z faktu, iż osoby starsze, częściej chore przewlekłe, są pod stałą opieką specjalistów i mają regularnie wyznaczane terminy kolejnych wizyt. W zadanym pytaniu uwzględnione są zarówno wizyty pierwszorazowe, jak i następne bez rozróżniania specjalności medycznych. Zależność ta może również wskazywać na fakt, iż dostępność jest powiązana z rodzajem specjalizacji.

Wykres 58. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty a wiek pacjentówChart 58. *Waiting time for appointment with a specialist versus patient's age*

Respondenci korzystający z wizyt u lekarza dentysty podawali krótsze czasy oczekiwania niż w przypadku wizyt u innych lekarzy specjalistów – częściej niż u co trzeciego respondenta (39,3%) wizyta odbywała się maksymalnie w ciągu tygodnia. Łatwiejszy dostęp do dentystów wynika zapewne z faktu, iż pacjenci częściej korzystają z takich usług prywatnie. Mieszkańcy największych miast mieli najszybszy dostęp do lekarza dentysty (14,3% z nich uzyskiwało go niezwłocznie lub w ciągu 1 dnia), w przeciwieństwie do mieszkańców małych miejscowości (dostęp niezwłoczny lub w ciągu jednego dnia w miejscowości poniżej 20 tys. uzyskało 6,3% respondentów).

Zwraca uwagę duży odsetek respondentów (47,3%) twierdzących, że czas oczekiwania na pobyt w szpitalu (nie uwzględniając przypadków nagłych/pilnych) był minimalny – czyli byli hospitalizowani w ciągu jednego dnia. W grupie wiekowej 0 lat 92,1% pacjentów było przyjętych w ciągu jednego dnia.

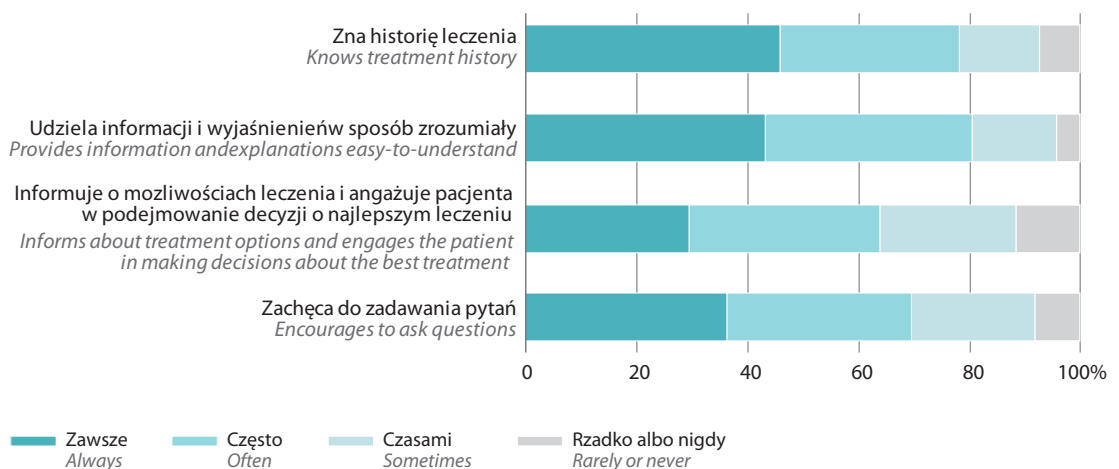
Responsywność, czyli spełnienie oczekiwań pacjentów przez lekarzy Responsiveness - meeting expectations of patients by doctors

Większość respondentów była usatysfakcjonowana wyborem lekarza pierwszego kontaktu/pediatry, o czym świadczy 30,0% zdecydowanie zadowolonych i 61,8% raczej zadowolonych. Zdecydowane niezadowolone ze swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej odnotowano u 2,0% pacjentów.

Na uwagę zasługuje fakt, że odsetki osób zadowolonych z wyboru lekarza pierwszego kontaktu są istotnie wyższe niż przeciętne w przypadku osób, których stan zdrowia nie jest najlepszy i prawdopodobnie częściej niż inni korzystają z porad lekarza POZ. Na przykład zdecydowanie zadowolonych z wyboru lekarza POZ było 39,4% osób, które oceniły swój stan zdrowia jako bardzo zły, 35,3% osób znajdujących się pod stałą opieką lekarską czy pielęgniarską, 41,5% spośród osób, które miały poważne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego oraz 38,0% osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

W celu dokonania oceny kolejnego aspektu jakości, czyli spełniania oczekiwań pacjentów, respondentom zadano cztery pytania odnoszące się do znajomości przez opiekującego się nimi lekarza pierwszego kontaktu ich historii leczenia, udzielania w trakcie wizyt informacji i wyjaśnień w zrozumiałym sposób, informowania o możliwościach leczenia, angażowania w podejmowanie decyzji o najlepszym leczeniu oraz zachęcania do zadawania pytań. Zagadnienia te dotyczą jednych z najważniejszych praw pacjentów. Są także podejmowane w standardach akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej. Odpowiednie zrozumienie problemów związanych z chorobą, zwłaszcza przewlekłą i angażowanie w proces leczenia pozwala pacjentowi i jego rodzinie postępować w sposób dużo korzystniejszy z medycznego punktu widzenia, co przekłada się na lepsze wyniki leczenia.

Wykres 59. Responsywność lekarzy
Chart 59. Responsiveness of doctors

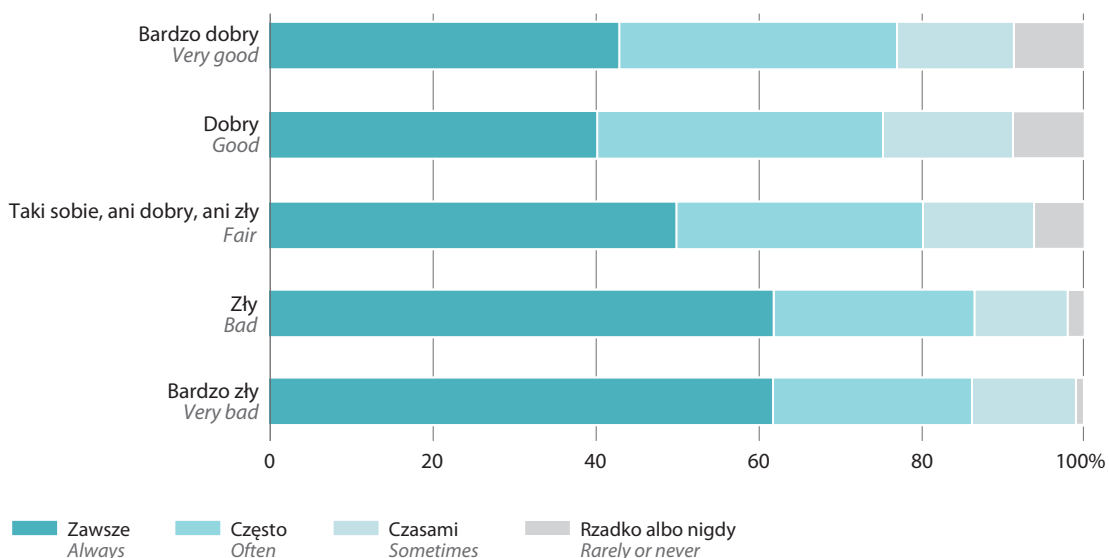


Najkorzystniej respondenci ocenili znajomość historii leczenia – prawie co drugi (45,9%) jest pod opieką lekarza, który zawsze zna historię jego leczenia, a (43,2%) ma lekarza, który zawsze udziela informacji/ wyjaśnień w zrozumiałym sposób. W tych dwóch przypadkach odnotowano najmniej ocen skrajnie krytycznych (rzadko albo nigdy) – 7,3% dla znajomości historii leczenia i 4,2% dla zrozumiałego udzielania informacji.

Dwóch na trzech pacjentów (63,9%) jest zawsze lub często informowana o możliwościach leczenia, a co dziesiąty pacjent praktycznie nie ma na to szans (11,5% odpowiedzi rzadko lub nigdy). Podobny obraz rysuje się w kwestii zachęcania pacjenta do zadawania pytań – mniej niż co dziesiąty ankietowany (8,1%) nie spotkał się z taką sytuacją, a co trzeci może zawsze liczyć na swojego lekarza w tym względzie (36,3%).

Znajomość historii leczenia przez lekarza okazała się powiązana z samooceną stanu zdrowia ankietowanych – lekarze pierwszego kontaktu lepiej znają problemy zdrowotne pacjentów będących w gorszej kondycji zdrowotnej, co wynika zapewne z faktu częstszych kontaktów. Natomiast w pozostałych aspektach relacji pacjentów z lekarzem POZ nie zaobserwowano takiej korelacji.

Wykres 60. Rozeznanie lekarza w historii leczenia pacjenta w zależności od jego samooceny stanu zdrowia
Chart 60. Doctor's recognition of patient medical history in correlation with self-assessment of health status



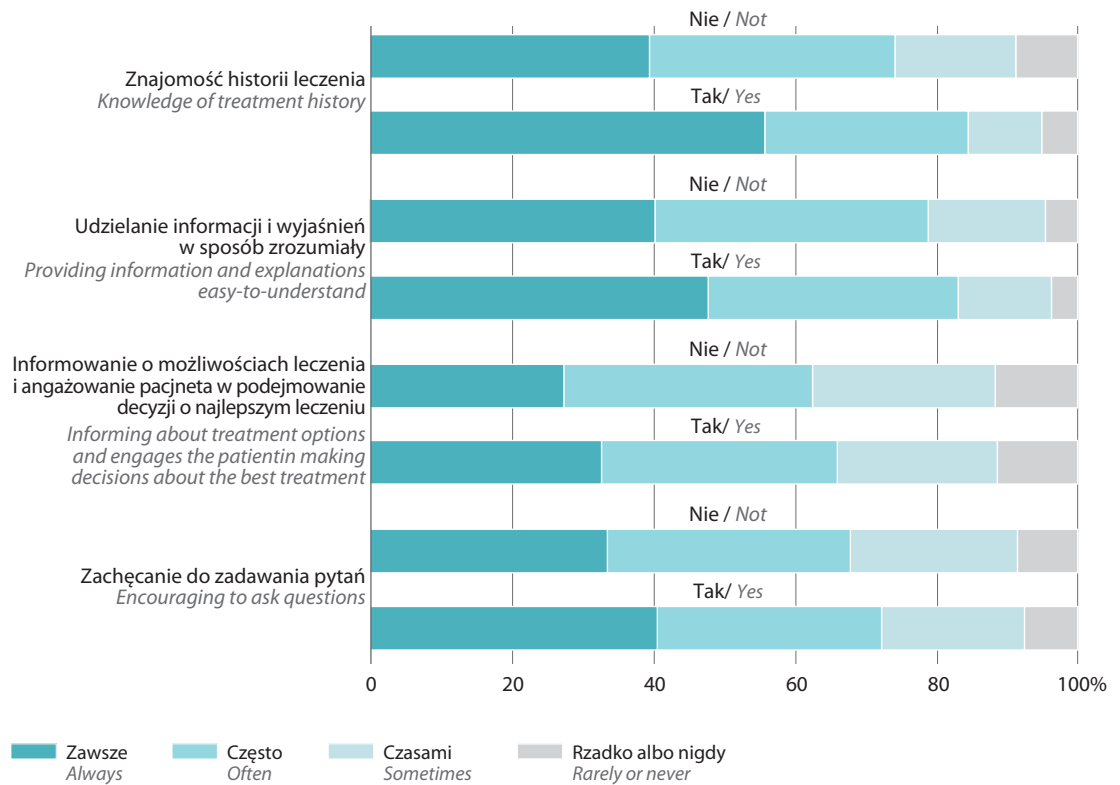
Podobne wnioski wynikają z analizy odpowiedzi na pytania dotyczące aspektu responsywności w odniesieniu do występowania choroby przewlekłej u pacjenta.

Osoby chore przewlekłe mogą zdecydowanie częściej liczyć na dobre rozeznanie lekarza w ich historii leczenia. Nieco częściej wybierały również odpowiedź najbardziej pozytywną w odniesieniu do pozostałych aspektów relacji, co obrazują zamieszczone wykresy.

Konsekwentnie zwłaszcza na lepszą znajomość historii leczenia mogą liczyć pacjenci objęci stałą opieką lekarską/pielęgniarską.

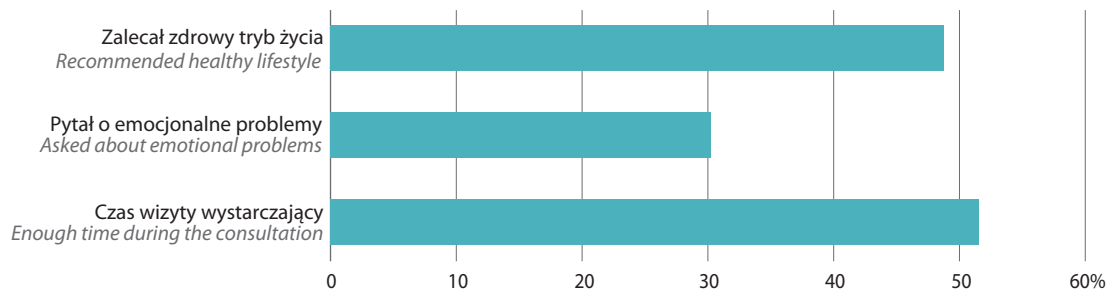
Wykres 61. Responsywność lekarzy a występowanie u pacjenta chorób przewlekłych

Chart 61. Responsiveness of doctors in correlation with occurrence of chronic diseases



Wykres 62. Rozeznanie lekarza w potrzebach zdrowotnych pacjentów

Chart 62. Doctor's recognition of patient health care needs



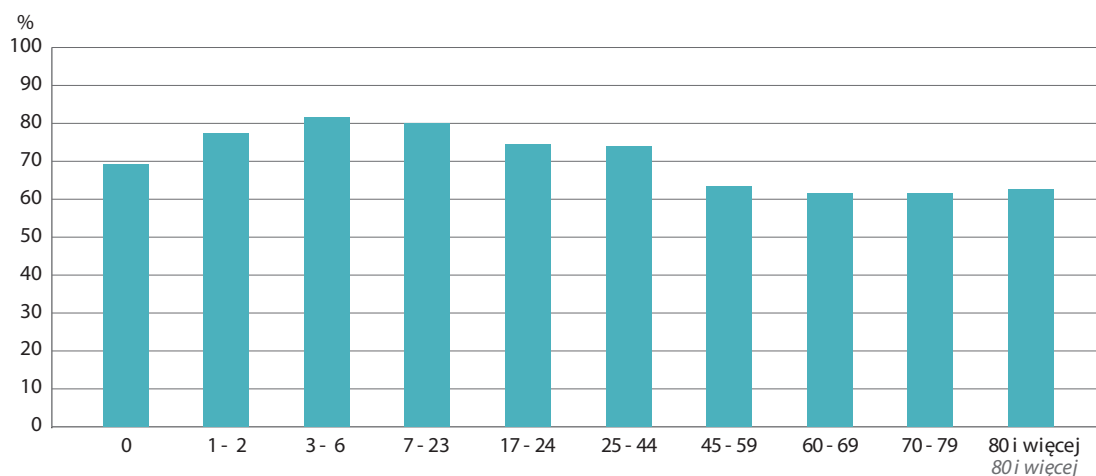
Respondentom zadano również pytanie o to, czy lekarz pierwszego kontaktu/pediatra podczas wizyt zalecał zdrowy tryb życia, czy pytał o problemy emocjonalne oraz czy czas poświęcony przez lekarza był wystarczający.

Najlepiej z tych trzech aspektów oceniono czas poświęcany przez lekarza pacjentom – niemal trzy czwarte z nich (71,6%) uznała, że był on wystarczający. Niemal połowa (48,8%) przyznała, że lekarz zalecał im zdrowy tryb życia (np. ćwiczenia fizyczne, dietę). Najrzadziej natomiast lekarze pytali o problemy emocjonalne (np. stres), które mogą mieć wpływ na zdrowie ich pacjentów (30,2% odpowiedzi potwierdzających). Uzyskane wyniki wskazują na pewne niedostatki w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej.

Nie odnotowano dużych różnic w postrzeganiu czasu wizyty w zależności od cech społeczno-demograficznych i charakterystyki zdrowotnej pacjentów. Nieco częściej za wystarczający uznawali go pacjenci najmłodsi, tj. w wieku do 3 lat (ponad 81,6% ocen zadowolających). Najgorzej oceniali czas wizyty pacjenci w bardzo złym stanie zdrowia, częściej niż co dziesiąty (10,9%) badany w tej grupie pacjentów stwierdził, że lekarz rzadko albo nigdy nie miał dla niego wystarczająco dużo czasu. Częściej na zainteresowanie problemami emocjonalnymi mogły liczyć osoby starsze (w wieku 60-69 lat – 38,4% i 70 -79 lat 38,4% i 80 lat i więcej – 37,5%), a w związku z tym także emeryci i renciści – 38,5%. Odsetek osób potwierdzających, że lekarz pytał o takie problemy był powiązany z wiekiem i charakterem pracy. Najrzadziej na zainteresowanie problemami emocjonalnymi mogły liczyć osoby utrzymujące się z innych dochodów (21,6%) oraz osoby korzystające ze świadczeń socjalnych (22,0%).

Wykres 63. Zainteresowanie lekarza emocjonalnymi problemami pacjentów według wieku

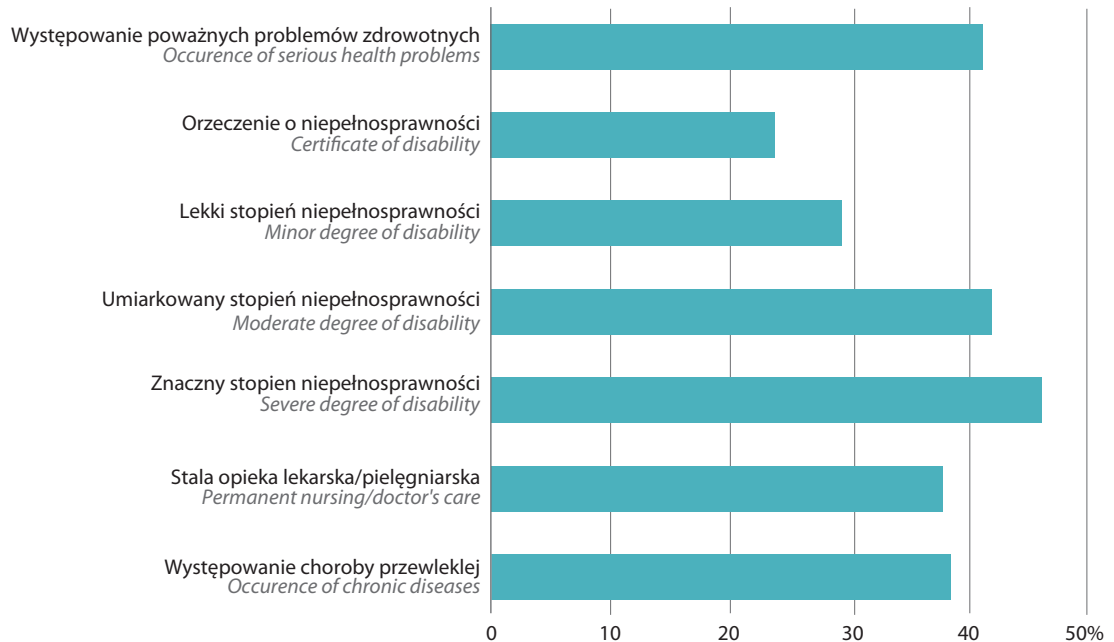
Chart 63. Doctor's interest in patient emotions by age



Stan zdrowotny pacjentów miał również istotne znaczenie dla zainteresowania lekarzy problemami emocjonalnymi swoich pacjentów. Rosło ono wraz z pogarszającą się samooceną stanu zdrowia - od 21,1% w przypadku bardzo dobrej samooceny do 43,6% w przypadku bardzo złej samooceny. Konsekwentnie częściej o problemy emocjonalne byli pytani pacjenci z chorobami przewlekłymi (38,5%), z poważnymi ograniczeniami wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (42,3%), pozostające pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską (37,8%). Również większe zainteresowanie tymi problemami odnotowano u osób niepełnosprawnych. Podobnie częściej lekarze zalecali zdrowy tryb życia osobom starszym, emerytom lub rencistom (61,5%).

Wykres 64. Członkowie gospodarstw według określonych cech zdrowotnych, których lekarz pytał o emocjonalne problemy

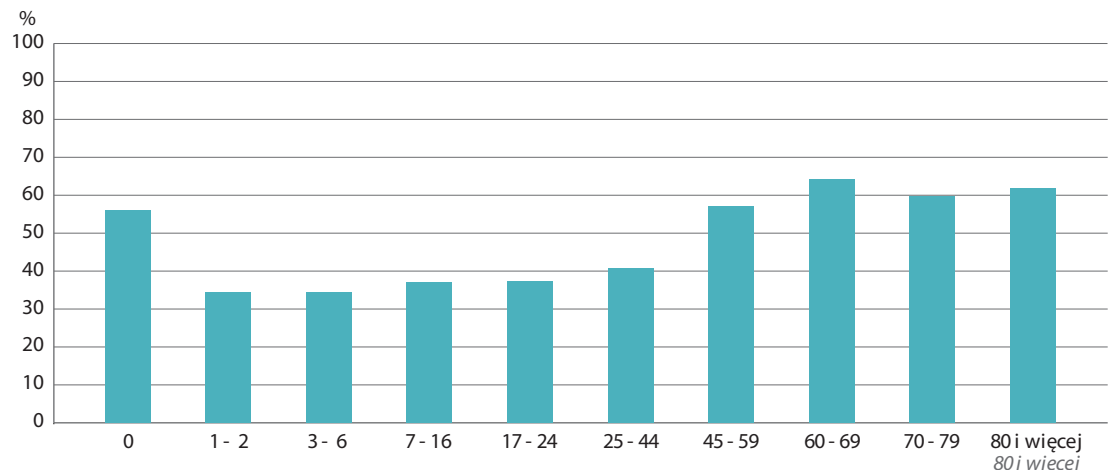
Chart 64. Household members by specific health characteristics, that the doctor asked about emotional problems



Tylko mniej niż co czwarta osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności i mniej niż co trzecia z lekkim stopniem niepełnosprawności stwierdziły, że lekarz podczas wizyty pytał o ich problemy emocjonalne.

Wykres 65. Zalecanie zdrowego trybu przez lekarza w zależności od wieku pacjenta

Chart 65. Doctor's recommendation of healthy life style correlated with patient's age

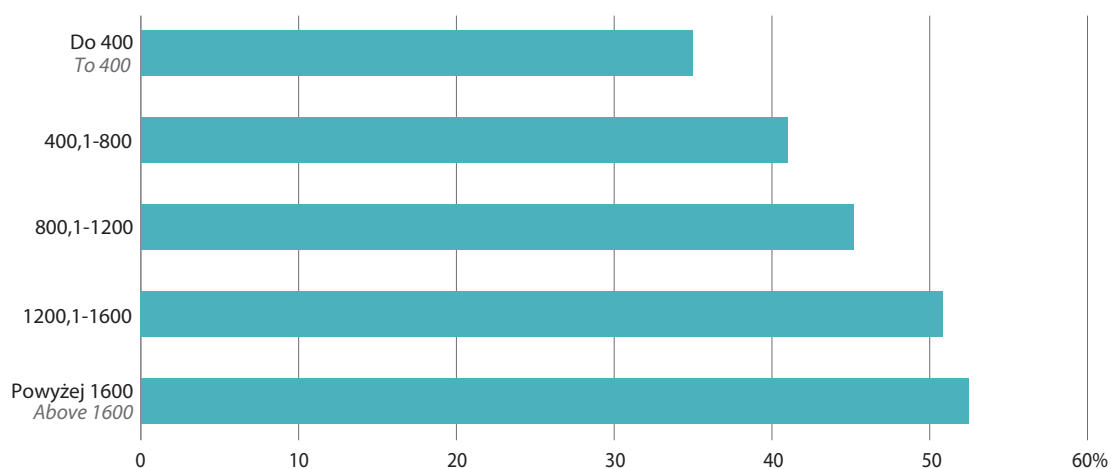


W rezultatach badania zaobserwowano korelację częstości podejmowania tego tematu przez lekarzy z rosnącymi dochodami pacjentów (od 35,0% wśród tych o najniższych dochodach, tj. do 722 złotych na 1 osobę w gospodarstwie, do 52,5% wśród najlepiej zarabiających, czyli powyżej 1850 złotych na 1 osobę).

Także i w tym aspekcie stan zdrowia pacjentów miał istotne znaczenie dla podejmowania przez lekarza rozmowy zachęcającej do zdrowego stylu życia. Uwidocznilo się to zarówno w powiązaniu z obiektywnymi faktami dotyczącymi stanu zdrowia, jak i z subiektywną samooceną stanu zdrowia. Z zaleceniami składającymi się na zdrowy tryb życia częściej spotykały się osoby chorujące przewlekle (60,4%) lub z poważnymi problemami zdrowotnymi (58,8%), objęte stałą opieką lekarską/pielęgniarską (59,0%), a także z poważnymi (61,2%) lub umiarkowanymi (63,7%) możliwościami wykonywania podstawowych czynności życia codziennego.

Wykres 66. Zalecanie przez lekarza zdrowego trybu życia pacjentom według dochodów

Chart 66. Doctor's recommendation of healthy life style correlated with patient's income



Doświadczenie zdarzeń niepożądanych podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych

Experience of adverse events while using health care services

Szczególnie poważnym problemem bezpieczeństwa pacjentów uzyskujących opiekę zdrowotną, jest ryzyko doznania zdarzenia niepożądanego. Dane szacunkowe Unii Europejskiej wskazują, że od 8 do 12% pacjentów przyjmowanych do szpitala w krajach członkowskich doświadcza zdarzenia niepożądanego podczas otrzymywania świadczeń zdrowotnych. Są to zdarzenia takie jak zakażenia związane z opieką zdrowotną, błędy związane z lekami, błędy chirurgiczne, zdarzenia związane z awariami sprzętu medycznego, ze złą lub opóźnioną diagnozą, z postępowaniem terapeutycznym nieadekwatnym w stosunku do uzyskanych wyników badań diagnostycznych⁵. Szacuje się, że największy odsetek tych zdarzeń stanowią zakażenia – ok. 25% wszystkich zdarzeń niepożądanych. Każdego dnia 1 na 18 pacjentów w szpitalach europejskich doznaje zakażenia podczas korzystania z opieki zdrowotnej⁶. W roku daje to liczbę ok. 1.4 miliona pacjentów zakażonych w krajach UE; ok. 37 tysięcy osób umiera w wyniku takiego zakażenia. Szacuje się, że ok. 20-30% zakażeń związanych z opieką zdrowotną można by zapobiec gdyby stosować się rygorystycznie do zaleceń higienicznych i wdrażać programy nadzoru nad stanem higieny w jednostkach opieki zdrowotnej⁷.

⁵ http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm

⁶ <http://www.ecdc.europa.eu/en/press/Press%20Releases/press-release-healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-.pdf>

⁷ http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/healthcare-associated_infections/pages/index.aspx

Dane te uświadamiają, że nie jest to jedynie kwestia zdrowia publicznego, ale także znaczne obciążenie ekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia. Dlatego Komisja Europejska w odpowiedzi na wyniki badań wskazujące, że znacznej liczbie zdarzeń niepożądanych można zapobiec, i że mają one najczęściej swoje źródła w organizacji systemu opieki, a nie są wynikiem zaniedbań ludzi, w 2009 roku przyjęła szereg rekomendacji, które mają na celu wskazanie postępowania dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów podczas korzystania z opieki zdrowotnej.

W celu oceny jednego z najistotniejszych aspektów jakości - bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, respondentom zadano pytanie, czy w trakcie lub w efekcie uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w 2016 roku doświadczyli zdarzenia niepożądanego, rozumianego jako szkoda, do której doszło w trakcie leczenia lub diagnostyki. Respondenci wskazywali, czy doświadczyli zdarzenia niepożądanego określając jednocześnie typ zdarzeń: czy było to zakażenie związane z opieką zdrowotną, zdarzenie związane z lekami (rodzajem, dawką), *porozumieniem*/komunikacją, np. w relacji lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent, błędem w diagnozie, awarią sprzętu medycznego, chirurgią, zabiegami realizowanymi przez pielęgniarkę, czy inne zdarzenie. Kolejne pogłębione pytania miały na celu uzyskanie wiedzy o okolicznościach wystąpienia i konsekwencjach zdrowotnych takich zdarzeń. Pytania te dotyczyły więc wszystkich osób z gospodarstwa domowego, które korzystały z usług medycznych w 2016 roku, bez względu na wiek. W przypadku osób niepełnoletnich czy niezdolnych do samodzielnego wyrażenia opinii, odpowiedzi udzielali dorośli członkowie rodziny/gospodarstwa domowego.

Ze względu na małą liczbę przypadków zdarzeń niepożądanych, wyniki należy interpretować ostrożnie. W zbadanej populacji (9 951) osób jedna na tysiąc oświadczyła, że w 2016 r. podczas korzystania z usług medycznych w placówkach opieki zdrowotnej, doznała zakażenia, a pięć na tysiąc – zdarzenia niepożądanego.

Do najczęściej identyfikowanych zdarzeń należał błąd w diagnozie podczas korzystania z usług POZ. Wśród osób które doświadczyły zdarzenia niepożądanego podczas korzystania z usług szpitala respondenci również najczęściej wskazywali, iż był to błąd w diagnozie (14,3%) następnie uszkodzenie okołoporodowe (12,8%). Na zakażenie wskazało 5,4% osób, które doświadczyły zdarzenia niepożądanego i 0,3% wszystkich osób przebywających w szpitalu.

Spośród osób, które doznały zdarzenia niepożądanego 43,2% stwierdziło, że konsekwencją zdarzenia było znaczne pogorszenie ich stanu zdrowia; co dziesiąta osoba (11,1%) nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie.

Jeśli liczby zdarzeń odniesiemy do liczby badanych, którzy w 2016 roku przebywali w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, to zdarzenia niepożądane wystąpiły u blisko 2,2% ankietowanych.

Najczęściej osobą która stwierdzała wystąpienie zdarzenia niepożądanego był pacjent lub jego rodzina (64,3%), rzadziej lekarz lub personel (22,9%). W przypadku gdy doszło do zdarzenia niepożądanego najczęstszą reakcją było omówienie go w gronie rodziny (26,4%), Co czwarty pacjent został poinformowany, że doszło do zdarzenia (25,1%). Blisko co dziesiąty pacjent mógł liczyć na to, iż uzyska informacje o następstwach zdarzenia (12,1%) i wyjaśnienie jego przyczyn (8,6%). Niestety więcej niż w stosunku do co trzeciego pacjenta (37,8%) nie podjęto żadnych działań.

Jako najbardziej wiarygodną instytucję do której zgłosiliby się poszkodowani w skutek doznania zdarzenia niepożądanego respondenci uznali Rzecznika Praw Dziecka do którego zgłoszenia dokonałoby 31,4% ankietowanych, następnie do Dyrekcji Szpitala 25,3% oraz do prawników 22,0%.

Wyniki badania gospodarstw domowych w Polsce pokazują, że mamy do czynienia z niższym oszacowaniem zjawiska ryzyka zdarzeń niepożądanych niż wskazują dane UE. W badaniu Eurobarometr prowadzonym w 2013 roku nieco poniżej 1/5 polskich respondentów oświadczyła, że oni sami lub ktoś z członków ich rodziny doświadczyli zdarzenia niepożądanego w wyniku korzystania z opieki zdrowotnej (18%). Wśród

mieszkańców wszystkich państw Unii Europejskiej odsetek ten był jeszcze wyższy i wyniósł średnio 27%. Takie opinie wyrażały najczęściej osoby mieszkające w północnych i zachodnich rejonach UE, co może wskazywać na większą świadomość społeczeństwa tych rejonów UE w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki. Różnica między badaniami może być ponadto wynikiem różnic w treści pytań – w badaniu gospodarstw domowych respondent był pytany o własne doświadczenie zdarzenia niepożądanego, natomiast w badaniu Eurobarometr własne lub kogoś z członków rodziny.

Oznaki dyskryminacji i nierównego traktowania

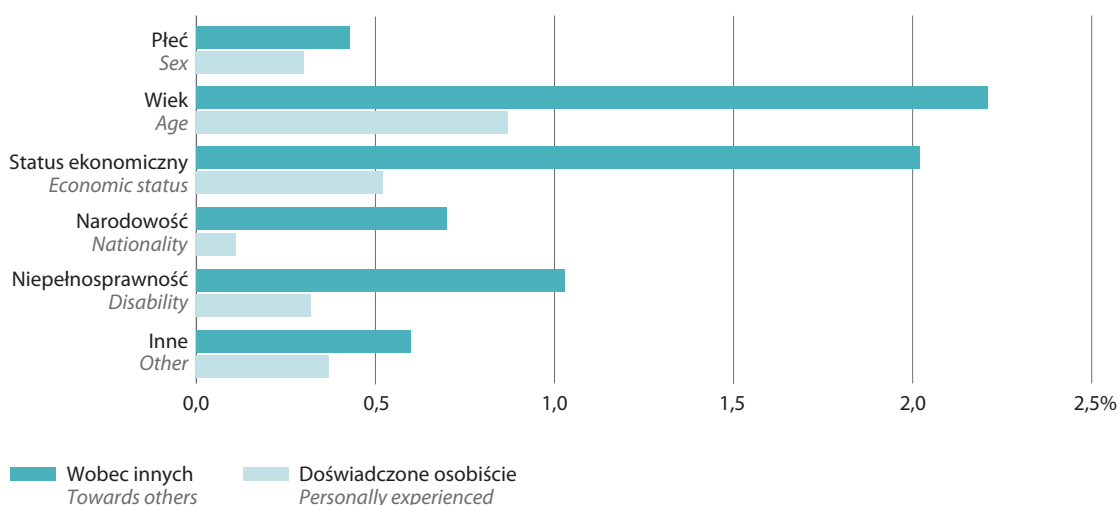
Discrimination and unequal treatment

Podobnie jak w poprzedniej edycji badania wyniki wskazują, że problem dyskryminacji lub nierównego traktowania podczas korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach środków publicznych, jak i poza nimi, występuje raczej rzadko.

Częściej niż doświadczenie dyskryminacji w stosunku do własnej osoby respondenci zgłaszali zaobserwowanie oznak dyskryminacji lub nierównego traktowania w stosunku do innych osób, co zobrazowano na poniższym wykresie. Takie obserwacje w stosunku do innych zgłosiło 4,2% badanych, natomiast oznaki dyskryminacji w stosunku do własnej osoby odnotowało 2,3% badanych. W obydwu przypadkach odnotowano, że najczęściej była to dyskryminacja ze względu na wiek oraz status ekonomiczny. Mniej osób wskazywało, że obserwowało oznaki dyskryminacji w stosunku do innych lub same czuły się dyskryminowane z powodu niepełnosprawności czy płci, a najmniej z powodu narodowości. Zdecydowanie częściej dyskryminację odczuwały kobiety zarówno w stosunku do siebie (2,8%) jak i wobec innych osób (4,9%). Dla porównania 1,7% mężczyzn odczuwało dyskryminację wobec własnej osoby i 3,1% wobec innych.

Wykres 67. Członkowie gospodarstw domowych doświadczający dyskryminacji lub nierównego traktowania podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych w stosunku do siebie i do innych.

Chart 67. Percentage of household members experiencing or observing discrimination or unequal treatment while using health care services



Ogółem na problem dyskryminacji i nierównego traktowania podczas korzystania z opieki zdrowotnej, czy to w stosunku do własnej osoby czy innych, częściej zwracały uwagę kobiety niż mężczyźni. Stosunkowo częściej dyskryminowane czuły się osoby źle i bardzo źle oceniające swój stan zdrowia.

Problem dyskryminacji z powodu wieku dotyczył przede wszystkim osób starszych: na doświadczenie dyskryminacji w stosunku do własnej osoby z powodu wieku wskazywało 4,1% osób w wieku 70-79 lat i 3,4% w wieku powyżej 80 lat. Osoby w tych grupach wiekowych także najczęściej odpowiadały, że spotkały się z oznakami dyskryminacji w stosunku do innych ze względu na wiek, wskazywało na to 3,7% osób w wieku 70-79 lat i 3,4% w wieku powyżej 80 lat.

Podsumowanie

Summary

Poprawa jakości stanowi istotny element wszystkich systemów opieki zdrowotnej. Za jej kluczowe cele należy uznać dostarczenie opieki bezpiecznej, zorientowanej na pacjentów i spełniającej ich oczekiwania.

Większość respondentów uznała, że jakość opieki zdrowotnej uzyskiwanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) w 2016 roku nie zmieniła się w stosunku do roku wcześniejszego. Co dziesiąty uczestnik badania uważał jednak, że nastąpiło pogorszenie w tym zakresie, podobną ocenę reprezentowało w badaniu w 2013 roku blisko dwa razy więcej respondentów.

Ponad połowa respondentów uznała, że dostęp do lekarza i pielęgniarki w domu jest łatwy. Jedną z oczekiwanych form kontaktu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest możliwość uzyskania porady telefonicznej w godzinach przyjęć, której zapewnienie jest jednym ze standardów akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej. Oceny w tym zakresie wskazują na trudności w organizacji tego typu porad.

Analiza czasu oczekiwania na świadczenia medyczne wykazała, że najszybciej można uzyskać poradę lekarza pierwszego kontaktu, niemal 80% uzyskało ją w ciągu jednego dnia, przy czym co dziesiąty bezzwłocznie (do godziny). W zdecydowanie gorszej sytuacji znajdował się pacjent w przypadku wizyty u lekarza specjalisty. Tylko jeden pacjent na siedmiu miał szansę na uzyskanie porady w ciągu tygodnia, a w terminie od 2 tygodni do miesiąca co czwarty. Ponad połowa oczekiwała na wizytę u specjalisty ponad dwa miesiące, a co dziesiąty – ponad pół roku.

W ocenie responsywności lekarzy najkorzystniejsza ocena dotyczyła znajomości historii leczenia – prawie co drugi respondent był pod opieką lekarza, który zawsze zna historię jego leczenia, a czterech na dziesięciu miało lekarza, który zawsze udziela informacji/wyjaśnień w zrozumiałym sposób. W tych dwóch przypadkach odnotowano najmniej ocen skrajnie krytycznych. Dwóch na trzech pacjentów było zawsze lub często informowane o możliwościach dalszego leczenia, a co dziesiąty pacjent praktycznie nie miał na to szans. Podobny obraz rysuje się w kwestii zachęcania pacjenta do zadawania pytań – mniej niż co dziesiąty ankietowany nie spotkał się z taką sytuacją, a tylko co trzeci mógł zawsze liczyć na swojego lekarza w tym względzie. Tylko co trzeci pacjent mógł liczyć na zainteresowanie lekarza jego problemami emocjonalnymi, które mogą mieć wpływ na zdrowie. Większość badanych oceniła, że czas poświęcony mu przez lekarza był wystarczający a niemal połowa, że lekarz zalecał zdrowy styl życia.

Szczególnie poważnym problemem bezpieczeństwa pacjentów uzyskujących opiekę zdrowotną, jest ryzyko doznania zdarzenia niepożądanego, w tym zakażenia. W zbadanej populacji osób jedna na tysiąc oświadczyła, że w 2016 r. podczas korzystania z usług medycznych w placówkach opieki zdrowotnej, doznała zakażenia, a pięć na tysiąc - zdarzenia niepożądanego. Tak mała liczba przypadków nie pozwala na zasygnalizowanie problemu, bez oceny i wyciągnięcia wniosków.

Problem dyskryminacji lub nierównego traktowania podczas korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach środków publicznych, jak i poza nimi, występuje raczej rzadko. W zbadanej populacji Częściej niż doświadczenie dyskryminacji w stosunku do własnej osoby respondenci zgłaszali zaobserwowanie oznak dyskryminacji lub nierównego traktowania w stosunku do innych osób, co zobrazowano na poniższym wykresie. Takie obserwacje w stosunku do innych zgłosiło 4,2% badanych, natomiast oznaki dyskryminacji w stosunku do własnej osoby odnotowało 2,3% badanych.

Uwagi metodologiczne

Methodological notes

Charakterystyka metody badawczej i realizacja badania

Characteristics of survey method and response rate

Badanie było zrealizowane w styczniu 2016 r. i objęło wszystkie gospodarstwa domowe z pierwszej próbkki, które wzięły udział w badaniu budżetów gospodarstw domowych w IV kwartale 2016 r. Zastosowanie takiej metody pozwoliło na połączenie wyników tego badania z wynikami podstawowego badania budżetów gospodarstw domowych i wykorzystanie w celach analitycznych pewnych informacji uzyskanych od respondentów w badaniu podstawowym (cechy społeczno-demograficzne osób i gospodarstw domowych), bez niepotrzebnego zadawania po raz drugi tych samych pytań. Z badania podstawowego wykorzystano również informacje o wysokości dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w gospodarstwie, które pozwoliły na wyodrębnienie grup kwintylowych¹ gospodarstw domowych.

The survey was conducted in January 2016 and encompassed all the households from the first subsample, which took part in the household budget survey in the fourth quarter of 2016. The application of such method allows to combine the results of this survey with the results of the basic survey of household budgets and usage of certain information in analytic aims from the respondents in the basic survey (social-demographic characteristics of households and their members), without the necessity of repeating the same questions. The information about the available income per household members were used from the basic survey, which allowed to separate the quintile¹ groups of households.

Granice przedziału dochodu rozporządzalnego na 1 osobę za 2016 r.

Boundaries of the available income per capita range in 2016

Grupa kwintylowa <i>Quintile group</i>	Dolna i górna granica grupy kwintylowej (dochodu rozporządzalnego na 1 osobę) w zł <i>Lower and upper boundary of quintile group (available income per capita) in PLN</i>
1	do 908,80 zł
2	909,19-1205,00 zł
3	1205,78-1541,39 zł
4	1542,35-2040,00 zł
5	2042,00 i więcej

¹ Grupy kwintylowe zostały utworzone na podstawie informacji o wysokości dochodu rozporządzalnego na osobę w gospodarstwie domowym, uzyskanej z badania budżetów gospodarstw domowych. Listę członków wszystkich gospodarstw domowych po uprzednim uporządkowaniu według rosnących wartości dochodu rozporządzalnego na osobę podzielono na 5 równych części, które stanowią poszczególne grupy kwintylowe. Skrajne wartości dochodów w tych grupach tworzą granice przedziałów dochodu rozporządzalnego w grupach kwintylowych.

Quintile groups were created on the basis of per capita available income in the household according to the household budget survey results. Thus members of all the households in the survey are listed according to the increasing per capita available income using the weights applied in the survey and divided into five groups, equal in number of the weighted persons. The first quintile (I) consists of 20% of persons with the lowest incomes, while the fifth quintile (V) – 20% of persons with the highest incomes.

<p>Badanie przeprowadzone zostało metodą wywiadu bezpośredniego, przez ankierów biorących udział w podstawowym badaniu budżetów.</p>	<p>The survey was carried out using the method of direct interview by the interviewers participating in the basic survey of household budgets.</p>
<p>W IV kwartale 2016 r. w badaniu budżetów gospodarstw domowych w 1 podpróbce wzięło udział 4648 gospodarstw domowych, z którymi przeprowadzono wywiad kwartalny. Z tej grupy w badaniu modułowym „Ochrona zdrowia ...” uczestniczyło 4393 (94,5%) gospodarstw. Spośród pozostałych 255 gospodarstw, 206 nie przystąpiło do badania z powodu odmowy. W zbadanych gospodarstwach liczba osób podlegających badaniu wyniosła 11636 osób. Wyniki badania zostały uogólnione na wszystkie indywidualne gospodarstwa domowe.</p>	<p>In the fourth quarter of 2016, 4648 households participated in the survey of household budgets in the first subsample, with which the quarterly interview was conducted. 4393 (94,5%) households from this group took part in the module survey 'Healthcare'. Among 255 remaining households, 206 did not take part in the survey because of the refusal. The number of persons being the subject of the survey was 11636 in surveyed households. The results of the survey were generalized to all the private households.</p>
<p>Narzędzia badawcze</p>	<p>Survey tools</p>
<p>Narzędziem badania były dwa kwestionariusze: „Kwestionariusz gospodarstwa domowego DS-50 G” oraz „Kwestionariusz indywidualny DS-50 I”. Obydwa formularze zostały zamieszczone w aneksie do niniejszego opracowania</p>	<p>Two questionnaires: were used to conduct the survey: „Household questionnaire DS-50 G” and „Individual questionnaire DS-50 I”. Both are included as annexes to this publication.</p>
<p>Badanie objęło okres od 01.I.2016 r. do 31.XII.2016 r. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że niektóre z pytań ograniczone zostały do ostatnich 3 miesięcy, czyli do IV kwartału 2013 r. dotyczyło to w szczególności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej</p>	<p>The survey covered the period from 1 January 2016 to 31 of December 2016. However, it should be noted that some questions were limited to the last 3 months or 4th quarter of 2016, especially those concerning outpatient care.</p>
<p>Kwestionariusz DS-50 G odnosił się do gospodarstwa domowego jako całości i zawarte w nim pytania dotyczyły przede wszystkim charakterystyki gospodarstwa domowego, zakupu leków i innych artykułów farmaceutycznych, korzystania z wybranych usług medycznych.</p>	<p>Questionnaire DS-50 G- referred to households as a whole thus questions contained in it concerned mainly household characteristics, purchase of medicines and other medical products, usage of selected health services.</p>
<p>Kwestionariusz indywidualny DS-50 I przeznaczony był dla poszczególnych osób wchodzących w skład badanych gospodarstw domowych. W wywiadzie brały udział wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej, natomiast informacje o dzieciach w wieku do 14 lat podawali ich rodzice lub inne osoby najlepiej zorientowane w sytuacji dzieci. Również w odniesieniu do osób dorosłych dopuszczono w wyjątkowych przypadkach przeprowadzenie wywiadów zastępczych (np. niemożność kontaktu ze względu na stan zdrowia respondenta, nieobecność lub inna ważna przyczyna). Wyjątkiem był blok pytań podejmujących problematykę jakości opieki zdrowotnej, skierowany do osób w wieku 15 lat i więcej, który prawie w całości nie obejmował wywiadów zastępczych. Do osób w wieku 15 lat i więcej skierowane były również pytania o zdolność wykonywania czynności w odniesieniu do stanu zdrowia oraz o czynniki, które mają wpływ na stan zdrowia.</p>	<p>Questionnaire DS-50 I was intended for households members. All people aged 15 and over have taken part in the interview, while information about children until the age of 14 were provided by their parents or other people, best informed about situation of children. Likewise, in regards to adults, it was allowed, in special situations, to perform proxy interview(e.g. inability to contact in view of respondent's health condition, absence or other important reason). However, question block concerning issues of health care quality, addressed to people aged 15 and over did not cover substitute interviews almost entirely. People aged 15 and over were asked about their capabilities of performance in relation to health condition as well as about factors that influence health condition.</p>

<p>Wykorzystując kwestionariusz indywidualny zapytano respondentów o uprawnienia do świadczeń finansowanych przez NFZ, do świadczeń w ramach dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego (DZZ) oraz o uprawnienia członków gospodarstw domowych do pobierania renty. Kwestionariusz zawierał także pytania odnoszące się do stanu zdrowia (samooceny stanu zdrowia, występowania choroby przewlekłej, poważnych problemów zdrowotnych, rodzaju zażywanych w ostatnim kwartale leków). Kolejny blok pytań dotyczył informacji o pobytach w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej. Pytania w tym dziale odnosiły się do całego 2016 r. (okresu 12 miesięcy poprzedzających moment wywiadu). Znajdujące się w kwestionariuszu wywiadu informacje o korzystaniu z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnosiły się wyłącznie do IV kwartału 2016 r. Przedostatni dział dostarczył informacji na temat jakości opieki zdrowotnej w 2016 r. w ocenie respondentów. Część pytań dotyczyła wyłącznie opieki zdrowotnej realizowanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) – ogólna ocena jakości opieki zdrowotnej, ocena możliwości korzystania ze świadczeń, czas oczekiwania na poszczególne świadczenia, relacje z lekarzem. Pytania dotyczące zdarzeń niepożądanych odnosiły się do zdarzeń bez względu na rodzaj i własność placówki, w której miały miejsce, podobnie jak doświadczenia związane z dyskryminacją/ nierównym traktowaniem podczas korzystania z usług medycznych.</p>	<p>Respondents were asked about entitlement to services financed by NFZ², to services covered by additional health insurance (DZZ) and about entitlement of household members to receive disability pension.</p> <p>Questionnaire also contained questions referring to health condition (self-health assessment, occurrences of diseases, severe health problems, type of medicines used in last quarter of year). The next set of questions concerned information about stays in inpatient health care facilities. Questions in this section referred to 2016 in its entirety (12 month period prior to interview).</p> <p>Information contained in interview's questionnaire, about usage of outpatient health care referred exclusively to 4th quarter of 2016.</p> <p>Second to last section provided information in regards to quality of health care in 2016 as assessed by respondents. Some questions concerned solely health care utilised within general health security (NFZ) – general health care quality assessment, health services accessibility assessment, waiting time for particular services, relations with doctor.</p> <p>Questions about adverse events related to events regardless of the type and ownership of the facility in which they took place, not unlike the experience of discrimination/inequality during the use of medical services</p>
<p>Metoda uogólniania wyników, imputacja braków odpowiedzi, precyzja, interpretacja wyników</p>	<p>Method of generalizing results, imputing missing data, precision, interpretation of results</p>
<p>Estymacja parametrów</p>	<p>Estimation of parameters</p>
<p>W celu oszacowania parametrów przyjęta została metoda, która uwzględnia: prawdopodobieństwa wyboru mieszkań i gospodarstw domowych, strukturę populacji gospodarstw domowych i osób wg bieżących danych demograficznych.</p>	<p>To estimate the parameters, a method was adapted which takes into account: probability of selecting dwelling or household population structure of households and people according to current demographic data.</p>
<p>W związku z powyższym obliczone zostały kolejno następujące wagi: w1, czyli waga z losowania, w2 – waga uwzględniająca strukturę demograficzną gospodarstw domowych i ludności.</p>	<p>In view of the above, the following weights were calculated in sequence : w1 – or weight for sampling w2 – weight that takes into account demographic structure of households and population</p>
<p>Waga w1 dla gospodarstw domowych wynika z przyjętego planu losowania próby. Waga ta jest równa odwrotności prawdopodobieństwa wyboru mieszkania, w którym zamieszkuje zbadane gospodarstwo domowe.</p>	<p>Weight w1 for household results from adopted sampling plan. This weight is equal to the inverse of probability of selecting dwelling in which a studied household resides.</p>
<p>Waga w1 nie była korygowana z powodu występowania braków odpowiedzi, ponieważ badanie było przeprowadzone na gospodarstwach, które już brały udział w badaniu budżetów gospodarstw domowych i w tej grupie kompletność wynosiła prawie 100%.</p>	<p>Weight w1 was not adjusted against the occurrence of non-response, because survey was conducted on households that have already taken part in household's budget survey and in this group completeness was almost 100%</p>

2 National Health Fund

<p>Ważności wag w1 nie odwzorowują w sposób zadowalający badanej populacji w zakresie struktury ludności i wielkości gospodarstw. Dlatego następnym etapem było obliczenie wag w2 na podstawie wag w1. W tym celu zastosowano metodę kalibracji wag³</p>	<p>Weights from sampling w1 do not satisfyingly reproduce surveyed population in terms of population structure and household size. For this reason, next stage was to calculate weights w2 based on weights w1. In order to do that, weight calibration method was used.</p>
<p>Jako zmienne dodatkowe wykorzystano informacje o liczbie gospodarstw domowych według 6 klas wielkości, tj. 1-osobowe, 2-osobowe, 3-osobowe, 4-osobowe, 5-osobowe oraz o 6 i więcej osobach, w podziale na miasto i wieś. Dla ludności wykorzystano informację o płci, grupie wieku (14 pięcioletnich grup wieku oraz grupa 70 lat i więcej). Wartości tych zmiennych pochodziły z bieżących szacunków demograficznych i NSP 2011</p>	<p>As auxiliary variables information about household size was used. Households were divided into 6 classes depending on number of members i.e 1-person, 2-person, 3-person, 4- person, 5-person, 6 and more person. Those classes were then subdivided by area of living (urban, rural). For population information about gender, age group (14 five-year age groups and one 70 and more) was used. Value of these variables came from current demographic estimation and Population and Housing Census 2011 (NSP 2011)</p>
<p>Zastosowaną metodę kalibracji można przedstawić następująco:</p>	<p>Adopted calibration method can be presented as follows:</p>
<p>Celem kalibracji jest jak najmniejsze „poprawienie” wagi w1 tak, aby iloraz ostatecznej wagi w2 do wagi w1 był jak najbliższy jedności, a jednocześnie, aby uogólnienia za pomocą ostatecznych wag odtwarzały ustalone dane zewnętrzne.</p>	<p>The aim of calibration is to “correct” weight w1 as little as possible in such a way that quotient of final weight w2 to weight w1 was as close to unity as possible and to make sure that generalizations by means of weights w2 reproduce established external data.</p>
<p>Stosując terminologię matematyczną, problem kalibracji można sformułować wprowadzając tzw. funkcję odległości,</p> $G\left(\frac{w_2}{w_1}\right),$ <p>k która będzie kontrolowała odchylenia ilorazu wag od jedynki. Wagi „kalibrowane” w2 są rozwiązaniem następującego problemu optymalizacji z ograniczeniami:</p>	<p>Using mathematical terminology, problem of calibration can be formulated with introduction of so called distance function</p> $G\left(\frac{w_2}{w_1}\right),$ <p>which will control deviation of weights quotient from unity. “ Calibrated” weights w2 are solution to following optimisation problem with restrictions :</p>
<p>minimum:</p> $\sum_j w_{1j} G\left(\frac{w_{2j}}{w_{1j}}\right)$	<p>Minimum:</p> $\sum_j w_{1j} G\left(\frac{w_{2j}}{w_{1j}}\right)$
<p>przy ograniczeniach:</p> $\sum_{ij} w_{2j} x_{rj} = X_r, (r = 1, 2, \dots, p)$	<p>with restrictions</p> $\sum_{ij} w_{2j} x_{rj} = X_r, (r = 1, 2, \dots, p)$
<p>gdzie:</p>	<p>where:</p>
<p>j – numer gospodarstwa,</p>	<p>j- household number</p>
<p>p - liczba zmiennych pomocniczych przyjętych do kalibracji,</p>	<p>p- quantity of auxiliary variables</p>
<p>Xr - wartość globalna dla zmiennej pomocniczej r,</p>	<p>Xr- global value for auxiliary variable “r”</p>
<p>xrj - wielkość cechy r w gospodarstwie j-tym.</p>	<p>xrj - value of “r” variable in household “j”</p>

3 Podobna metoda jest stosowana w badaniach EU-SILC i EHIS.
Similar method is used in surveys EU-SILC and EHIS

<p>Sformułowany wyżej problem optymalizacji rozwiązywany jest za pomocą odpowiednich metod numerycznych, które iteracyjnie doprowadzają do rozwiązania przybliżonego. W praktycznym rozwiązywaniu tego problemu mogą być stosowane różne postacie funkcji odległości G. Przy obliczaniu wag dla badania DS-50 użyto metody opartej na funkcji sinusa hiperbolicznego, ze względu na wykazaną w praktyce własność uzyskiwania rozkładów wag kalibrowanych bardzo blisko skupionych wokół wartości wyjściowych.</p>	<p>Optimization problem formulated above is solved by appropriate numerical methods which lead to approximate solution via iteration. In practical solution of this problem various forms of distance function G may be used. When calculating weights for survey DS-50 method based on hyperbolic sinus was used due to, demonstrated in practice, trait of obtaining calibrated weights distribution very closely centred around original values.</p>
<p>Imputacja</p>	<p>Imputation</p>
<p>W badaniu występowała pewna liczba zmiennych ilościowych, odzwierciedlających kwoty wyrażone w jednostkach pieniężnych, głównie kwoty wydatków na różnego rodzaju dobra i usługi medyczne. W przeciwieństwie do pozostałych zmiennych, gdzie warunkiem poprawności i akceptacji wywiadu jest udzielenie przez respondenta jednoznacznej odpowiedzi, w przypadku zmiennych wyrażających kwoty pieniężne możliwe jest nieudzielenie odpowiedzi przez respondenta. Taka sytuacja jest akceptowana i oznaczana za pomocą specjalnego kodu jako pozycyjny brak danych, dotyczący pojedynczej zmiennej. Brakujące wartości były imputowane przy użyciu metod imputacji statystycznej, tak aby uzyskać kompletny zbiór danych, w którym braki danych są zastąpione możliwie najbardziej prawdopodobnymi oszacowaniami. Celem było uzyskanie możliwie najdokładniejszych wyników uogólnionych. Ze względu na niewielki odsetek danych brakujących oraz perspektywę wykorzystania danych przede wszystkim w postaci uogólnień, a nie jako danych jednostkowych, zachowanie rozkładu zmiennych na poziomie danych jednostkowych miało mniejsze znaczenie. Z tego względu zastosowano deterministyczną metodę imputacji. Metody deterministyczne zwykle zapewniają wyższą precyzję uogólnień niż metody stochastyczne (zawierające element losowy), gdyż nie wprowadzają dodatkowej składowej błędu losowego, choć przy znaczącym odsetku obserwacji, których dotyczy imputacja, mogą zniekształcać rozkłady danych jednostkowych i utrudniać oszacowanie rzeczywistego błędu losowego.</p>	<p>Certain number of quantitative variables representing amounts expressed in monetary units, mainly amounts of expenditures on various medical goods and services appeared in the survey. Unlike other variables, where the condition of correctness and acceptance of interview is respondent unambiguous answer, in case of variables representing monetary amounts non-response is possible. Such situation is acceptable and always marked with special code as positional non-response, concerning single variable. Missing values were imputed via statistical imputation method to obtain complete data set. Missing data was replaced by most likely estimations. The goal was to get most accurate generalized results. Due to small percentage of missing data as well as perspective of the data utilization mainly as generalizations, not as individual data, preserving variable distribution on the level of individual data was of lesser importance.</p> <p>In view of the above, deterministic imputation method was used. Deterministic methods often ensure higher generalization precision than stochastic methods (that which contain random element) because they do not introduce additional component of sampling error. Although with significant percentage of observations affected by imputation, deterministic methods may distort individual data distribution and make it difficult to estimate actual sampling error.</p>

<p>W badaniu zastosowana została metoda imputacji wartości brakujących średnią w klasach, tj. wyodrębnionych podzbiorach badanej zbiorowości. Stosowana średnia jest średnią ważoną, wyliczoną z użyciem wag uogólniających. Inaczej mówiąc, jest to uogólnienie średniej zmiennej imputowanej dla danej klasy, dokonane wyłącznie na podstawie wartości prawidłowych, tj. rzeczywiście udzielonych odpowiedzi respondentów (bez braków danych). Klasy imputacyjne definiuje się za pomocą innych zmiennych występujących w badaniu, powiązanych ze zmienną imputowaną, tak aby uzyskać względną jednorodność wartości zmiennej imputowanej wewnątrz klasy.</p>	<p>Missing values were imputed by weighted mean in imputation classes i.e. subsets of surveyed population defined in a specific way. Those weighted means were calculated using generalizing weights. In other words they were generalizations of imputed variables averages for given class done solely on the basis of non-missing values i.e. actual responses (without missing data). Imputation classes are defined by other variables appearing in survey, linked to the imputed variable, so to obtain relative homogeneity of imputed variable value in class.</p>
<p>Przy definiowaniu klas wykorzystane zostały informacje o województwie, warstwie losowania, do której należy jednostka, oraz zmienne dodatkowe (dodatkowe kryteria wyodrębnienia klas), specyficzne dla poszczególnych zmiennych imputowanych. Przyjęte kryteria grupowania mają postać hierarchii (od najważniejszych do najmniej ważnych, przy czym najważniejszymi są województwo i warstwa losowania), która ma znaczenie w przypadku konieczności łączenia klas.</p>	<p>Classes were defined using information about voivodeship, sampling stratum and auxiliary variables (additional criteria of class extraction) specific for particular imputed variables. Adapted grouping criteria are arranged in a hierarchy (from most to least important, wherein voivodeship and sampling stratum are most important), which has importance in case of necessary class junction.</p>
<p>Przyjęte zostało założenie, że klasa imputacyjna musi liczyć przynajmniej trzy wartości prawidłowe (tzn. pochodzące z rzeczywistych odpowiedzi respondentów, nie wymagające imputacji) różne od zera. Jeżeli przy przyjętych kryteriach niektóre klasy mają mniejszą liczebność są one łączone. Łączenie odbywa się zgodnie z przyjętą hierarchią ważności kryteriów, tzn. w celu uzyskania klasy o większej liczebności pomijane są kolejno kryteria najmniej istotne.</p>	<p>It was assumed that imputation class has to have at least 3 non-missing values (i.e. values from the interview, not missing, not imputed) different from zero. If some classes have smaller number of non-missing values, they are joined. It is done in accordance with accepted hierarchy of criteria, i.e. in order to get bigger classes, less important criteria are successively omitted.</p>
<p>Ponieważ liczba imputacji była stosunkowo niewielka, imputacja nie powinna mieć znaczącego wpływu na wariancję dla zmiennych objętych imputacją i jej pomiar, stąd efekt ten został pominięty.</p>	<p>Because number of imputations was relatively small, imputation should not have had significant impact on variance for variables affected by imputation and its measurement. Thereby its effect has been omitted.</p>
<p>Obliczanie precyzji szacowanych parametrów</p>	<p>Calculating precision of estimated parameters</p>
<p>Błąd losowy jest nieodłącznym elementem badań opartych na próbie. Występuje on, ponieważ w badaniu reprezentacyjnym na podstawie próby wnioskuje się o całą populację.</p>	<p>Sampling error is inseparable part of this type of survey. It occurs because in sample survey characteristics of entire population is estimated based on sample of that population.</p>
<p>Miarą błędu losowego jest odchylenie standardowe estymatora. Wartości tego odchylenia nie da się dokładnie obliczyć, ale można je oszacować. W badaniu Ochrona Zdrowia w Gospodarstwach Domowych do oszacowania odchylenia standardowego estymatorów stosuje się metodę zrównoważonych półprób replikacyjnych⁴.</p>	<p>Measure of sampling error is standard deviation of estimator. Value of this deviation cannot be precisely calculated, however it can be estimated. In study Health Care in Household to estimate standard deviation of estimators balanced repeated replication method is used.</p>

4 Balanced half-samples, opis metody znajduje się m.in. w „Model Assisted Survey Sampling” Särndal C., Swensson B., Wretman J., 1992 Springer-Verlag New York, Inc.
Balanced half-samples, example description of the method can be found in „Model Assisted Survey Sampling” Särndal C., Swensson B., Wretman J., 1992 Springer-Verlag New York, Inc

<p>Metoda ta polega na podziale próby, niezależnie w każdej warstwie, na dwie równe części. Aby otrzymać półpróbę, należy z każdej warstwy wybrać jedną część. Można to zrobić na wiele sposobów. Metoda półprób replikacyjnych określa sposób wyboru półprób.</p> <p>Ich liczba (A) jest zbliżona do liczby warstw. W każdej półpróbie oblicza się estymator badanej cechy. Następnie oblicza się zmienność estymatorów z półprób w stosunku do estymatora z całej próby, czyli estymator wariancji estymatora parametru r</p> $\widehat{d^2(\hat{r})} = \frac{1}{A} \sum_{\alpha=1}^A (\hat{r}_\alpha - \hat{r})^2$	<p>This method involves dividing the sample, independently on each stratum, into two equal parts. To obtain half-sample, it is required to choose one part from each stratum. It can be done using many ways. Replicative half-samples method specifies manner in which half-samples are chosen. Number of half-samples (A) is close to the number of strata. In each half-sample, estimator of studied variable is calculated. Subsequently, variability of estimator from half-samples relative to estimator from the entire sample is computed. (i.e. estimator of variance of the estimator of the parameter r)</p> $\widehat{d^2(\hat{r})} = \frac{1}{A} \sum_{\alpha=1}^A (\hat{r}_\alpha - \hat{r})^2$
A - liczba półprób	A - number of half-samples
\hat{r} - estymator parametru z próby,	\hat{r} - sample parameter estimator
\hat{r}_α - estymator parametru z półpróby α	\hat{r}_α - parameter estimator from the half-sample α
<p>Podział warstw na części oraz ich łączenie w półpróby powtarza się wiele razy, po czym wyliczone oceny wariancji są uśredniane.</p> <p>Bezwzględny błąd standardowy parametru r nazywamy</p> $s = \sqrt{\widehat{d^2(\hat{r})}}$	<p>Strata division and combination is repeated many times. After that, computed variation assessment is averaged.</p> <p>Absolute standard error of "r" parameter is:</p> $s = \sqrt{\widehat{d^2(\hat{r})}}$
natomiast względnym błędem standardowym:	While relative standard error is:
$v = \frac{s}{\hat{r}} \cdot 100\%$	$v = \frac{s}{\hat{r}} \cdot 100\%$
Interpretacja wskaźników błędów losowych (precyzji)	Sampling error rates interpretation (precision)
Względny błąd szacunku (v) mówi o tym, na ile można dane traktować jako wiarygodne.	Relative standard error (v) specifies to what extent data can be treated as reliable.
Szacowane w badaniu parametry mają charakter wartości globalnych (np. „osoby korzystające z ...”) lub średnich (np. „przeciętne wydatki na 1 osobę...”).	Parameters estimated in this study have character of global values (eg. “people using ...”) or averages (eg. average expenditures per capita on ...”).
Niniejsza publikacja przedstawia wyniki w różnych podziałach. O ile dla wartości Ogółem i dla większych klas precyzja może być zadowalająca, to dla klas, które zawierają mało jednostek, błąd jest na ogół bardzo duży. Jednak nawet, jeśli oszacowany błąd względny mieści się w wymaganym przedziale, parametry oszacowane na podstawie mniej niż 10 jednostek, uważa się za niewiarygodne.	This publication presents results in different divisions. While for “Total” values and for bigger classes precision may be satisfying, for classes which contain small number of units, error is usually very significant. However, even if estimated relative error is within the required range , parameters estimated based on less than 10 units are considered unreliable.
Prezentowane dane należy traktować z dużą ostrożnością ponieważ obarczone są znacznym błędem losowym. Dla zorientowania się w problemie, w aneksie tabelarycznym umieszczono tablice precyzji dla wybranych zmiennych.	Presented data should be treated with utmost caution because they are burdened with significant sampling error. To get an idea of the problem, in tabular annex part precision tables for selected variables are included.

Definicje i objaśnienia	Definitions and explanations
<p>1. Dla potrzeb tego badania pod pojęciem DZZ (Dodatkowe Zabezpieczenia Zdrowotne) rozumie się ubezpieczenia zdrowotne, które mogą być wykupywane przez pracodawcę zwykle w formie tzw. abonamentu lub indywidualnie przez każdą osobę np. w ramach ubezpieczenia na życie czy w ramach indywidualnie wykupionego abonamentu. Z tego tytułu ubezpieczony korzysta z określonych w umowie świadczeń zdrowotnych, za które płaci firma ubezpieczeniowa.</p>	<p>1. For the purpose of this survey, DZZ (additional health insurance) is understood as health insurance that can be purchased by employer, typically in form of subscription, or by each individual ex. as life insurance or as individual subscription. Insured is entitled to health services specified in agreement which are paid for by insurance company.</p>
<p>2. W badaniu uwzględniono potrzebę pozyskania informacji niezbędnych do oszacowania wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w strukturze zgodnej z klasyfikacją funkcjonalną SHA, uwzględnianych w narodowym rachunku zdrowia. Na potrzeby tego rachunku, usługi wyszczególnione w badaniu podzielono na następujące grupy⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stacjonarna opieka medyczna, • porady lekarskie podstawowej opieki zdrowotnej, • porady lekarskie specjalistycznej opieki zdrowotnej, • leczenie stomatologiczne, • pozostałe usługi ambulatoryjne, do których zakwalifikowano m.in. szczepienia czy zmianę opatrunku u pacjenta, • usługi lecznicze w domu pacjenta, • usługi rehabilitacyjne, • pomocnicze usługi opieki zdrowotnej m.in.: <ul style="list-style-type: none"> • badania laboratoryjne, • diagnostyka obrazowa, • usługi transportowe i pomoc doraźna, • pozostałe usługi pomocnicze np. pielęgnacja pacjenta czy porada psychologiczna. 	<p>2. The survey takes into account the need to obtain information necessary to estimate the expenditure of households on health care in a structure compliant with the functional classification of SHA, which are included in the National health account. For the purpose of this account, the services listed in the study are divided into the following groups⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in-patient curative care, • general outpatient curative care, • specialized outpatient curative care, • dental outpatient curative care, • other outpatient services, which include e.g. vaccination or changing a patient's dressing, • medical services in the patient's home, • rehabilitation services, • auxiliary services health care e.g.: <ul style="list-style-type: none"> • laboratory tests, • diagnostic imaging, • transport services and ad hoc aid, • other services the secondary for example. patient care or psychological advice.
<p>3. Lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej lub posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej; udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej⁶.</p>	<p>3. GP is a doctor specialised or in the course of specializing in family medicine or one who has specialisation of 2nd degree in the field of general medicine. GP provides services within the framework of primary health care⁶.</p>
<p>4. Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej⁷.</p>	<p>4. Primary health care – preventive, diagnostic, treatment, rehabilitation, and nursing services in the scope of general medicine, GP, and pediatrics, provided within the framework of outpatient health care⁷.</p>

5 Zastosowana klasyfikacja usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej utworzona została w oparciu o klasyfikację funkcjonalną stosowaną w narodowych rachunkach zdrowia według metodologii OECD

The applied classification of outpatient health care services was created basing on the functional classification used in national health accounts in accordance to the OECD methodology

6 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm. *The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No 164, item 1027 with subsequent amendments.*

7 J.w. / ibid.

<p>5. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym⁸.</p>	<p>5. Outpatient medical services include the provision of primary health care, or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation, provided in conditions not involving the provision of the full-time and all day in a suitably equipped, permanent room. The provision of these benefits can be carried out in the rooms of entities, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence. Medical activities in form of outpatient health care may also include providing health services, which involve medical diagnostic examination, done in order to diagnose health condition and to establish further medical proceedings. Outpatient medical services are provided in ambulatory (clinic, health center, nursing home or ambulatory with infirmary) as well as in diagnostic facility and medical diagnostic laboratory⁸.</p>
<p>6. Szpitale wykonują działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne z wyłączeniem szpitali dziennych, które udzielają wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin i wówczas świadczenia zaliczane są do opieki ambulatoryjnej.</p>	<p>6. Hospitals conduct medical activity in kind of inpatient and around the clock hospital services excluding day care hospitals which provide services with intent to end them in time not exceeding 24 hours(then the service is considered to be ambulatory care service)</p>
<p>7. Pobyt dzienny – usługi medyczne i paramedyczne świadczone w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej pacjentom w ciągu jednego dnia (bez noclegów).</p>	<p>7. Day care - Planned medical and paramedical services delivered in a healthcare facility to patients who have been formally admitted for diagnosis, treatment or other types of healthcare and are discharged on the same day.</p>
<p>8. Pobyt stacjonarny – pobyt w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej z noclegiem.</p>	<p>8. Inpatient care- care provided in a healthcare facility to patients formally admitted and requiring an overnight stay</p>
<p>9. Zakład opiekuńczo-leczniczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, zapewnia im produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenia i żywienia odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowuje te osoby do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych⁹.</p>	<p>9. Chronic medical care home – provides 24-hour health care services which cover in their scope nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents and other medical goods, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families as well as preparation of these people for self-care and personal care at home⁹.</p>
<p>10. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im produkty lecznicze potrzebne do kontynuacji leczenia, pomieszczenia i żywienia odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowuje te osoby do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych¹⁰.</p>	<p>10. Nursing home - provides 24-hour health care which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and provides them with pharmaceutical goods needed for continuation of a treatment, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducts health education for patients and members of their families and prepares these patients for self-care¹⁰.</p>

8 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2013, Nr 0, poz. 217.
The Act of 15 April 2011 on medical activity, Journal of Laws 2013, No. 0, item. 217.

9 J.w./ ibid.

10 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2013, Nr 0, poz. 217.
The Act of 15 April 2011 on medical activity, Journal of Laws 2013, No. 0, item. 217

<p>11. Do zakładów typu psychiatrycznego, na potrzeby tego badania zaliczono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • szpitale psychiatryczne, • ośrodki psychiatrii sądowej, • zakłady opiekuńczo-lecznicze dla psychicznie chorych, • zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze dla psychicznie chorych, • ośrodki leczenia odwykowego (np. alkoholizmu), • ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od środków psychoaktywnych łącznie z MONARem. 	<p>11. For the purpose of this survey following facilities are regarded as psychiatric:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychiatric hospital, • centres for forensic psychiatry, • chronic medical care homes for mentally ill, • nursing homes for mentally ill, • substance abuse treatment centres (ex. alcohol) • detoxification centres for people dependent on psychoactive substances, including MONAR.
<p>12. Medyczne laboratorium diagnostyczne (laboratorium) – wykonuje badania, w tym analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego. Badania mogą być realizowane dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych. Laboratorium jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, może być jednostką organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, instytutu badawczego lub uczelni medycznej¹¹.</p>	<p>12. Medical diagnostic laboratory (laboratory) – conducts examinations and analyses to diagnose patient health condition and to decide on further medical proceedings. Examinations may be conducted for preventive, diagnostic, medical or sanitary-epidemiological purposes. Laboratory is enterprise of medical entity, it may be organizational unit of therapeutic agent belonging to medical entity, research institute or medical university¹¹.</p>
<p>13. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji udziela świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem wykonywanie i naprawę protez oraz innych przedmiotów protetycznych oraz ortodontycznych. Świadczenia te udzielane są na podstawie skierowania lekarza dentystry.</p>	<p>13. Dental prosthetics and orthodontics laboratory –provides health services which cover manufacturing and repair prosthetics as well as other prosthetic and orthodontic items. Those services are provided on the basis of referral from a dentist.</p>
<p>14. Pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia. Może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jako zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego¹².</p>	<p>14. Emergency medical service provides health services in case of accident, injury, childbirth, sudden illness, sudden deterioration of health condition, that results in life-threatening situation. It may provide health services within the framework of state Emergency Medical Service as emergency rescue team or aerial emergency rescue team¹².</p>
<p>15. Transport sanitarny – przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu¹³.</p>	<p>15. Sanitary transport- transportation of people or biological materials as well as materials used for providing medical services, demanding special transportation conditions¹³.</p>
<p>16. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej¹⁴.</p>	<p>16. Rehabilitation for disabled means a set of activities, specifically organizational, medical, psychological, technical, instructional, educational and social aimed at achieving, with active participation of those people, highest possible level of their functioning, quality of life and social integration¹⁴.</p>

11 Ustawa z dnia 27 lipca 2001r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz. U. 2014, Nr 0, poz. 174.

The act of 27 July 2001 on laboratory diagnostics, Journal of Laws 2014, Nr 0, item 174

12 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. 2013, Nr 0, poz. 757

The act of 8 September 2006 on Emergency Medical Service, Journal of Laws 2013, Nr 0, item 757

13 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No 164, item 1027 with subsequent amendments.

14 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.

The Act of 27 August 1997 on Occupational Rehabilitation and Employment of Disabled, journal of laws of 2011, nr 127, item 721 with subsequent amendments

<p>17. Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli ta osoba została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia. Dodatek pielęgnacyjny przyznawany jest - na wniosek zainteresowanego – na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (komisji lekarskiej ZUS). Dla osoby, która ukończyła 75 lat życia, dodatek pielęgnacyjny przyznawany jest przez organ rentowy z urzędu. Osobie uprawnionej do emerytury lub renty, przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek nie przysługuje, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu¹⁵.</p>	<p>17. Nursing supplement- is accessible to a person entitled to an old-age or disability pension, if this person was declared to be completely incapable of work or independent existence or has reached the age of 75 years. Attendance benefit is granted - upon request of concerned individual - on the basis of ZUS medical assessor's report (medical commission of ZUS-Social Insurance Institution). For person 75 years old attendance benefit is given by pension authority ex officio. Person entitled to pension, residing in chronic medical care home or nursing home is not entitled to nursing supplement , unless he or she is living outside this facilities longer than 2 weeks per month¹⁵.</p>
<p>18. Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.</p>	<p>18. Nursing allowance – is given to partially cover expenditures resultant from necessity of providing care and help to other person due to its inability to independent existence.</p>
<p>Przysługuje on:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niepełnosprawnemu dziecku, • osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, • osobie, która ukończyła 75 lat, • osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia. 	<p>It is accessible to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disabled child, • disabled person above the age of 16 if he or she has a certificate of a severe degree of disability, • person 75 years old or over, • disabled person above the age of 16 who has certificate of disability if this disability occurred before the age of 21
<p>Zasiłek nie przysługuje jednak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, • jeżeli członkowi rodziny przysługuje za granicą odpowiednie świadczenie, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej, • osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego¹⁶. 	<p>However care allowance is inaccessible to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • person placed in institution providing 24 hour accommodation, • if family member is entitled to similar benefit abroad, unless social security coordination directives or bilateral social security agreements state otherwise • person entitled to nursing supplement¹⁶.
<p>19. Artykuły medyczne – materiały i preparaty opatrunkowe np. gaza, wata; środki dezynfekcyjne np. spirytus salicylowy, jodyna.</p>	<p>19. Medical supplies – materials and preparations for dressings ex. gauze, cottonwool, disinfectants ex. salicylic alcohol, iodine.</p>

15 Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. 2013, Nr 0, poz. 1440, z późn. zm.
The Act of 17 December 1998 on pensions from Social Security Fund, Journal of Laws 2013, Nr 0, item 1440 with subsequent amendments

16 Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz. U. 2013, Nr 0, poz. 1456, z późn. zm.

The act of 28 November 2003 on Family Benefits, Journal of Laws 2013, Nr 0, item 1456 with subsequent amendments

<p>20. Suplement diety – środek spożywczy, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety, będący skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy lub inny fizjologiczny, pojedynczych lub złożonych, wprowadzany do obrotu w formie umożliwiającej dawkowanie, w postaci: kapsułek, tabletek, drażetek i w innych podobnych postaciach, saszetek z proszkiem, ampulek z płynem, butelek z kroplomierzem i w innych podobnych postaciach płynów i proszków przeznaczonych do spożywania w małych, odmierzonych ilościach jednostkowych, z wyłączeniem produktów posiadających właściwości produktu leczniczego w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego¹⁷.</p>	<p>20. Dietary supplement – food products which purpose is to complement normal diet. They are concentrated source of vitamins, mineral components or other substances exhibiting a nutritional or other physiological effect, single or composite, marketed in form enabling dosage in form of: capsules, tablets, coated tablets and other similar forms, powdered sachets, ampoules with liquid, bottles with dropper and other similar forms of liquids and powders intended for consumption in small measured quantities, excluding products with properties of medicinal product within the meaning of pharmaceutical law¹⁷.</p>
<p>21. Medycyna niekonwencjonalna - medycyna oparta na przekonaniu o szkodliwości stosowania leków syntetycznych, w tym antybiotyków. W praktycznym działaniu wykorzystuje wiedzę tradycyjną, np.: akupunkturę – wkłuwanie cienkich igieł w określone punkty na ciele, akupresurę, masaż, apiterapię – leczenie produktami pszczelimi, akwterapię – wodolecznictwo, homeopatię – leczenie środkami naturalnymi, mobilizującymi układ odpornościowy, magnetoterapię – leczenie magnezem oraz najmniej kontrowersyjne ziołolecznictwo¹⁸.</p>	<p>21. Alternative medicine – medicine based on belief of harmfulness of synthetic medicals, including antibiotics. In practice, it uses traditional knowledge e.g. acupuncture – insertion of thin needles at specific points on the body, acupressure, massage, apitherapy - treatment using bee products, aquatherapy, homeopathy- treatment with natural products which stimulate immune system, magnotherapy – treatment using magnets, as well as least controversial herbal medicine¹⁸.</p>
<p>22. Zdarzenie niepożądane – szkoda wywołana w trakcie/w efekcie leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia¹⁹.</p>	<p>22. Adverse event – harm caused during or after treatment, not related to natural course of disease, patient health condition as well as risk of its occurrence¹⁹.</p>
<p>23. Choroba przewlekła – na potrzeby badania przyjęto, że jest to choroba trwająca (lub przewiduje się, że będzie trwać) 6 miesięcy lub dłużej. Oznacza najczęściej chorobę lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty. Pacjenci chorujący przewlekłe wymagają długoterminowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej²⁰.</p>	<p>23. Chronic disease – for the purpose of this survey it was assumed that it is illness continuing(or is expected to continue) 6 months or longer. Most commonly means illness or disability lasting continuously or with relapses. Patients with chronic diseases require long-term medical and nursing care²⁰.</p>

17 Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Dz. U. 2010, Nr. 136, poz. 914, z późn. zm.

The Act of 25 August 2006 on Safety of food and nutrition, consolidated text: Journal of Laws of 2010, No 136, item 914 with subsequent amendments.

18 Źródło: http://portalwiedzy.onet.pl/34328,,,medycyna_niekonwencjonalna,haslo.html?drukuj=1, 02.10.2014 r.

Source: http://portalwiedzy.onet.pl/34328,,,medycyna_niekonwencjonalna,haslo.html?drukuj=1, 02.10.2014 r

19 Program akredytacji szpitali. Zestaw standardów akredytacyjnych, Kraków 2009. Wydawca: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków
Hospital Accreditation Program. Set of accreditation standards. Krakow 2009. Publisher: Centre for monitoring quality in health care, Krakow.

20 Źródło: http://portalwiedzy.onet.pl/25196,,,choroba_przewlekla,haslo.html, 02.10.2014 r.

Source: http://portalwiedzy.onet.pl/25196,,,choroba_przewlekla,haslo.html, 02.10.2014 r.



DS-50 I
OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH
Kwestionariusz indywidualny

Dział 1. CHARAKTERYSTYKA OSOBY, REALIZACJA WYWIADU	Dział 2. STAN ZDROWIA
1. Symbol województwa	13. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie? bardzo dobrze 1 dobrze 2 tak sobie, ani dobrze ani źle 3 źle 4 bardzo źle 5
2. Nr gospodarstwa domowego	
3. Nr kolejny osoby objętej badaniem w gospodarstwie domowym	
4. Wywiad przeprowadzony 1 → pyt.6 nieprzeprowadzony 2 → pyt.5	
5. Przyczyna nieprzeprowadzenia wywiadu. czasowa nieobecność 09R odmowa 10R niemożność udziału w badaniu z powodu choroby bądź podeszłego wieku 07R inna przyczyna 11R	
6. Informacji udzielił(-ła): osobiście respondent 1 inny członek gospodarstwa domowego 2 <i>W przypadku dziecka do lat 14, gdy informacji udziela dorosły w pyt. 6 musi być odpowiedź 1 = osobiście respondent.</i>	14. Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej? tak 1 nie 2 15. Czy znajduje się Pan/Pani pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską? tak 1 nie 2 16. Czy w IV kwartale 2016 r. stosował(-ła) Pan/Pani leki przepisane przez lekarza lub bez zalecenia lekarza? tak nie 1) na choroby sercowo-naczyniowe 1 2 2) na cukrzycę 1 2 3) na bóle głowy 1 2 4) na bóle stawów 1 2 5) antybiotyki 1 2 6) na objawy alergii 1 2 7) inne leki 1 2 8) suplementy diety 1 2 17. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z zakupu leków przepisanych przez lekarza? nie dotyczy (nie przepisano mi leków) 1 zrezygnowałem (-am) z powodu kosztów zakupu 2 zrezygnowałem (-am) z innego powodu niż koszty 3 za każdym razem wykupiłem (-am) leki 4 <i>Pytania 18 i 21 dotyczą osób w wieku 15 lat i więcej, nie dotyczą wywiadów zastępczych.</i> 18. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(-ła) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej? tak, poważnie ograniczoną 1 tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie 2 nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń. 3 19. Czy w IV kwartale 2016 r. wystąpiły u Pana/Pani jakieś poważne problemy zdrowotne (np. skutki wypadku, nagle zachorowanie, nagle zaostrzenie choroby przewlekłej)? tak 1 nie 2 20. Czy w ciągu 2016 r. był(-ła) Pan/Pani na badaniu lekarskim wynikającym z przepisów Kodeksu pracy i medycyny pracy? (dotyczy badań pracowników, kandydatów do szkół, uczniów) tak 1 nie 2 21. W jakiej kolejności poniższe czynniki decydują o Pana/Pani stanie zdrowia? <i>(proszę wpisać cyfry od 1 do 3 w każdym wierszu, gdzie 1 oznacza, że dana rzecz jest najważniejsza, 3 oznacza, że jest to rzecz najmniej ważna)</i> 1) własne zachowanie 2) jakość opieki zdrowotnej 3) czynniki, na które nie mamy wpływu
7. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń finansowanych przez NFZ? tak 1 nie 2	
8. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (ubezpieczenia i abonamenty)? tak, ubezpieczenie ambulatoryjne 1 tak, ubezpieczenie szpitalne 2 tak, abonament ambulatoryjny 3 tak, abonament szpitalny 4 nie 5 → pyt.11	
9. Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (DZZ) zostało opłacone: w całości przez pracodawcę 1 w całości indywidualnie 2 częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę 3 częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę innego członka rodziny 4	
10. Jaka była kwota zapłacona przez Pana/Panią z tytułu DZZ w ciągu ostatniego roku? (w złotych)	
11. Czy ma Pan/Pani zamiar wykupić DZZ w 2017 r.? tak 1 nie 2	
12. Czy pobiera Pan/Pani rentę, dodatek lub zasiłek pielęgnacyjny? z tytułu częściowej niezdolności do pracy 1 z tytułu całkowitej niezdolności do pracy 2 z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym 3 z tytułu niezdolności do służby 4 rentę rehabilitacyjną 5 dodatek/zasiłek pielęgnacyjny (nie dotyczy świadczeń z tytułu ukończenia 75 lat) 6 nie pobieram 7	

Dział 4. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA**A. Porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne w IV kwartale 2016 r.**

23. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej?	tak	1
	nie	2 → pyt.28

Proszę określić, ile razy korzystał(-ła) Pan/Pani w ciągu IV kwartału 2016 r. z wyszczególnionych poniżej usług i ile wyniosły związane z tym wydatki (w złotych).

Wyszczególnienie	Opieka zdrowotna			Razem	
	w ramach NFZ	w ramach DZZ ^{d)}	poza ubezpieczeniami		
0	1	2	3	4	5

24. Porady lekarskie i usługi pielęgniarstwa w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:

24.1 podstawowej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.2 specjalistycznej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.3.1 leczenie stomatologiczne zachowawcze	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.3.2 leczenie stomatologiczne protetyczne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.3.3 leczenie stomatologiczne ortodontyczne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
24.4 pozostałe usługi ambulatoryjne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				

25. Usługi lecznicze w domu pacjenta:

25.1 usługi opieki długoterminowej	liczba wizyt	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
25.2 pozostałe usługi	liczba wizyt	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				

26. Usługi rehabilitacyjne:

26.1 rehabilitacja ambulatoryjna	opłaty ^{d)}				
26.2 rehabilitacja w domu pacjenta	opłaty ^{d)}				

27. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej:

27.1 badania laboratoryjne	opłaty ^{d)}				
27.2 diagnostyka obrazowa	opłaty ^{d)}				
27.3 usługi transportowe i ratownictwo medyczne	opłaty ^{d)}				
27.4 pozostałe usługi pomocnicze	opłaty ^{d)}				

^{a)} Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty). ^{b)} Wysokość opłat (w zł) za porady (wizyty) wymienione w wierszu „a”. W przypadku usług w ramach NFZ dotyczy ewentualnych dopłat do tych usług. ^{c)} Wysokość innych wydatków (w zł) – np. kwiaty, prezenty. ^{d)} Łączna wysokość opłat (w zł).

B. Badania diagnostyczne w 2016 r.

Pytania 28-32 nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacji.

Rodzaje badań laboratoryjnych	28. Czy w ciągu 2016 r. wykonywał (-ła) Pan/Pani następujące badania laboratoryjne?		29. Jeśli Tak, to czy ostatnio wykonane badanie było finansowane w ramach:			
	tak	nie	NFZ/ programu profilaktycznego	DZZ	środków własnych	medycyny pracy
1) morfologia	1	2	3	4	5	6
2) badanie ogólne moczu	1	2	3	4	5	6
3) badanie ogólne kału	1	2	3	4	5	6
4) cytologia	1	2	3	4	5	6
5) badania genetyczne	1	2	3	4	5	6
6) badanie poziomu PSA (badanie prostaty)	1	2	3	4	5	6

Rodzaje badań obrazowych i innych	30. Czy w ciągu 2016 r. wykonywał (-ła) Pan/Pani następujące badania?		31. Jeśli Tak, to czy ostatnie wykonane badanie było finansowane w ramach:				32. Czas oczekiwania na ostatnio wykonane badanie (w tygodniach)
	tak	nie	NFZ/ programu profilaktycznego	DZZ	środków własnych	medycyny pracy	
1) tomografia komputerowa (CT)	1	2	3	4	5	6	
2) pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	1	2	3	4	5	6	
3) rezonans magnetyczny (MRI)	1	2	3	4	5	6	
4) elektrokardiogram (EKG)	1	2	3	4	5	6	
5) badanie Holtera	1	2	3	4	5	6	
6) echokardiogram (Echo serca)	1	2	3	4	5	6	
7) USG	1	2	3	4	5	6	
8) RTG	1	2	3	4	5	6	
9) spirometria	1	2	3	4	5	6	
10) jurografia	1	2	3	4	5	6	
11) mammografia	1	2	3	4	5	6	
12) biopsja	1	2	3	4	5	6	
13) gastroskopia	1	2	3	4	5	6	
14) kolonoskopia	1	2	3	4	5	6	

C. Profilaktyka

33. Czy posiada Pan/Pani wiedzę na temat programów profilaktycznych? Proszę podać główne źródło informacji. Internet 1 informacja od osoby prywatnej 2 informacja od lekarza, w placówce opieki zdrowotnej 3 przesyłka pocztowa (list, zaproszenie) 4 informacja telefoniczna 5 inne 6 nie posiadam takiej wiedzy 7		36. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z usług lekarza specjalisty (z wyłączeniem lekarza dentystry), pomimo że istniała rzeczywistość potrzeba skorzystania? nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania 1 tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam) 2 zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby 3																												
34. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z programów profilaktycznych? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>tak</th> <th>nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2) Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (cytologia)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3) Program Profilaktyki Gruźlicy</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4) Program Badań Prenatalnych</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5) Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6) Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych (w tym POCiP)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7) Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8) inne</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			tak	nie	1) Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia)	1	2	2) Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (cytologia)	1	2	3) Program Profilaktyki Gruźlicy	1	2	4) Program Badań Prenatalnych	1	2	5) Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.	1	2	6) Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych (w tym POCiP)	1	2	7) Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego	1	2	8) inne	1	2	37. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z usług lekarza dentystry, pomimo że istniała rzeczywistość potrzeba skorzystania? nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania 1 tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam) 2 zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby 3	
	tak	nie																												
1) Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia)	1	2																												
2) Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (cytologia)	1	2																												
3) Program Profilaktyki Gruźlicy	1	2																												
4) Program Badań Prenatalnych	1	2																												
5) Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.	1	2																												
6) Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych (w tym POCiP)	1	2																												
7) Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego	1	2																												
8) inne	1	2																												
35. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z usług lekarza POZ, pomimo że istniała rzeczywistość potrzeba skorzystania? nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania 1 tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam) 2 zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby 3		38. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z usług pielęgniarstwa, pomimo że istniała rzeczywistość potrzeba skorzystania? nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania 1 tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam) 2 zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby 3																												
39. Czy w 2016 roku zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z badań diagnostycznych, leczenia lub kontynuacji leczenia pomimo że istniała rzeczywistość potrzeba skorzystania? nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania 1 tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam) 2 zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby 3		W przypadku odpowiedzi twierdzącej na któreś z pytań 35-39 proszę o odpowiedź na pyt. 40.																												

40. Proszę podać główne powody rezygnacji ze wskazanych przez Pana/Panią usług: (Proszę zakreślić tylko po jednej odpowiedzi w odpowiednich kolumnach)	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentystry	Pielęgniarki	Badań diagnostycznych
0	1	2	3	4	5
z powodu kosztów (braku pieniędzy)	1	1	1	1	1
długi czas oczekiwania na termin wizyty	2	2	2	2	2
brak skierowania	3	3	3	3	3
brak czasu	4	4	4	4	4
niedostosowany czas przyjęć (np. w godzinach pracy)	5	5	5	5	5
trudności z dotarciem	6	6	6	6	6
obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem, szpitalem	7	7	7	7	7
wolałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy miną bez konieczności wizyty	8	8	8	8	8
nie znam żadnego dobrego lekarza	9	9	9	9	9
brak lekarza	10	10	10	10	10
inne	11	11	11	11	11

Dział 5. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2016 ROKU

Uwaga: Pytania 41-47 obejmują jedynie opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

Pytań 41-48 proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat i więcej.

41. Proszę ocenić na podstawie własnego doświadczenia jakość opieki zdrowotnej w 2016 r. (w porównaniu z poprzednim rokiem) pogorszyła się 1 pozostała bez zmian 2 poprawiła się 3 nie mam zdania 4	42. Proszę ocenić na podstawie własnych doświadczeń czas oczekiwania na poniższe świadczenia:	Bez-zwłocz-nie (do godz.)	W ciągu jed-nego dnia	Do tyg.	Do 2 tyg.	Do mies.	Do 2 mies.	Do 3 mies.	Do pół roku	Po-wyżej pół roku	Nie doty-czy	
		1) wizytę u lekarza POZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		2) wizytę u lekarza specjalisty	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		3) wizytę u lekarza dentystry	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		4) pobyt w szpitalu (nie dotyczy przypadków bardzo pilnych np. poród, wypadek)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43. Proszę określić na podstawie własnego doświadczenia, jak ocenia Pan/Pani możliwości:			Nie było potrzeby korzystania	Jest bardzo łatwy	Jest raczej łatwy	Jest raczej trudny	Jest bardzo trudny					
1) dostępu do opieki lekarskiej w domu			1	2	3	4	5					
2) dostępu do opieki pielęgniarstwa w domu			1	2	3	4	5					
3) kontaktu z lekarzem przez telefon podczas godzin przyjęć			1	2	3	4	5					
4) kontaktu z lekarzem przez telefon w ramach opieki nocnej i świątecznej			1	2	3	4	5					

Dział 5. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2016 ROKU (cd.)

Kolejne pytania dotyczyć będą usług lekarza POZ.

44. Czy jest Pan/Pani zadowolony(-na) z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry? zdecydowanie zadowolony(-na) raczej zadowolony(-na) raczej niezadowolony(-na) zdecydowanie niezadowolony(-na) nie dotyczy	1	→ pyt. 48	45. Czy lekarz POZ podczas wizyt zalecał zdrowy tryb życia np. ćwiczenia fizyczne, dietę?	tak	1
	2			nie	2
	3		46. Czy lekarz POZ pytał o emocjonalne problemy, które mogą mieć wpływ na Pana/Pani zdrowie (np. stres)?	tak	1
	4			nie	2
	5				

47. Proszę określić relację z lekarzem POZ:	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko lub nigdy
1) lekarz zna Pana/Pani historię leczenia	1	2	3	4
2) lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	1	2	3	4
3) lekarz angażuje Pana/Panią w stopniu oczekiwanym w podejmowanie decyzji dot. opieki i leczenia Pana/Pani	1	2	3	4
4) lekarz daje możliwość zadawania pytań, wyrażania wątpliwości	1	2	3	4
5) czas poświęcony przez lekarza POZ podczas wizyty lekarskiej jest wystarczający	1	2	3	4

48. Czy podczas korzystania z usług medycznych w ramach lub poza ubezpieczeniem NFZ spotkał(-ła) się Pan/Pani z oznakami dyskryminacji lub nierównego traktowania ze względu na:	Nie korzystano z usług	W stosunku do Pana/Pani		W stosunku do innych osób	
		tak	nie	tak	nie
1) płeć	1	2	3	4	5
2) wiek	1	2	3	4	5
3) status ekonomiczny	1	2	3	4	5
4) narodowość, rasę, pochodzenie etniczne	1	2	3	4	5
5) niepełnosprawność	1	2	3	4	5
6) inne	1	2	3	4	5

Pytania 49-54 dotyczą wszystkich badanych bez względu na wiek, dopuszcza się wywiad zastępczy.

Przed odpowiedzią na pytania dotyczące zdarzeń niepożądanych proszę o podsumowanie udzielonych już informacji.

49. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z następujących usług w 2016 r.?

	tak	nie
1) przebywałem(-łam) w szpitalu	1	2
2) korzystałem(-łam) z usług POZ	1	2
3) korzystałem(-łam) ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	1	2

50. Czy doświadczył(-ła) Pan/Pani w 2016 r. zdarzenia niepożądanego

tak	1
nie	2
nie wiem	3

51. Czy doświadczył(-ła) Pan/Pani w 2016 r. zakażenia związanego z opieką zdrowotną – dowolnej choroby lub patologii związanej z obecnością zaradka lub jego produktów w związku z korzystaniem z usług opieki zdrowotnej, zabiegami?

tak	1
nie	2
nie wiem	3

Zdarzenie niepożądane to niezamierzona szkoda, która jest wynikiem świadczonej opieki zdrowotnej, a nie rezultatem naturalnego przebiegu choroby lub stanu zdrowia pacjenta. Szkoda oznacza fizyczne lub funkcjonalne uszkodzenie organizmu oraz wszelkie wynikające z tego szkodliwe konsekwencje, łącznie z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i zgonem. Ryzyko wystąpienia zdarzenia niepożądanego/szkody występuje zarówno podczas diagnostyki jak i w trakcie leczenia i opieki.

52. Proszę o opis zdarzeń. Z jednej kategorii możliwy jest jeden opis zdarzenia o najpoważniejszych skutkach lub zdarzenia, o którym respondent posiada największą wiedzę. Jeśli o każdym ma jednakową wiedzę, proszę opisać zdarzenie, które wiązało się z najpoważniejszym uszczerbkiem na zdrowiu.

Rodzaj zdarzenia niepożądanego	Wystąpienie zdarzenia		Opisane zdarzenie niepożądane (w tym zakażenie) wystąpiło podczas korzystania z usług opieki zdrowotnej:			Czy w wyniku zdarzenia (w tym zakażenia) stan zdrowia Pana/i uległ pogorszeniu?			
	Tak	Nie	Podczas pobytu w szpitalu	Podczas korzystania z usług POZ	Podczas korzystania ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	Tak, znacznemu pogorszeniu	Tak, lekkiemu pogorszeniu	Nie	Nie wiem
1) Zakażenie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2) Błędy dotyczące leków (rodzaj, dawka)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3) Nieporozumienie, np. w relacji lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4) Błąd w diagnozie (rozpoznanie)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5) Awaria sprzętu medycznego	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6) Chirurgia / zabieg operacyjny	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7) Uszkodzenie okolicy porodowej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8) Drobne zabiegi bez znieczulenia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9) Inne	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Dział 5. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2016 ROKU (dok.)

53. Jeżeli doszło do zdarzenia niepożądanego to:	
Pacjent/rodzina sam odkryli, że doszło do zdarzenia niepożądanego	1
Lekarz/personel poinformował o zdarzeniu niepożądanym	2
Inni odkryli, że doszło do zdarzenia niepożądanego	3

Pytanie 55 dotyczy osób w wieku 15 lat i więcej, nie dotyczy wywiadów zastępczych.

55. Gdyby Pan/i lub ktoś z Pana/i rodziny doświadczył zdarzenia niepożądanego wskutek opieki medycznej, do kogo by się Pan/i zwrócił o pomoc? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	
prawnik	1
dyrekcja szpitala	2
Rzecznik Praw Pacjenta	3
organizacje zajmujące się ochroną pacjentów lub konsumentów lub inne organizacje pozarządowe	4
wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych	5
NFZ/ubezpieczyciel	6
władze lokalne i wojewódzkie	7
lekarz, pielęgniarka, farmaceuta	8
bliski krewny lub znajomy pracujący w sektorze ochrony zdrowia	9
inne	10
trudno powiedzieć	11

54. Jakie działania zostały podjęte w związku z doświadczonym zdarzeniem niepożądanym? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	
poinformowano pacjenta, że doszło do zdarzenia	1
przeproszono pacjenta/rodzinę	2
szpital wyraził współczucie/żał, że doszło do zdarzenia	3
wyjaśniono pacjentowi dlaczego doszło do zdarzenia	4
poinformowano pacjenta o możliwych następstwach zdarzenia	5
poinformowano pacjenta, że może złożyć skargę	6
poinformowano pacjenta, że może wystąpić o odszkodowanie omawiano to w domu/w najbliższym gronie rodziny/przyjaciół	8
zgłoszono skargę	9
nie podjęto żadnych działań ze strony pacjenta	10
nie podjęto żadnych działań ze strony placówki	11

Dział 6. WYKORZYSTANIE TELEKOMUNIKACJI I INTERNETU PODCZAS KORZYSTANIA Z USŁUG MEDYCZNYCH

56. Czy w ciągu 2016 r. korzystał (-ła) Pan/Pani z Internetu w celu pozyskania wiedzy i informacji o chorobach, sposobach leczenia?	tak	1	60. Czy w ciągu 3 miesięcy umawiał (-ła) się Pan/Pani na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne telefonicznie?	tak	1
	nie	2		nie	2
57. Czy w ciągu 2016 r. korzystał (-ła) Pan/Pani z Internetu w celu pozyskania opinii na temat lekarzy?	tak	1	61. Czy w ciągu 3 miesięcy umawiał (-ła) się Pan/Pani na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne poprzez stronę internetową?	tak	1
	nie	2		nie	2
58. Czy w ciągu 2016 r. korzystał (-ła) Pan/Pani z Internetu w celu pozyskania wiedzy o zdrowym stylu życia?	tak	1	62. Czy Pan/Pani wykonywał (-ła) w ciągu ostatnich 3 miesięcy badania i otrzymała wyniki drogą internetową (aplikacja mobilna)?	tak	1
	nie	2		nie	2
59. Czy korzystał Pan/Pani w 2016 r. ze sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej?	tak	1	63. Czas trwania wywiadu (w minutach)		
	nie	2			

Uwagi ankietera:

Numer ankietera - -

Sprawdził(-ła) (imię i nazwisko ankietera) (data)

Sprawdził(-ła) (imię i nazwisko inspektora) (data)



DS-50 G

OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH

Kwestionariusz gospodarstwa domowego

Dział 1. CHARAKTERYSTYKA I SKŁAD GOSPODARSTWA DOMOWEGO

1. Symbol województwa

2. Nr gospodarstwa domowego

3. Liczba osób, z którymi przeprowadzono wywiad indywidualny^{*)} (kwestionariusz DS-50 I)

^{*)} W odpowiedzi na pytania o liczbę osób należy wpisać liczbę całkowitą bez poprzedzania jej zerem. Jeżeli w gospodarstwie nie występuje dana kategoria osób – wpisać tylko jedno „0”.

Dział 2. ZAKUP LEKÓW I INNYCH WYROBÓW MEDYCZNYCH W 2016 ROKU

4. Czy w 2016 r. ktoś z Pana/Pani gospodarstwa kupował leki? (łącznie z lekami na receptę całkowicie bezpłatnymi)

tak	1	→ pytanie 1 1
nie	2	

5. Czy były to leki:

	tak	nie
1) przepisane na receptę	1	2
2) zalecane przez lekarza, ale nieprzepisane	1	2
3) kupione z własnej inicjatywy	1	2

6. Czy w 2016 r. zdarzyło się komuś z Pana/Pani gospodarstwa, że lekarz w trakcie wypisywania recepty zapytał, czy stać go na jej realizację?

tak	1
nie	2

7. Czy w aptece zaproponowano Państwu zamiast leku na receptę na tańszy?

tak	1
nie	2
lekarz zaznaczył na receptce, że nie można	3

8. Proszę wskazać jedną odpowiedź, która najlepiej charakteryzuje możliwość zakupu leków na recepty (lub zalecanych przez lekarza) przez gospodarstwo domowe w 2016 r.

bardzo często się zdarzało, że nie mieliśmy pieniędzy na wykupienie leków	1	→ pyt. 12
czasami się zdarzało, że nie stać nas było na wykupienie leków	2	
leki wykupywaliśmy, ale było to dla nas dużym obciążeniem finansowym	3	
nie mieliśmy finansowych ograniczeń w zakupie leków	4	

9. Czy gospodarstwo ubiegało się w pomocy społecznej o zwrot kosztów zakupionych na receptę leków?

tak	1	→ pytanie 1 1
nie	2	

10. Czy gospodarstwo otrzymało z pomocy społecznej zwrot kosztów wykupionych leków?

tak	1
nie	2

11. Jaka była szacunkowa wartość leków na receptę, których nie mogli Państwo wykupić w 2016 r.?
(w złotych)12. Ile złotych łącznie wydalicie Państwo w IV kwartale 2016 r. na leki i inne wyroby medyczne?
(w złotych)13. Jaka była wysokość wydatków w 2016 r. na dobra medyczne trwałego użytku, np. okulary korekcyjne, protezy, soczewki kontaktowe, wózki inwalidzkie?
(w złotych)

Dział 3. KORZYSTANIE Z WYBRANYCH USŁUG MEDYCZNYCH

14. Czy w 2016 r. ktokolwiek z członków gospodarstwa domowego korzystał z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ?

tak	1	→ pytanie 1 7
nie	2	

15. Ile osób i ile razy łącznie korzystało z tych usług?

a) liczba osób (dotyczy roku)	
b) łączna liczba usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (dotyczy ostatniego kwartału)	
c) łączna liczba hospitalizacji (dotyczy roku)	

16. Czym głównie spowodowana była decyzja o skorzystaniu z usług medycznych niefinansowanych przez NFZ?

(proszę zakreślić jedną najważniejszą przyczynę)

brakiem lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ	1
NFZ nie finansuje usług, z których zamierzano skorzystać	2
zbyt odległymi terminami wizyt w podmiotach mających kontrakty z NFZ	3
zbyt odległą lokalizacją podmiotu mającego kontrakt z NFZ	4
korzystaniem z uprawnień do świadczeń w ramach DZZ ^{*)}	5
brakiem uprawnień do korzystania nieodpłatnie ze świadczeń finansowanych przez NFZ	6
lepszym wyposażeniem w sprzęt i materiały medyczne	7
lepszymi specjalistami (lekarzami)	8
lepszym traktowaniem pacjentów	9
brakiem skierowania	10
innymi przyczynami	11

^{*)} Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty).

17. Czy w 2016 r. ktokolwiek z członków gospodarstwa domowego korzystał z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ?

tak	1	→ pyt. 20
nie	2	

18. Ile osób i ile razy łącznie korzystało z tych usług?

a) liczba osób (dotyczy roku)	
b) łączna liczba usług (dotyczy ostatniego kwartału)	

19. Czym głównie spowodowana była decyzja o skorzystaniu z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ?

(proszę zakreślić jedną najważniejszą przyczynę)

brakiem lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ	1
NFZ nie finansuje usług, z których zamierzano skorzystać	2
zbyt odległymi terminami wizyt w podmiotach mających kontrakty z NFZ	3
zbyt odległą lokalizacją podmiotu mającego kontrakt z NFZ	4
korzystaniem z uprawnień do świadczeń w ramach DZZ	5
brakiem uprawnień do korzystania nieodpłatnie ze świadczeń finansowanych przez NFZ	6
lepszym wyposażeniem w sprzęt i materiały medyczne	7
lepszymi specjalistami (lekarzami dentystami)	8
lepszym traktowaniem pacjentów	9
innymi przyczynami	10

20. Czy w 2016 r. ktoś z gospodarstwa domowego korzystał z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej?	tak nie	1 2	→ pytanie 22			
21. Ile zapłacono za usługi z zakresu medycyny niekonwencjonalnej w 2016 r.?						
22. Czy w 2016 r. gospodarstwo domowe poniosło jakieś wydatki związane z leczeniem osoby spoza gospodarstwa domowego?	tak nie	1 2	→ pytanie 24			
23. Ile zapłacono za leczenie? (w złotych)						
24. Czy w gospodarstwie domowym znajduje się osoba, która otrzymuje świadczenia opiekuńcze (dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny)? (nie dotyczy świadczeń z tytułu ukończenia 75 lat)	tak nie	1 2	→ pytanie 28			
25. Jaka była łączna wartość świadczenia za 2016 r.? (w złotych)						
26. Kto głównie sprawuje opiekę nad tą osobą?	→ pytanie 28					
odpłatnie osoby spoza gospodarstwa domowego	1					
członek gospodarstwa domowego	2					
opieka domowa w ramach świadczeń z NFZ ^{a)}	3					
inne	4					
nikt	5					
^{a)} Nie dotyczy usług opiekuńczych w ramach świadczeń pomocy społecznej.						
27. Jaka kwota została wydana na ten cel w 2016 r.? (w złotych)						
28. Czy w 2016 r. ktokolwiek z gospodarstwa domowego w związku z zachorowaniem kontaktował się z lekarzem w ramach ubezpieczenia w godzinach wieczornych lub nocnych lub w dni wolne od pracy?	→ pytanie 28					
tak, w ramach NFZ	1					
tak, w ramach DZZ	2					
nie	3					
nie było takiej potrzeby	4					
29. Jak oceniają Państwo wysokość wydatków poniesionych na opiekę zdrowotną w 2016 r. na:						
Wyszczególnienie	Bardzo duża	Duża	Średnia	Mała	Bardzo mała	Nie dotyczy
1) wizyty u lekarzy	1	2	3	4	5	6
2) wizyty u lekarzy dentyistów	1	2	3	4	5	6
3) badania medyczne (np. badania laboratoryjne, diagnostykę obrazową)	1	2	3	4	5	6
4) zakup leków	1	2	3	4	5	6
5) pobyt w szpitalu	1	2	3	4	5	6
6) zabiegi rehabilitacyjne	1	2	3	4	5	6
7) zakup sprzętu medycznego	1	2	3	4	5	6
30. Czy ktoś z Pana/Pani gospodarstwa korzystał z usług medycznych za granicą w 2016 r.? (nie dotyczy zakupu leków za granicą)	tak nie	1 2	→ pytanie 35			
31. W jakim kraju skorzystano z usług medycznych? (proszę podać kod państwa z instrukcji)						
32. Proszę podać rodzaj usług, z których skorzystano za granicą. (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)						
podstawowej opieki zdrowotnej	1					
specjalistycznej opieki zdrowotnej	2					
leczenia stomatologicznego	3					
pozostałych usług ambulatoryjnych	4					
pobyt w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej	5					
ratownictwo medyczne	6					
inne	7					
33. Ile zapłacono za usługi medyczne za granicą? (bez refundacji NFZ) (w złotych)						
34. Czy gospodarstwo domowe otrzymało z NFZ zwrot wydatków poniesionych na usługi medyczne za granicą w 2016 r.?	→ pytanie 28					
tak, całkowity	1					
tak, częściowy	2					
nie	3					
Dział 4. REALIZACJA WYWIADU						
35. Wywiad	przeprowadzony		1			
	nieprzeprowadzony		2			
36. Przyczyna nieprzeprowadzenia wywiadu.						
• odmowa			10G			
• inna przyczyna			11G			
37. Czas trwania wywiadu (w minutach)						
Uwagi ankietera:						

Numer ankietera [] - [] - [] - [] - [] - []

Sprawdził(-ła) (imię i nazwisko ankietera) (data)

Sprawdził(-ła) (imię i nazwisko inspektora) (data)

