



Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.

Healthcare in households in 2020



Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.

Healthcare in households in 2020

Opracowanie merytoryczne

Content-related works

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

Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
Statistical Office in Krakow, Centre for Health and Health Care Statistics

Pod kierunkiem

Supervised by

Piotr Łysoń

Zespół autorski

Editorial team

Wydział Statystyki Zdrowia (Departament Badań Społecznych GUS)
Health Statistics Division (Social Surveys Department Statistics Poland)

Natalia Koehne (rozdziały 1 i 4), Agata Czekalska (konsultacje merytoryczne), Krzysztof Nyczaj (rozdział 5)

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia (Urząd Statystyczny w Krakowie)
Centre for Health and Health Care Statistics (Statistical Office in Krakow)

Maria Penpeska, Anna Jasiówka, Michał Urbas (rozdział 2)

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
Centre for monitoring quality in health care

Michał Bedlicki (rozdział 3)

Uogólnienie wyników, precyzja – Beata Bałtowska, Beata Jagiełło, Teresa Pindor, Krzysztof Sibiga, Karolina Warno
Generalizing results, precision

Oprogramowanie

Software

CIS Warszawa – Beata Bałtowska, Beata Jagiełło, Teresa Pindor

Imputacja braków odpowiedzi – Tomasz Piasecki (US Łódź)
Imputing missing data

Prace redakcyjne i koordynacja prac

Editorial works and coordination of work

Departament Badań Społecznych
Social Surveys Department

Agnieszka Dobrzyńska, Szymon Wozniak

Skład i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Andrzej Paluchowski, Beata Lipińska

ISBN 978-83-66466-78-4

Publikacja dostępna na stronie internetowej

Publication available on website

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

Przy publikowaniu danych GUS prosimy o podanie źródła

When publishing Statistics Poland data — please indicate the source

Przedmowa

Główny Urząd Statystyczny od lat dziewięćdziesiątych XX wieku prowadzi cykliczne badanie ankietowe na temat korzystania z usług opieki zdrowotnej w gospodarstwach domowych pt. „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”. Waga ochrony zdrowia i występujące od dziesięcioleci niedostatki w tej dziedzinie sprawiają, że temat badania jest bardzo istotny, a znaczenie tego obszaru badań wzmacnia dodatkowo doświadczenie pandemii COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2.

Publikacja niniejsza zawiera analizę wyników dziewiątej edycji badania, przeprowadzonego w 2021 r. Badanie dostarczyło informacji o szerokim spektrum problemów korzystania z usług systemu opieki zdrowotnej przez gospodarstwa domowe w 2020 r., (w pierwszym roku pandemii COVID-19) i jest cennym źródłem wiedzy na temat zrealizowanego popytu na usługi zdrowotne w gospodarstwach domowych. Wyniki badania mogą być użyteczne dla realizacji polityk państwowych w obszarze opieki zdrowotnej.

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.

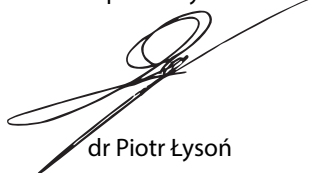
Opracowanie składa się z części analitycznej i metodologicznej oraz aneksu tabelarycznego (tylko w wersji elektronicznej).

Dodatkowo na stronie internetowej <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/> znajdują się liczne inne opracowania dotyczące zdrowia i ochrony zdrowia.

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.

Mamy nadzieję, że przekazywana Państwu publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r., a więc na początku trwania pandemii COVID-19. Jest to zatem opis i analiza stanowiące dobry punkt odniesienia dla dalszych dociekań związanych z wpływem pandemii COVID-19 na stan i ochronę zdrowia ludności w Polsce w latach następnych.

Dyrektor Departamentu Badań
Społecznych



dr Piotr Łysoń

Dyrektor Urzędu
Statystycznego w Krakowie



Agnieszka Szlubowska

Prezes Głównego Urzędu
Statystycznego



dr Dominik Rozkrut

Preface

Since the nineties of the twentieth century, the Statistics Poland has been conducting a periodic survey on the use of healthcare services in households called "Health care in households". Decades of shortcomings in this field make the research topic very important, and the importance of the research in this area is additionally strengthened by COVID-19 pandemic caused by SARS-CoV-2 virus.

This publication contains results of analysis of the ninth edition of the study, conducted in 2021. The study provided information on a broad spectrum of problems while using health care services by households in 2020 (the first year of the COVID-19 pandemic), and is a valuable source of information on realized demand for health services by households. The results of the study may be useful for implementation of state policies in health care.

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.

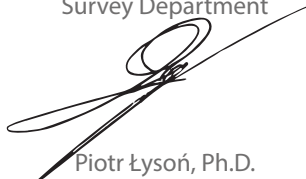
The publication consists of: analytical, methodological part and tabular appendix (in digital version).

A wider range of information concerning health and health care studies is available on website of Statistics Poland – <https://stat.gov.pl/en/topics/health/>.

Providing the publication to the Readers, we would like to express many thanks to all, without whom the study could not be have been 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.

We hope that given publication will prove to be a valuable source of knowledge about healthcare in Poland in 2020, i.e. at the beginning of the COVID-19 pandemic. Therefore, it is a description and analysis that is a good reference point for further research related to the impact of the COVID-19 pandemic on health and health care population in Poland in the following years.

Director of the Social
Survey Department



Piotr Łysoń, Ph.D.

Director of the Statistical
Office in Krakow



Agnieszka Szlubowska

President Statistics
Poland



Dominik Rozkrut, Ph.D.

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
Preface	4
Spis tablic	7
List of tables	7
Spis wykresów	8
List of charts	8
Objaśnienia znaków umownych	13
Symbols	13
Ważniejsze skróty	13
Main abbreviations	13
Synteza	15
Synthesis	19
Rozdział 1. Charakterystyka badanej zbiorowości	23
Chart 1. Characteristics of the surveyed population	23
1.1. Charakterystyka gospodarstw domowych	23
1.1. Characteristics of households	23
1.2. Charakterystyka członków gospodarstw domowych	26
1.2. Characteristics of households members	26
1.3. Stan zdrowia członków gospodarstw domowych	29
1.3. Health status of household members	29
1.4. Stosowanie leków w IV kwartale 2020 roku	34
1.4. Use of medicines in the 4th quarter of 2020	34
Rozdział 2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej	37
Chart 2. Use of health care services	37
2.1. Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej	38
2.1. Use of inpatient health care	38
2.2. Korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	43
2.2. Use of outpatient health care	43
2.3. Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej	50
2.3. Household use of night and holiday care services	50
2.4. Korzystanie z usług medycznych w związku z chorobą	50
2.4. Use of medical services in connection with the disease	50
2.5. Wykonywanie badań diagnostycznych	53
2.5. Performing medical diagnostic tests	53
2.6. Korzystanie z programów profilaktycznych	56
2.6. Use of preventive health care programs	56
2.7. Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych niefinansowanych przez NFZ	58
2.7. Households using medical services not financed by the National Health Fund	58
2.8. Korzystanie z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej	59
2.8. Use of unconventional medicine	59

2.9. Korzystanie z usług medycznych za granicą	59
2.9. Use of medical services abroad	59
2.10. Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych	60
2.10. Use of communication and the Internet while using medical services	60
Rozdział 3. Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów	63
Chart 3. Quality of healthcare in the opinion of respondents	63
3.1. Ogólna ocena jakości opieki zdrowotnej	63
3.1. Overall assessment of the quality of healthcare	63
3.2. Dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie respondentów	64
3.2. Access to primary healthcare in opinion of respondents	64
3.3. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne	66
3.3. Waiting time for medical services	66
3.4. Responsywność, czyli spełnienie oczekiwań pacjentów przez lekarzy	71
3.4. Responsiveness – meeting expectations of patients by doctors	71
3.5. Niekorzystanie z usług zdrowotnych mimo istnienia takiej potrzeby	74
3.5. Non-using of medical services despite the need	74
3.6. Trudności napotkane w czasie korzystania z usług medycznych	77
3.6. Particular difficulties while using medical services	77
Rozdział 4. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2020 r.	79
Chart 4. Household expenditure on health care in 2020	79
4.1. Poziom i struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem	80
4.1. The level and structure of household expenditures on health care in total	80
4.2. Wydatki na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku	81
4.2. Expenditure on medicines, other medical supplies and medical durables	81
4.3. Ocena wydatków na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku	83
4.3. The assessment of expenditure on medicines and other medical supplies and medical durables	83
4.4. Wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną	84
4.4. Expenditure on outpatient health care	84
4.5. Ocena wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną	93
4.5. The assessment of expenditure on outpatient health care	93
4.6. Wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną	95
4.6. Expenditure on inpatient health care	95
4.7. Ocena wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną	97
4.7. The assessment of expenditure on inpatient health care	97
4.8. Dodatkowe dobrowolne zabezpieczenia zdrowotne	98
4.8. Additional non obligatory health insurance	98
Rozdział 5. Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie gospodarstw domowych (wybrane zagadnienia)	99
Chart 5. The impact of the COVID-19 pandemic on the functioning of households (selected issues) ...	99
Uwagi metodologiczne	109
Methodological notes	109
Kwestionariusze	120
Questionnaires	120

Spis tablic

List of tables

Tablica 1. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych w 2020 r.	23
Table 1. Households by socio-economics groups in 2020	23
Tablica 2. Gospodarstwa domowe według stanu zdrowia członków w 2020 r.	25
Table 2. Households by health status of members in 2020	25
Tablica 3. Chorujący na wybrane choroby według cech społeczno-demograficznych w 2020 r.	51
Table 3. People suffering from selected diseases by socio-demographic characteristics in 2020 ...	51
Tablica 4. Wykonane badania diagnostyczne według wybranych źródeł finansowania w 2020 r. (w %)	56
Table 4. Performing diagnostic tests by financing sources in 2020 (in %)	56
Tablica 5. Osoby korzystające z programów profilaktycznych według cech społeczno-demograficznych w 2020 r.	57
Table 5. People using preventive programs by socio-demographic characteristics in 2020	57
Tablica 6. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na zakup leków w 2020 r.	83
Table 6. Households by assessment of expenditure on medicines in 2020	83
Tablica 7. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u lekarzy (wyłączając lekarzy dentyistów) w 2020 r.	93
Table 7. Households by assessment of expenditure on doctor's consultations (except dentists) in 2020	93
Tablica 8. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u dentyistów w 2020 r.	94
Table 8. Households by assessment of expenditure on dental consultations in 2020	94
Tablica 9. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na badania medyczne w 2020 r.	95
Table 9. Households by assessment of expenditure on medical tests in 2020	95
Tablica 10. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na pobyt w szpitalu w 2020 r.	98
Table 10. Households by assessment of expenditure related to a stay in a hospital in 2020	98

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1.	Gospodarstwa domowe uczestniczące w badaniu według grup kwintylowych w 2020 r. (w %)	24
Chart 1.	Households participating in the survey by quintile groups in 2020 (in %)	24
Wykres 2.	Członkowie gospodarstw domowych według klasy miejscowości zamieszkania w 2020 r.	26
Chart 2.	Structure of household members by the class of locality in 2020	26
Wykres 3.	Członkowie gospodarstw domowych według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia w miastach i na wsi w 2020 r.	26
Chart 3.	Household members by level of education in urban areas and rural areas in 2020	26
Wykres 4.	Członkowie gospodarstw domowych według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia	27
Chart 4.	Household members by level of education	27
Wykres 5.	Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych	28
Chart 5.	Households by socio-economic groups	28
Wykres 6.	Członkowie gospodarstw domowych według wieku	28
Chart 6.	Household members by age	28
Wykres 7.	Samoocena stanu zdrowia	29
Chart 7.	Self-assessment of health status	29
Wykres 8.	Samoocena stanu zdrowia według wieku w 2020 r.	30
Chart 8.	Self-assessment of health status by age in 2020	30
Wykres 9.	Chorujący przewlekłe oraz przebywający pod opieką lekarską lub pielęgniarską	30
Chart 9.	Chronically ill persons and those requiring permanent nursing or doctor's care	30
Wykres 10.	Chorujący przewlekłe oraz przebywający pod opieką lekarską lub pielęgniarską według wieku w 2020 r.	31
Chart 10.	Chronically ill persons and those who require permanent nursing or doctor's care by age in 2020	31
Wykres 11.	Samoocena stanu zdrowia a możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego w 2020 r.	32
Chart 11.	Self-assessment of health status and ability to perform activities of daily living in 2020 ..	32
Wykres 12.	Samoocena stanu zdrowia i stopień niepełnosprawności prawnej respondentów w 2020 r.	33
Chart 12.	Self-assessment of health status and degree of legally disability of respondents in 2020	33
Wykres 13.	Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia	33
Chart 13.	The most important factor (indicated in 1st place) that affects health status	33
Wykres 14.	Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia według stanu zdrowia respondentów w 2020 r.	34
Chart 14.	The most important factor (indicated in 1st place) that affects health by health status of respondents in 2020	34
Wykres 15.	Osoby stosujące leki lub suplementy diety w IV kwartale 2020 r.	35
Chart 15.	Persons taking medicines or supplements in the 4th quarter of 2020	35
Wykres 16.	Osoby stosujące leki lub suplementy diety w IV kwartale	36
Chart 16.	Persons taking medicines or supplements in the 4th quarter	36

Wykres 17.	Członkowie gospodarstw domowych przebywający w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według płci (w %)	38
Chart 17.	Household members staying in inpatient health care facilities by sex (in %)	38
Wykres 18.	Członkowie gospodarstw domowych przebywający w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według wieku (% osób danej grupy wieku)	39
Chart 18.	Household members staying in inpatient health care facilities by age (in % people of age group)	39
Wykres 19.	Członkowie gospodarstw domowych przebywający w w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według płci i wieku (% osób danej grupy wieku) w 2020 r.	39
Chart 19.	Household members staying in inpatient health care facilities by sex and age (in % people of age group) in 2020	39
Wykres 20.	Członkowie gospodarstw domowych przebywający w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według stanu zdrowia (% osób o danym stanie zdrowia)	40
Chart 20.	Household members staying in inpatient health care facilities by health status (in % people of health status)	40
Wykres 21.	Pobyty finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej	41
Chart 21.	Stays financed in the scope of the National Health Fund in inpatient health care facilities ..	41
Wykres 22.	Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według przyczyn w 2020 r.	42
Chart 22.	Stays in inpatient health care facilities by reason in 2020	42
Wykres 23.	Pobyty finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2020 r. (w %)	42
Chart 23.	Stays financed in the scope of the National Health Fund in inpatient health care facilities in 2020 (in %)	42
Wykres 24.	Średnia długość pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według wybranych przyczyn (w dniach)	43
Chart 24.	Average length of stay in inpatient health care facilities by selected reason (in days)	43
Wykres 25.	Korzystający z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej według płci (w %) ...	44
Chart 25.	People using doctor consultations in primary health care by sex (in %)	44
Wykres 26.	Osoby korzystające z porad lekarskich w POZ według wieku i liczby porad w czwartym kwartale 2020 r.	45
Chart 26.	People using doctor consultations in primary health care by age and number of consultations in the 4th quarter of 2020	45
Wykres 27.	Korzystający z porad lekarskich specjalistycznych według płci (w %)	46
Chart 27.	People using doctor consultations in specialised health care by sex (in %)	46
Wykres 28.	Finansowanie porad lekarskich specjalistycznych według źródła finansowania	48
Chart 28.	Funding of consultations in specialised health care by financing source	48
Wykres 29.	Korzystający z porad stomatologicznych według płci	49
Chart 29.	People using dental consultations by sex	49
Wykres 30.	Korzystający z usług medycznych w związku z chorobą, finansowanych w ramach NFZ w 2020 r. (w %)	52
Chart 30.	People using medical services in connection with the disease financed in the scope of the National Health Fund in 2020 (in %)	52
Wykres 31.	Wykonanie badań diagnostycznych laboratoryjnych i obrazowych według wieku (% osób danej grupy wieku)	54
Chart 31.	Performing diagnostic laboratory and imaging tests by age (in % people of age group) ..	54
Wykres 32.	Gospodarstwa domowe korzystające z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ	58
Chart 32.	Households using medical and dental services not financed by the National Health Fund ..	58

Wykres 33.	Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych według płci w 2020 r. (w %)	61
Chart 33.	Use of communication and the Internet while using medical services by sex in 2020 (in %)	61
Wykres 34.	Dostęp do wybranych form świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 2020 r.	65
Chart 34.	Access to different types of primary care services received within general health security in 2020	65
Wykres 35.	Osoby, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w 2020 r.	67
Chart 35.	People who were not asked about the waiting time for an appointment with a specialist doctor in 2020	67
Wykres 36.	Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty	68
Chart 36.	Waiting time for an appointment with a specialist doctor	68
Wykres 37.	Osoby, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentystry w 2020 r.	69
Chart 37.	People who were not asked about the waiting time for an appointment with a dentist in 2020	69
Wykres 38.	Czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentystry	69
Chart 38.	Waiting time for appointment with a dentist	69
Wykres 39.	Osoby, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na pobyt w szpitalu w 2020 r. ..	70
Chart 39.	People who were not asked about the waiting time for a hospital stay in 2020	70
Wykres 40.	Czas oczekiwania na pobyt w szpitalu	71
Chart 40.	Waiting time for a hospital stay	71
Wykres 41.	Responsywność lekarzy w 2020 r.	72
Chart 41.	Responsiveness of doctors in 2020	72
Wykres 42.	Responsywność lekarzy według wieku pacjentów w 2020 r. (odpowiedzi: zawsze lub często)	73
Chart 42.	Responsiveness of doctors by age of patients in 2020 (answers: always or often)	73
Wykres 43.	Rozeznanie lekarza w potrzebach zdrowotnych pacjentów w 2020 r. (w %)	73
Chart 43.	Doctor's recognition of patient health care needs in 2020 (in %)	73
Wykres 44.	Przyczyny niekorzystania z porad lekarza POZ w 2020 r.	74
Chart 44.	Reasons for not using GP consultations in 2020	74
Wykres 45.	Przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów w 2020 r.	75
Chart 45.	Reasons for not using specialist doctor's consultations in 2020	75
Wykres 46.	Przyczyny niekorzystania z usług stomatologicznych w 2020 r.	76
Chart 46.	Reasons for not using dental consultations in 2020	76
Wykres 47.	Przyczyny niewykonania badań diagnostycznych w 2020 r.	76
Chart 47.	Reasons for not performing medical diagnostic tests in 2020	76
Wykres 48.	Trudności techniczne napotkane w czasie korzystania z usług medycznych w 2020 r.	77
Chart 48.	Particular technical difficulties while using medical services in 2020	77
Wykres 49.	Trudności w kontaktach z personelem napotkane w czasie korzystania z usług medycznych w 2020 r.	78
Chart 49.	Particular in dealing with the staff difficulties while using medical services in 2020	78
Wykres 50.	Struktura bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia	81
Chart 50.	The structure of direct household expenditure on health care	81

Wykres 51.	Średnie miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i w grupach kwintylowych	82
Chart 51.	Average monthly expenditure on medicines and other medical supplies per capita in total households and in quintile groups	82
Wykres 52.	Osoby według rezygnacji z zakupu leków przepisanych przez lekarza według przyczyny niewykupowania leków w 2020 r.	84
Chart 52.	People by resignation from the purchase of medicines prescribed by a doctor by the reason for not buying medicines in 2020	84
Wykres 53.	Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną	85
Chart 53.	Structure of household expenditure on outpatient health care	85
Wykres 54.	Struktura wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2020 r.	86
Chart 54.	Structure of household expenditure on dental curative care in outpatient health care in 2020	86
Wykres 55.	Średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjne leczenie stomatologiczne zachowawcze na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych	87
Chart 55.	Average monthly expenditure on outpatient restorative dental treatment per capita by quintile group	87
Wykres 56.	Struktura wydatków gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (łącznie z rehabilitacją ambulatoryjną) w 2020 r.	88
Chart 56.	Structure of household expenditure on specialised outpatient health care (including rehabilitative outpatient care) in 2020	88
Wykres 57.	Średnie miesięczne wydatki na leczenie w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej (bez usług rehabilitacyjnych) na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych	89
Chart 57.	Average monthly expenditure on treatment in specialised outpatient health care (excluding rehabilitation services) per capita by quintile groups	89
Wykres 58.	Podstawowa opieka ambulatoryjna (POZ) – struktura wydatków gospodarstw domowych oraz średnie miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych w 2020 r.	90
Chart 58.	Primary health care (POZ) – structure of household expenditure and average monthly expenditure per capita by quintile groups in 2020	90
Wykres 59.	Struktura wydatków gospodarstw domowych na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej w 2020 r.	91
Chart 59.	Structure of household expenditures on ancillary and other outpatient services in 2020 ..	91
Wykres 60.	Średnie miesięczne wydatki na badania laboratoryjne oraz diagnostykę obrazową na osobę w gospodarstwach domowych według grup kwintylowych w 2020 r.	92
Chart 60.	Average monthly expenditure on laboratory tests and imaging diagnosis per person in households by quintile groups in 2020	92
Wykres 61.	Struktura wydatków gospodarstw domowych związanych z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2020 r.	96
Chart 61.	Structure of household expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility in 2020	96
Wykres 62.	Średnie miesięczne wydatki związane z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych	97
Chart 62.	Average monthly expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility per capita by quintile groups	97
Wykres 63.	Odsetek osób przebywających na kwarantannie według wieku w 2020 r.	100
Chart 63.	Percentage of people staying in quarantine by age in 2020	100

Wykres 64.	Odsetek osób przebywających na kwarantannie według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia w 2020 r.	100
Chart 64.	Percentage of people in quarantine by level of education in 2020	100
Wykres 65.	Odsetek osób przebywających na obowiązkowej kwarantannie według głównego źródła utrzymania w 2020 r.	101
Chart 65.	Percentage of people in compulsory quarantine by main source of income in 2020	101
Wykres 66.	Odsetek osób zgłaszających gotowość wykonania szczepienia według wieku w 2020 r.	102
Chart 66.	Percentage of people reporting readiness to vaccinate by age in 2020	102
Wykres 67.	Odsetek osób zgłaszających gotowość wykonania szczepienia według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia w 2020 r.	102
Chart 67.	Percentage of people reporting readiness to vaccinate by level of education in 2020	102
Wykres 68.	Odsetek osób zgłaszających gotowość wykonania szczepienia według głównego źródła utrzymania w 2020 r.	103
Chart 68.	Percentage of people reporting readiness to vaccinate by main source of income in 2020	103
Wykres 69.	Pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu w grupach wiekowych w 2020 r.	104
Chart 69.	Deterioration of health due to prolonged home stay in age groups in 2020	104
Wykres 70.	Pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu ze względu na poziom najwyższego ukończonego wykształcenia w 2020 r.	104
Chart 70.	Deterioration of health due to prolonged home stay by level of education in 2020	104
Wykres 71.	Pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu ze względu na główne źródło utrzymania w 2020 r.	105
Chart 71.	Deterioration of health due to prolonged home stay by main source income in 2020	105
Wykres 72.	Konieczność rezygnacji, ograniczenia lub przerwania procesu leczenia lub rehabilitacji z powodu pandemii COVID-19 w grupach wiekowych w 2020 r.	105
Chart 72.	Necessity to end, limit or interrupt the treatment or rehabilitation process due to the COVID-19 pandemic in age groups in 2020	105
Wykres 73.	Skłonność do korzystania z telekonsultacji w grupach wiekowych w 2020 r.	106
Chart 73.	Tendency to use teleconsultation in age groups in 2020	106
Wykres 74.	Korzystanie z telekonsultacji ze względu na samoocenę stanu zdrowia w 2020 r.	106
Chart 74.	Use of teleconsultation by self-assessment of health in 2020	106
Wykres 75.	Skłonność do korzystania z telekonsultacji ze względu posiadanie: długotrwałych problemów zdrowotnych, ograniczonej zdolności do wykonywania czynności jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej oraz stopnia niepełnosprawności lub ograniczenia w wykonywania czynności w 2020 r.	107
Chart 75.	Use of teleconsultation by having: long-term health problems, limited ability to perform activities that people usually do, lasting 6 months or more, and the degree of disability or limitations in performing activities in 2020	107
Wykres 76.	Korzystanie z telekonsultacji ze względu na poziom najwyższego ukończonego wykształcenia w 2020 r.	107
Chart 76.	Use of teleconsultation by the level of education in 2020	107
Wykres 77.	Korzystanie z telekonsultacji ze względu na źródło utrzymania w 2020 r.	108
Chart 77.	Use of teleconsultation by the source of income in 2020	108

Objaśnienia znaków umownych

Symbols

Symbol Symbol	Opis Description
kreska (-) dash (-)	zjawisko nie wystąpiło magnitude zero
kropka (.) dot (.)	brak informacji wiarygodnych (mniej niż 20 przypadków z próby) data not reliable (less than 20 sample observations)
znak (x) symbol (x)	wypełnienie pozycji jest niemożliwe lub niecelowe not applicable
w tym of which	oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy indicates that not all elements of the sum are given
mała litera v small letter v	zjawisko zaistniało w wielkości większej lub równej 20 ale mniejszej niż 50 przypadków z próby the phenomenon occurred in a size greater than or equal to 20 but less than 50 cases in the sample

Ważniejsze skróty

Main abbreviations

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
DZZ	Dobrowolne Zabezpieczenia Zdrowotne Additional non obligatory health insurance
GP	lekarz podstawowej opieki zdrowotnej general practitioner
GUS	Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia National Health Fund
NRZ	Narodowy Rachunek Zdrowia National Health Account
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju Organisation for Economic Co-operation and Development
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych State Fund for the Rehabilitation of the Disabled
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna Primary health care
SHA	System Narodowych Rachunków Zdrowia System of Health Accounts
UE	Unia Europejska European Union (EU)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia World Health Organisation

Synteza

1. Charakterystyka badanej zbiorowości

Badanie zostało przeprowadzone na początku trwania pandemii COVID-19 i stanowi dobry punkt odniesienia dla dalszych dociekań związanych z jej wpływem na stan i ochronę zdrowia ludności w Polsce.

W trakcie badania pytano osoby o ogólną, subiektywną ocenę stanu zdrowia. W 2020 r. prawie 70% zbiorowości oceniło swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze (w 2016 r. ponad 75%), natomiast niecałe 7% źle lub bardzo źle (w 2016 r. prawie 10%). Co czwarta osoba wskazała, że jej stan zdrowia jest taki sobie ani dobry, ani zły (w 2016 r. podobnie).

W 2020 r. długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej, dotyczyły co 3 badanego. Pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską w 2020 r. (korzystanie z regularnych wizyt) przebywało 34% ogółu osób. Występowanie w IV kwartale 2020 r. poważnych problemów zdrowotnych takich jak: skutki wypadku, czy nagłe zachorowanie sygnalizowało prawie 8% osób. Osoby w wieku 15 lat lub więcej zapytano również czy z powodu problemów zdrowotnych mieli ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, które trwały 6 miesięcy lub dłużej. Poważnie ograniczone zdolności wykonywania takich czynności miało prawie 4% badanej zbiorowości, a ograniczone, ale niezbyt poważnie – prawie 18%.

W 2020 r. na pytanie o czynniki determinujące stan zdrowia przeszło połowa osób w wieku 15 lat lub więcej wskazała na własne zachowanie jako czynnik najważniejszy, na jakość opieki zdrowotnej wskazała co trzecia osoba, a na czynniki, na które nie mają wpływu – ponad 13% osób.

W ostatnim kwartale 2020 r. $\frac{3}{4}$ osób stosowało przynajmniej jeden lek lub suplement diety. W 2020 r. nastąpił spadek odsetka osób stosujących leki na choroby sercowo-naczyniowe (z ponad 28% w 2016 r. do niecałych 23%), antybiotyki (z ponad 27% w 2016 r. do ponad 16%), a wzrost odsetka osób zażywających leki na bóle głowy (z niecałych 37% w 2016 r. do ponad 47%) i suplementy diety (z niecałych 48% w 2016 r. do prawie 67%).

2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej

Wprowadzenie stanu epidemii COVID-19 w 2020 r. i związane z tym ograniczenia miały w różnym stopniu wpływ na skalę i zakres korzystania z usług opieki zdrowotnej przez gospodarstwa domowe.

W 2020 roku ponad 8% mieszkańców Polski przebywało w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej. W porównaniu do wcześniejszych badań odnotowano spadek odsetka osób korzystających ze stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Częstość hospitalizacji oraz korzystania z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej była ściśle związana ze stanem zdrowia populacji i wzrastała wraz z wiekiem.

Starsi mężczyźni byli częściej hospitalizowani niż kobiety. Odsetek osób przebywających w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej w grupie wieku 70 lat lub więcej w 2020 r. wyniósł ponad 17% wśród mężczyzn i prawie 13% wśród kobiet.

Dominującym źródłem finansowania pobytów w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych w 2020 roku pozostawały środki NFZ – blisko 98% pobytów. W porównaniu do danych uzyskanych w poprzedniej edycji badania najczęstsze przyczyny pobytów w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej pozostały zasadniczo bez zmian i należały do nich: choroba, obserwacja lub diagnozowanie oraz operacja i pobyt pooperacyjny. W 2020 roku udział tych przyczyn ogółem w strukturze pobytów wynosił ponad 74%. Narodowy Fundusz Zdrowia był wyłącznym źródłem finansowania w przypadku pobytów związanych z chorobą czy wypadkiem.

Czas trwania pobytu w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej w 2020 r. wynosił średnio nieco ponad 8 dni i był na podobnym poziomie jak w 2016 roku. Krótsze były pobyty w związku z chorobą oraz operacją i pobytami pooperacyjnymi. W 2020 r. czas pobytu z powodu choroby wynosił prawie 10 dni, natomiast w związku z operacją i pobytami pooperacyjnymi prawie 6 dni (odpowiednio o ponad dzień i 13 dni krócej niż w 2016 r.). Natomiast wydłużył się czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej z powodu rehabilitacji szpitalnej oraz obserwacji lub diagnozowania. W 2020 r. pobyt z powodu rehabilitacji szpitalnej trwał ponad 21^v dni, a w związku z obserwacją i diagnozowaniem ponad 8 dni (odpowiednio o prawie 16 dni i ponad 2 dni dłużej niż w 2016 r.).

W ciągu czwartego kwartału 2020 roku z porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej skorzystał co czwarty mieszkaniec Polski, z porad lekarza specjalisty co siódmy, a z usług stomatologicznych co jedenasty. W porównaniu do wcześniejszych badań utrzymuje się spadek odsetka osób leczonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i korzystających z usług stomatologicznych. W czwartym kwartale 2020 r. odsetek korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej wynosił prawie 25%, a korzystających z usług stomatologicznych prawie 9% (odpowiednio o 11 p. proc. i prawie 2 p. proc. mniej niż w analogicznym okresie poprzedniej edycji badania). W przypadku specjalistycznych porad lekarskich po latach utrzymywania się wskaźnika na zbliżonym poziomie również nastąpiło jego zmniejszenie do ponad 14% w 2020 r. (o ponad 5 p. proc. mniej w stosunku do analogicznego okresu 2016 r.).

Ponad 96% osób korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej zrealizowało je w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wzrósł odsetek korzystających z tych świadczeń, których wizyty zostały sfinansowane ze środków własnych gospodarstwa domowego – z ponad 2% w 2016 r. do ponad 4% w 2020 r. W przypadku ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej zaobserwowano zmniejszanie udziału usług finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia przy wzroście usług finansowanych poza ubezpieczeniem oraz w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych. Największy udział usług opieki zdrowotnej realizowanych poza ubezpieczeniem odnotowano w przypadku usług stomatologicznych. W czwartym kwartale 2020 roku prawie 78% osób korzystających z porad stomatologicznych wskazało na finansowanie tych usług ze środków własnych gospodarstwa domowego.

W porównaniu do 2016 r. zmniejszyły się odsetki osób, które miały wykonane badania diagnostyczne oraz które uczestniczyły w profilaktycznych programach zdrowotnych. W 2020 r. badania laboratoryjne wykonało prawie 43% ludności, a badania obrazowe i inne – prawie 26%, natomiast z programów profilaktycznych skorzystało ponad 8% osób w wieku 25 lat lub więcej. W 2016 r. było to odpowiednio: 46%, ponad 31% oraz prawie 20%. W strukturze finansowania badań diagnostycznych zwiększył się udział badań wykonywanych w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych i finansowanych ze środków własnych kosztem badań świadczonych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Do najbardziej popularnych programów profilaktycznych należały: Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (cytologia), Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia) oraz Program Chorób Układu Krążenia.

Po raz kolejny wzrósł udział gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych (poza stomatologicznymi), które nie są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia – w 2020 r. było to 38% gospodarstw. Główną przyczyną był zbyt odległy termin wizyty w podmiotach mających kontrakty z NFZ – wskazało ją prawie 52% gospodarstw korzystających z tego rodzaju usług.

Coraz częstszym sposobem umawiania się na wizytę lub badanie stał się telefon – z tego sposobu rejestracji w czwartym kwartale 2020 r. skorzystało ponad 36% respondentów. Wzrosło również zastosowanie Internetu do umawiania się na wizytę lub badania, do otrzymywania wyników badań tą drogą oraz do zakupu produktów leczniczych. Do pozyskania informacji medycznych oraz rejestracji na wizytę lub badanie Internet wykorzystywały najczęściej osoby w wieku 25-44 lata.

3. Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów

Od marca 2020 roku w Polsce mieliśmy do czynienia z epidemią COVID-19, która w istotny sposób wpłynęła na funkcjonowanie kraju, w tym systemu ochrony zdrowia, a fakt ten znalazł potwierdzenie w opinii na temat jakości świadczonych usług.

Prawie połowa osób korzystających z usług opieki zdrowotnej uznała, że jej jakość w 2020 roku pogorszyła się względem roku poprzedniego, a ponad jedna trzecia uważała, że pozostała na podobnym poziomie.

W badaniu za 2020 r. 7 na 10 osób oceniło, w oparciu o własne doświadczenia, że dostęp do opieki lekarza w domu, opieki pielęgniarki w domu, czy możliwość uzyskania telefonicznej porady lekarskiej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jest trudny lub bardzo trudny. Natomiast możliwość uzyskania telefonicznej porady lekarskiej podczas godzin przyjęć jest raczej trudna lub bardzo trudna według prawie połowy starających się o nawiązanie takiego kontaktu.

Większość osób, korzystających z wizyt, była usatysfakcjonowana wyborem lekarza pierwszego kontaktu lub pediatry (prawie 24% bardzo zadowolonych i prawie 69% raczej zadowolonych).

Osoby najkorzystniej oceniły fakt, że lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały – prawie 82% badanych (zawsze lub często¹). W kwestii znajomości historii leczenia odpowiedzi: zawsze lub często wskazały trzy na cztery odpowiadające osoby.

Gorzej ocenianymi obszarami były: możliwość zadawania pytań (prawie 68%, zawsze lub często), wystarczający czas poświęcony przez lekarza podczas wizyty lekarskiej (ponad 65%, zawsze lub często) i angażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczącej leczenia (prawie 65% zawsze lub często).

W IV kwartale roku 2020 ponad 6% członków gospodarstw domowych nie skorzystało z usług lekarza POZ mimo istnienia takiej potrzeby. Z porad lekarza specjalisty nie skorzystało prawie 6% osób, a z usług stomatologicznych prawie 4%. Na pytanie dotyczące niewykonania badań diagnostycznych, chociaż istniała taka potrzeba, odpowiedzi pozytywnej udzieliło ponad 3% osób. Przyczyną dominującą ww. rezygnacji były warunki zagrożenia epidemicznego choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej COVID-19.

4. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2020 r.

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 zarówno z cechami demograficzno-społecznymi, jak i m.in. ze stanem zdrowia ankietowanych osób.

Według wyników badania ponad 60% gospodarstw domowych poniosło w 2020 r. wydatki na wizyty u lekarzy, prawie połowa: na wydatki na wizyty u lekarzy dentyków (ponad 49%) oraz na badania medyczne (niemal 47%). Co czwarte gospodarstwo domowe zadeklarowało wydatki związane z zakupem sprzętu medycznego – (ponad 27%), na pobyty w szpitalach – niemal 11%, a na zabiegi rehabilitacyjne – ponad 12%. Wydatki na zakup leków poniosło ponad 97% gospodarstw domowych.

W całej populacji gospodarstw domowych w Polsce średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę wyniosły w 2020 roku 66,58 zł.

W czwartym kwartale 2020 roku przeciętne miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne w całej populacji ludności gospodarstw domowych w Polsce wyniosły przeciętnie 42,60 zł na osobę.

Wyliczone na podstawie badania dotyczącego IV kwartału 2020 r. i uogólnione na całą populację gospodarstw domowych w Polsce średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 2020 r. wyniosły 16,66 zł na osobę. W tym m.in. na leczenie stomatologiczne – 7,62 zł na osobę, na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (z wyłączeniem stomatologii, łącznie z rehabilitacją ambulatoryjną) – 6,13 zł, a na ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną – 1,37 zł.

Uogólnione na całą populację bezpośrednio wydatki gospodarstw domowych na stacjonarną opiekę zdrowotną w 2020 r. wyniosły 1,35 zł na osobę miesięcznie.

¹ Część pytań formularza dotyczyła responsywności lekarza i odpowiedzi do wyboru to zawsze, często, czasami, rzadko lub nigdy.

5. Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie gospodarstw domowych (wybrane zagadnienia)

W 2020 r. kwarantanną było objętych 15% osób. W grupie wiekowej 25-44 lata oraz 45-59 lat na kwarantannie przebywało odpowiednio 18% oraz 19% osób. Natomiast w grupie wiekowej 60 lat lub więcej na kwarantannie przebywało 8% osób.

Gotowość do szczepień zgłosiło 58% osób i odsetek ten kształtował się na podobnym poziomie wśród kobiet i mężczyzn (odpowiednio 57% i 59%). W grupie wiekowej poniżej 25 lat gotowość do szczepień zadeklarowało 39% osób, podczas gdy w grupie wiekowej 60 lat lub więcej – 69%. Wśród mieszkańców miast gotowość do szczepień zadeklarowało 61% osób, a wśród mieszkańców wsi – 52%.

Skorzystanie z telekonsultacji podczas pandemii zadeklarowało 44% osób. Wśród kobiet odsetek ten wyniósł 38%, a wśród mężczyzn 47%. W grupie wiekowej poniżej 25 lat z telekonsultacji skorzystało 25% osób, a w grupie wiekowej 60 lat lub więcej – 51%. Nieco mniejszą skłonnością do korzystania z telekonsultacji charakteryzowali się mieszkańcy wsi niż miast (odpowiednio 40% i 46%).

Executive summary

1. Characteristics of the surveyed population

The survey was carried out at the beginning of the COVID-19 pandemic and it provides a good benchmark for further analyses related to the impact of the COVID-19 pandemic on the state and health protection of the population in Poland.

During the survey respondents were asked about the overall, subjective assessment of their health status. In 2020, nearly 70% of respondents assessed their health good or very good (in 2016 more than 75%). On the other hand, their health was described as bad or very bad by nearly 7% of surveyed population (in 2016 – almost 10%). One in four respondents indicated that their health was fair (similarly in 2016).

In 2020, one in three respondents were affected by long-term health problems or chronic diseases lasting for 6 months or more. In 2020 34% of surveyed population was under permanent medical or nursing care (regular visits). The occurrence of serious health problems in the fourth quarter of 2020 such as: the consequences of an accident or sudden illness were reported by nearly 8% of people. Respondents aged 15 or over were also asked if they had limited ability to perform activities that people usually perform, which lasted 6 months or longer due to health problems. Severely limited ability to perform such activities was in almost 4% of the surveyed and limited but not very acutely – almost 18%.

Taking in the consideration, health status of population in 2020, more than half of aged 15 or over indicated their own behaviour as the most important factor, one in three indicated the quality of health care, and over 13% of respondents indicated factors beyond their control.

In the last quarter of 2020, 3 of 4 of people used at least one medicine or dietary supplement. In 2020 decreased proportion of people taking medicines for cardiovascular diseases (from more than 28% in 2016 to less than 23%), antibiotics (from more than 27% in 2016 to more than 16%) and an increase in the proportion of people taking medicines for headaches (from less than 37% in 2016 to over 47%) and dietary supplements (from less than 48% in 2016 to almost 67%).

2. Use of health care services

The introduction of the COVID-19 outbreak state in 2020 and the associated restrictions have had different degrees of impact on the scale and extent of the use of health care services by households.

In 2020, more than 8% Polish residents were admitted to a hospital or other inpatient health care facility. Compared to previous studies, the proportion of people receiving inpatient health care has decreased.

The frequency of hospitalisation and the use of doctor consultation in primary health care are closely related to the health status of the population and increases with age.

Older men were hospitalised more often than women. The proportion of those aged 70 or more and hospitalised in hospitals or other inpatient health care facilities in 2020 was more than 17% among men and almost 13% among women.

The predominant financing source of stays in hospitals and other inpatient health care facilities in 2020 remains the National Health Fund — almost 98% of stays. Compared to the data obtained in the previous edition of the survey, the most common reasons for stays in inpatient health care facilities remain broadly unchanged and include: disease, observation or diagnosis, surgery and post-operative stay. In 2020, the total share of these causes in the structure of stays was over 74%. The National Health Fund was the only source of funding for stays in hospitals and other inpatient health care facilities related to illness or accident.

The average duration of stay in inpatient health care facilities in 2020 was just over 8 days, and was at a similar level as in 2016. The stays due to illness as well as surgery and post-surgery stays were shorter. In 2020, the length of stay due to illness was almost 10 days, while related to surgery and post-surgery stays it was almost 6 days (more than a day and 13 days shorter than in 2016, respectively). On the other hand, the average length of stay due to post-hospital rehabilitation as well as observation or diagnosis in inpatient health care facilities was extended. In 2020, the stay due to post-hospital rehabilitation lasted more than 21 days, and related to observation and diagnosis it was over 8 days (by almost 16 days and over 2 days longer than in 2016, respectively).

During the fourth quarter of 2020, every fourth resident of Poland used the medical consultation provided by a primary health care physician, every seventh by specialist and every eleventh dental services. Compared to previous studies, the proportion of people treated by primary health care practitioners and dentists continues to decline. In the fourth quarter of 2020, the proportion of people using medical consultations in primary health care was almost 25%, and those using dental services - almost 9% (by 11 pp and almost 2 pp less than in the corresponding period of the previous edition respectively). In the case of specialised doctors consultations, after years of continuing the indicator at a similar level, the indicator has also decreased, to over 14% in 2020 (over 5 pp less than in the corresponding period of 2016).

More than 96% of those using doctor consultations in primary health care had them provided in the scope of the National Health Fund. The proportion of people using doctor consultations financed from the household's own resources increased from more than 2% in 2016 to more than 4% in 2020. In the case of outpatient specialised health care, the share of services financed in the scope of the National Health Fund continued to decrease, with other financing sources increasing (the household's own resources and additional health insurance). The largest share of services financed from the household's own resources was recorded for dental consultations. In the fourth quarter of 2020, almost 78% of people receiving dental services indicated that they were financed from the household's own resources.

Compared to 2016, the proportion of people who had diagnostic tests and who participated in preventive health programs decreased. In 2020, almost 43% of the population had laboratory tests and almost 26% had imaging or other tests. More than 8% of people aged 25 or over benefited from prevention programs. In 2016, this was: 46%, over 31% and almost 20% respectively. The share of tests covered by additional health insurance and financed from the household's own resources have both advanced at the expense of those provided in the scope of the National Health Fund. Among the most popular prevention programs were: Cervical Cancer Prevention Program (cytology), Population Breast Cancer Early Detection Program (mammography) and Circulatory System Disease Program.

The share of households using medical services (excluding dental services) that were not financed by the National Health Fund has increased again – 38% of households in 2020. The main reason was long waiting time for medical consultations provided by entities in the scope of the National Health Fund, as indicated by almost 52% of households using this type of service.

Telephone calls are becoming an increasingly popular way to make an appointment or medical examination, with over 36% of respondents using this method in the fourth quarter of 2020. There was also an increase in the use of the Internet to make an appointment or medical examination, to obtain medical examination results and to purchase medicinal products. The Internet was mostly used by patients aged 25-44 to obtain medical information and make an appointment or a medical examination.

3. Quality of healthcare in the opinion of respondents

Since March 2020 Poland has been faced with COVID-19 epidemic, which had significant impact on the functioning of the country, including health care system, and this fact was confirmed by the opinion on the quality of services provided during pandemic.

Almost half of the people using health care services considered that its quality in 2020 had deteriorated compared to the previous year, and more than a third believed that it had remained at a similar level.

In the 2020 survey, 7 out of 10 people rated, based on their own experience, that access to medical care at home, nursing care at home, or the ability to get medical advice by phone, as part of night and holiday care, was rather difficult or very difficult. The possibility to contact a doctor on the phone during the duty hours was rather difficult or very difficult according to almost half of those seeking such contact.

The majority of people who attended appointments were satisfied with the choice of a primary practitioner or paediatrician (almost 24% very satisfied and nearly 69% rather satisfied).

People most favourably assessed the fact that the doctor provided information and explanations in an understandable way – nearly 82% of respondents (always or often²). Regarding knowledge of treatment history, three out of four respondents indicated always or often.

Slightly less well rated areas were: possibility to ask questions (nearly 68%, always or often), sufficient time devoted by the doctor during the consultation (more than 65%, always or often) and engagement the patient in making decisions about the best treatment (nearly 65%, always or often).

In the fourth quarter of 2020, more than 6% of household members did not use the services of a POZ doctor despite the need to do so. Almost 6% of people did not use the services of a specialist doctor, and almost 4% did not use dental services. When asked about not performing diagnostic tests, although there was such a need, over 3% of people gave a positive answer. The predominant reason for the resignation was the epidemic conditions of infectious disease caused by the SARS-CoV-2 virus, called COVID-19.

4. Household expenditure on health care in 2020

The “Health care in households” survey, as the only one of the research carried out in this thematic area by Statistics Poland, provides information on health care expenditures in connection both with demographic and social characteristics and, among others, the state of health of the persons surveyed.

According to the results of the survey, more than 60% households incurred in 2020 expenses on visits to doctors, almost half (over 49%) – expenditure on visits to dentists, and on medical research (almost 47%). Every fourth household declared expenditures on the purchase of medical equipment (over 27%), on hospital stays – almost 11%, on rehabilitation treatments – over 12%. Expenditure on the purchase of medicines were incurred by over 97% of households.

In the total population of households in Poland, the average monthly health care expenditure per person in 2020 was PLN 66,58.

In the fourth quarter of 2020, the average monthly expenditure on medicines and other medical supplies in the total population of households in Poland was on average PLN 42,60 per person.

Calculated on the basis of the fourth quarter of 2020 survey and generalised for the entire household population in Poland, the average monthly expenditure on outpatient health care in 2020 was PLN 16,66 per person, including e.g. dental curative care PLN 7,62 per person, specialised outpatient curative care (excluding dental curative care; including rehabilitative outpatient care) – PLN 6,13, primary health care amounted – PLN 1,37.

Generalised direct household expenditure on inpatient health care in 2020 amounted to PLN 1,35 per person per month.

² Some of the questions on the questionnaire concerned the doctor’s responsiveness and the answers to choose from are always, often, sometimes, rarely or never.

5. The impact of the COVID-19 pandemic on the functioning of households (selected issues)

In 2020, 15% of respondents were quarantined. In the 25-44 and 45-59 age group, 18% and 19% of people were in quarantine, respectively. In contrast, 8% of people aged 60 or more were quarantined.

The willingness to vaccinate was reported by 58% of respondents and was at a similar level among women and men (57% and 59%, respectively). In the age group below 25 years, 39% of people were ready to vaccinate, while in the age group 60 years or more – 69%. Among urban residents, willingness to vaccinate was declared by 61%, and among the inhabitants of rural areas by 52%.

44% of respondents declared that they used teleconsultation during a pandemic. This percentage was 38% among women, and 47% among men. In the age group below 25 years, 25% of respondents used teleconsultation, while in the age group of 60 years or more – 51%. Slightly less willingness to use teleconsultation was characterised by inhabitants of rural areas than of cities (40% and 46% respectively).

Rozdział 1.

Chapter 1.

Charakterystyka badanej zbiorowości

Characteristics of the surveyed population

1.1. Charakterystyka gospodarstw domowych

1.1. Characteristics of households

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 obszernie informacje o cechach zbiorowości zgromadzone w badaniu głównym (m.in. według: typów gospodarstw domowych, liczby osób w gospodarstwie, liczby dzieci). Struktura gospodarstw objętych badaniem na przestrzeni lat nie zmieniła się istotnie, podobnie jak skład gospodarstw domowych ze względu na cechy społeczno-demograficzne, co umożliwia bezpośrednią obserwację zmian w korzystaniu przez gospodarstwa domowe z opieki zdrowotnej w jej głównych aspektach.

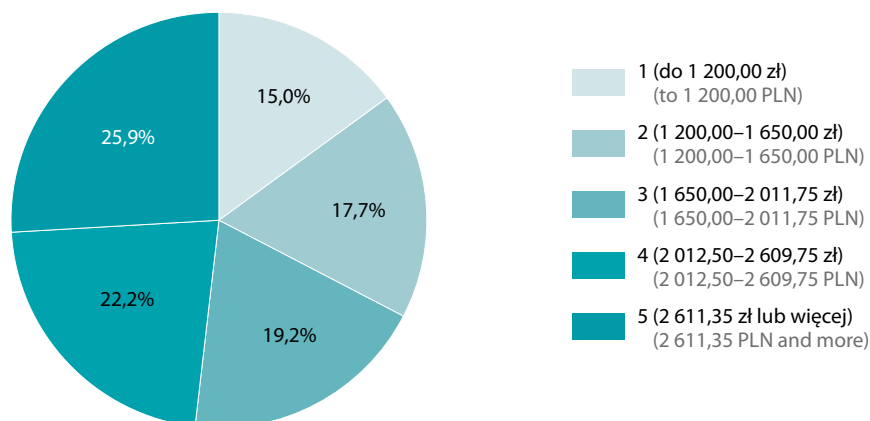
Analiza zbadanej zbiorowości gospodarstw domowych ze względu na ich cechy społeczno-demograficzne wykazała, że w ogólnej liczbie gospodarstw domowych ponad 67% z nich znajdowało się w miastach, natomiast niemal 33% – na wsi. Na uwagę zasługuje zależność między wielkością gospodarstwa domowego a miejscem zamieszkania – zdecydowanie częściej gospodarstwa wieloosobowe znajdują się na wsi. Ponad 73% gospodarstw sześć- lub więcej osobowych mieszkało na wsi (prawie co czwarte gospodarstwo jednoosobowe).

Tablica 1. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych w 2020 r.
Table 1. Households by socio-economics groups in 2020

Kategorie gospodarstw domowych Categories of households	Ogółem Total	Miasta Urban areas	Wieś Rural areas
	w % in %		
Ogółem Total	100,0	100,0	100,0
Pracujących na stanowisku robotniczym Employees working in manual labour position	23,8	20,0	31,6
Pracujących na stanowisku nierobotniczym Employees working in non-manual labour position	29,6	35,0	18,5
Rolników Farmers	3,3	0,2	9,8
Pracujących na własny rachunek Self employed	7,6	8,1	6,5
Emerytów Retirees	28,6	29,1	27,7
Rencistów Pensioners	4,3	4,4	4,1
Pozostali Others	2,7	3,2	1,8

Gospodarstwa domowe uczestniczące w badaniu budżetów gospodarstw domowych w IV kwartale 2020 r., które zostały zaklasyfikowane do grup społeczno-ekonomicznych w zależności od głównego źródła utrzymania gospodarstwa domowego.
Households participating in household budget survey in the 4th quarter of 2020, which were classified into socio-economic groups depending on the main source of income of the household.

Wykres 1. Gospodarstwa domowe uczestniczące w badaniu według grup kwintylowych w 2020 r. (w %)
 Chart 1. Households participating in the survey by quintile groups in 2020 (in %)



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 przy uwzględnieniu stosowanych w badaniu wag, a następnie podzielono na 5 równych części co do liczby osób ważonych, które to części stanowią poszczególne grupy kwintylowe. 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 and these groups are individual quintile groups.

Dzięki zbieżności pytań zadawanych respondentom w ostatnich 4 edycjach badania, możliwe i oczekiwane jest porównanie wyników dla lat 2010, 2013, 2016 oraz ostatniego roku – 2020 r. Jednocześnie ze względu na niewielką dynamikę danego zjawiska i równocześnie szerokie spektrum problemów korzystania z usług systemu opieki zdrowotnej przez gospodarstwa domowe, niejednokrotnie odnośmy się do wyników tylko z poprzedniej edycji z 2016 r. pozostawiając szerszą analizę szeregu czasowego w przypadku zaobserwowania wyraźnych trendów.

Porównanie z wynikami badań z poprzednich lat umożliwiło śledzenie zmian, jakie zaszły w sposobie korzystania z opieki zdrowotnej, a także w subiektywnych ocenach jakości usług w tej dziedzinie.

Podobnie do 2016 r., czyli roku odniesienia dla poprzedniej edycji badania, w 2020 r. w ponad połowie gospodarstw domowych występowały osoby chore przewlekle – 57,2% (w poprzedniej edycji badania – 58,9%), przy czym ich udział był różny w zależności od grupy społeczno-ekonomicznej. W gospodarstwach rencistów wyniósł on 83,2%, w gospodarstwach emerytów 78,3%, w gospodarstwach rolników 62,5%, w gospodarstwach pracujących na stanowisku robotniczym 48,6% i 41,9% na nierobotniczym.

W przypadku obecności w gospodarstwach domowych osób prawnie niepełnosprawnych³ zaobserwowano, iż osoby takie występowały w niemal 17% gospodarstw (spadek o 5 p. proc. w stosunku do 2016 r.). Orzeczoną niepełnosprawność prawną najczęściej odnotowano wśród osób w gospodarstwach domowych rencistów – w około 44% gospodarstw domowych podczas, gdy w 2016 r. było to więcej o 11 p. proc. W 2020 r. w grupie gospodarstw domowych rolników odsetek ten wyniósł ponad 31%, a emerytów – 18% (w 2016 r. odpowiednio prawie 23% i ponad 25%).

Badanie objęło roczny okres odniesienia od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. Jednak niektóre z pytań ograniczone zostały do ostatnich 3 miesięcy, czyli do IV kwartału 2020 r. dotyczyło to między innymi: stosowania leków i suplementów diety oraz wystąpienia poważnych problemów zdrowotnych.

Respondentom zadano pytanie o poważne problemy zdrowotne (w tym również gwałtowne zaostrzenie posiadanej choroby) w ostatnim kwartale 2020 r. i okazało się, że poważne problemy zdrowotne wystąpiły w ponad 14% gospodarstw (w 2016 r. powyżej 15%). Spośród grup społeczno-ekonomicznych najrzadziej takie choroby wystąpiły w gospodarstwach rolników – w prawie 9%.

³ Dotyczy osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Zespół Orzekania o Niepełnosprawności.

Tablica 2. Gospodarstwa domowe według stanu zdrowia członków w 2020 r.
 Table 2. Households by health status of members in 2020

Charakterystyka gospodarstwa domowego Characteristics of the household	Razem Total	Pracowników Employees		Rolników Farmers	Pracujących na rachunek własny Self employed	Emerytów Retirees	Rencistów Pensioners	Pozostałe Others
		na stanowiskach robotniczych working in manual labour position	na stanowiskach nierobotniczych working in non-manual labour position					
w % ogółu gospodarstw danej grupy in% of the total households of a group								

według występujących chorób przewlekłych by occurrence of chronically ill persons

Ogółem Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
z osobami chorymi przewlekłe with chronically ill persons	57,2	48,6	41,9	62,5	44,4	78,3	83,2	64,4
bez osób chorych przewlekłe without chronically ill persons	42,8	51,4	58,1	37,5	55,6	21,7	16,8	35,6

według występowania osób niepełnosprawnych prawnie^a by occurrence of persons with legally disabled persons^a

Ogółem Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
z osobami niepełnosprawnymi with persons with disabilities	16,7	15,9	10,2	31,3	6,9	18,1	44,2	44,0
bez osób niepełnosprawnych without persons with disabilities	83,3	84,1	89,8	68,7	93,1	81,9	55,8	56,0

według występowania osób z problemami zdrowotnymi by occurrence of persons with serious health problems

Ogółem Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
z osobami z problemami zdrowotnymi with persons with serious health problems	14,4	13,8	15,2	8,9	13,0	14,8	14,2	17,4
bez osób z problemami zdrowotnymi without persons with serious health problems	85,6	86,2	84,8	91,1	87,0	85,2	85,8	82,6

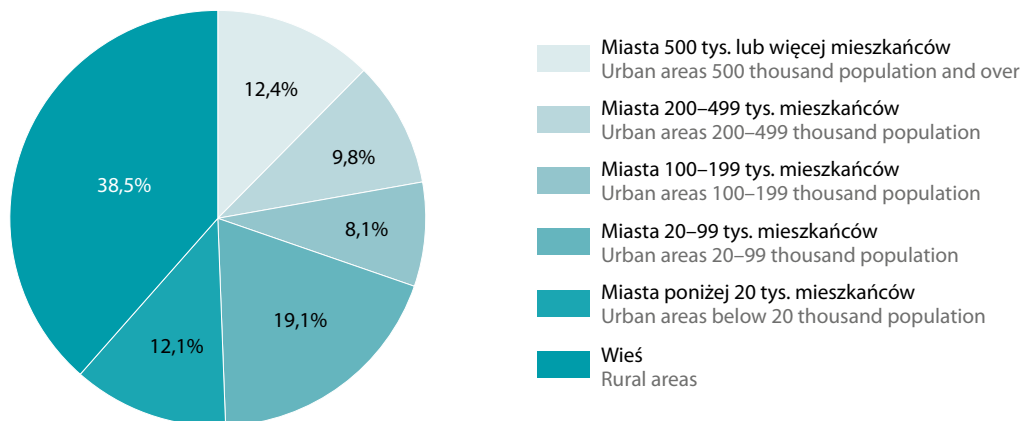
a Dotyczy osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Zespół Orzekania o Niepełnosprawności.
 a It concerns people with a disability degree certificate issued by Disability Assessment Board.

1.2. Charakterystyka członków gospodarstw domowych

1.2. Characteristics of households members

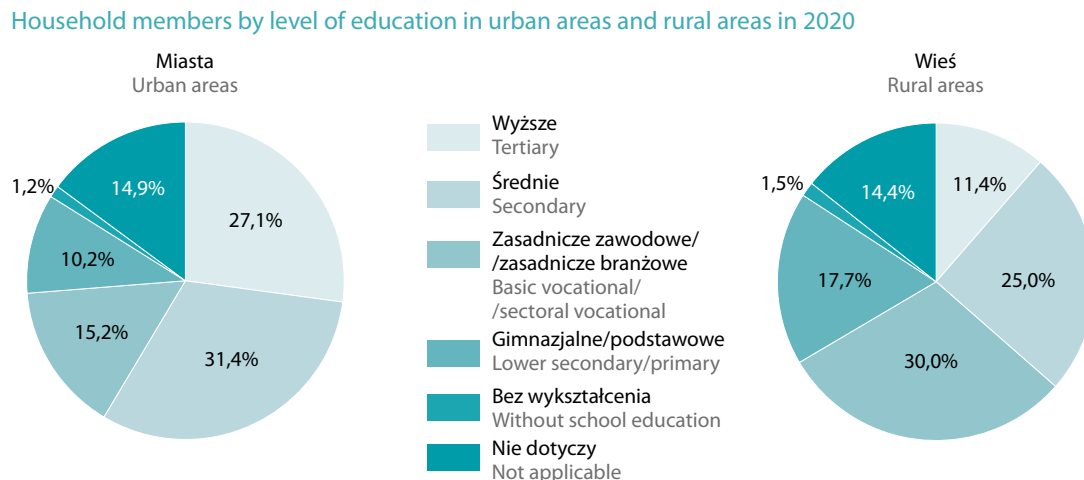
Odnosząc się do próby wylosowanej do badania okazało się, że prawie 40% członków gospodarstw domowych mieszkało na wsi, a około 60% w miastach, w tym ponad 12% w miastach liczących 500 tys. i więcej mieszkańców. W zbiorowości badanych członków gospodarstw domowych kobiety stanowiły ponad połowę, a mężczyźni niecałe 50%.

Wykres 2. Członkowie gospodarstw domowych według klasy miejscowości zamieszkania w 2020 r.
Chart 2. Structure of household members by the class of locality in 2020



Uczestnikom badania budżetów gospodarstw domowych w wieku 14 lat lub więcej zadano pytanie dotyczące poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia. Zauważono, że utrzymała się różnica w poziomie wykształcenia mieszkańców miast i wsi. W 2020 r. osoby, które ukończyły szkołę wyższą kilkakrotnie częściej zamieszkiwały miasta niż wsie (odpowiednio: ponad 25%, ponad 11%). Natomiast udział osób posiadających wykształcenie podstawowe był wyraźnie wyższy na wsiach, niż w miastach.

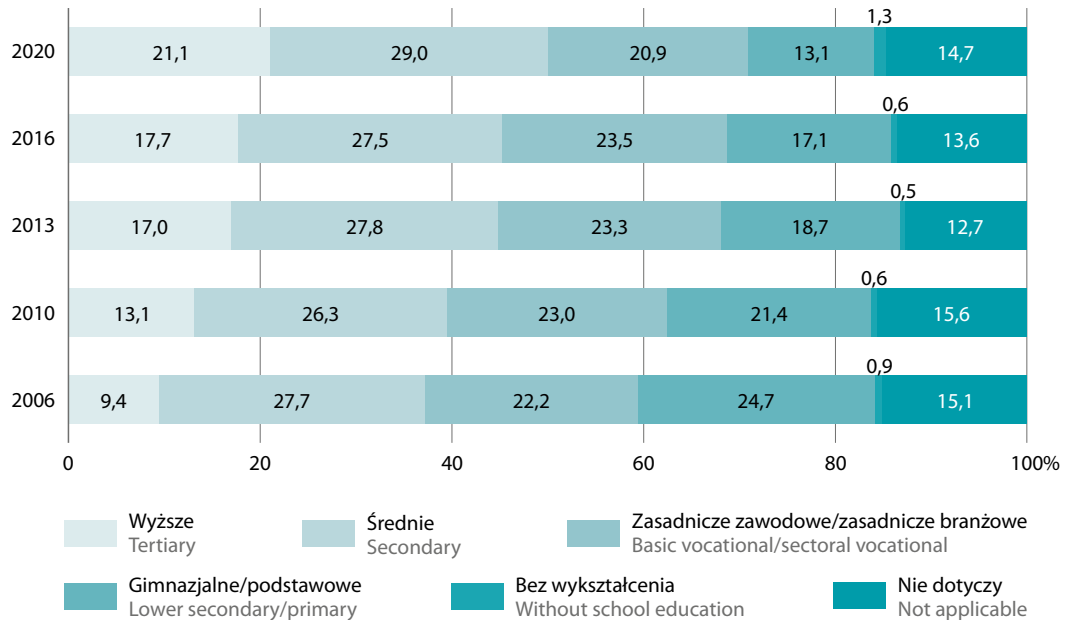
Wykres 3. Członkowie gospodarstw domowych według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia w miastach i na wsi w 2020 r.
Chart 3. Household members by level of education in urban areas and rural areas in 2020



Kategoria „nie dotyczy” odnosi się do osób w wieku poniżej 14 lat.
Category “not applicable” refers to people under the age of 14.

Biorąc pod uwagę określony szereg czasowy 2006-2020 okazuje się, że ponad dwukrotnie wzrósł odsetek osób posiadających najwyższe ukończone wykształcenie na poziomie wyższym – z ponad 9% w 2006 r. do 21% w 2020 r. Z kolei prawie dwukrotnie zmalała liczba osób z wykształceniem podstawowym – z niemal 25% w 2006 r. do powyżej 13% w 2020 r. i gimnazjalnym (w 2006 r. blisko 6%, a w 2020 r. prawie 3%).

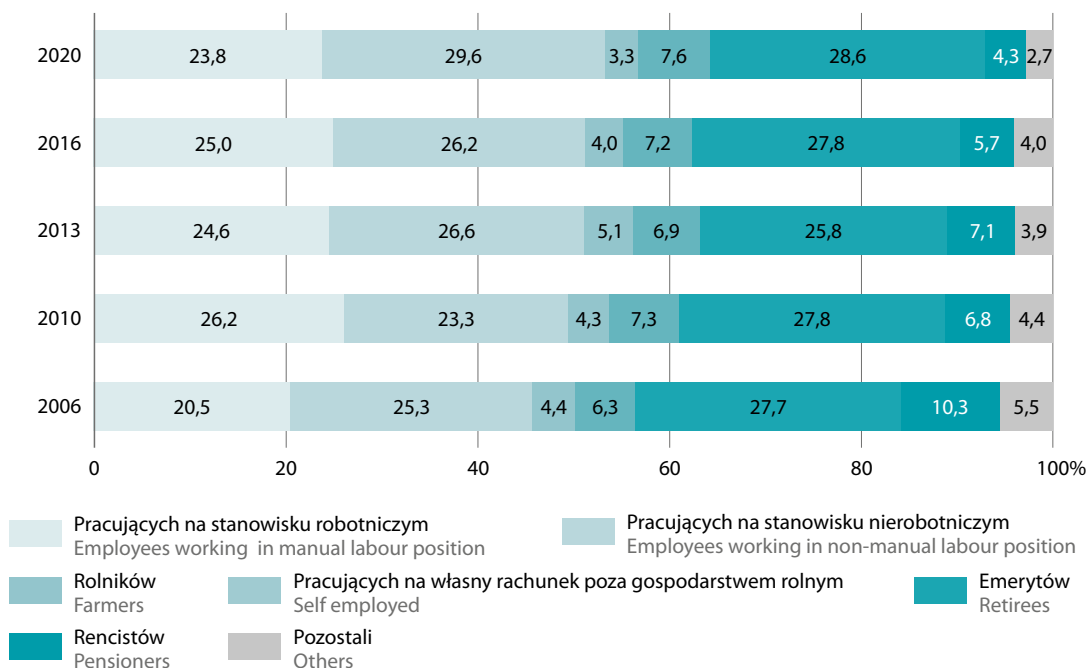
Wykres 4. Członkowie gospodarstw domowych według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia
Chart 4. Household members by level of education



Kategoria „nie dotyczy” odnosi się do osób w wieku poniżej 14 lat.
Category “not applicable” refers to people under the age of 14.

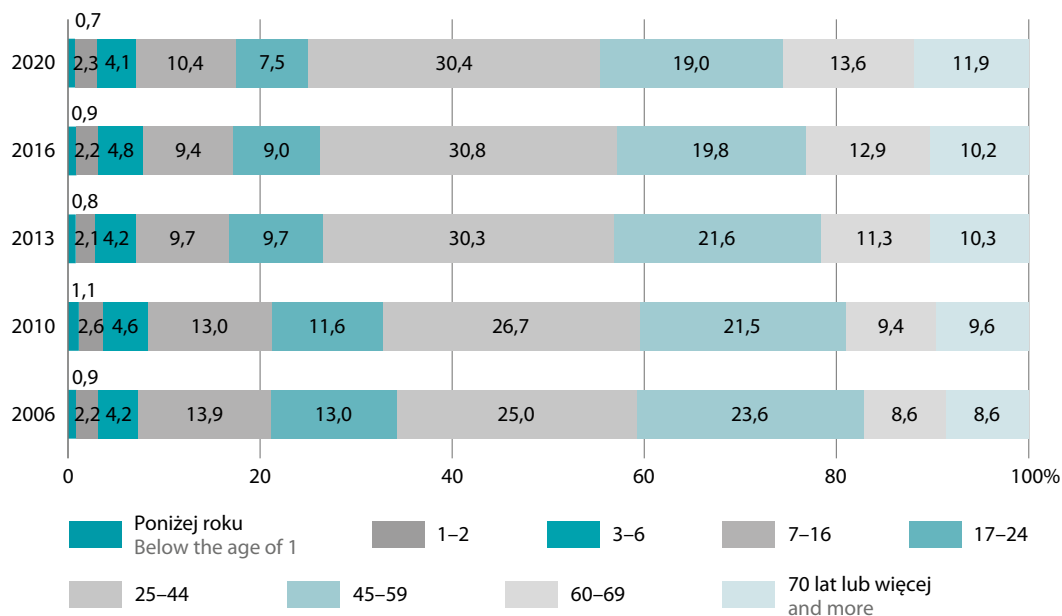
Na przestrzeni lat dokonywały się pewne zmiany dotyczące struktury gospodarstw według grup społeczno-ekonomicznych. Procent pracujących na stanowiskach robotniczych utrzymywał się we wszystkich latach na poziomie powyżej 20%, nie przekraczając 24% w badanym roku. Podobną, niewielką dynamikę można zauważyć wśród gospodarstw osób pracujących na stanowiskach nierobotniczych (najwyższy odsetek odnotowano w 2020 r. – prawie 30% a najniższy w 2010 r. – około 23%). Gospodarstw rencistów było znacznie więcej w 2006 r. niż w 2020 r. (wtedy ponad 10%, obecnie ponad 4%). Warto podkreślić, że wśród gospodarstw emerytów, zmiany były znacznie mniejsze i oscylowały między niecałe 26% w 2013 r. a prawie 29% w 2020 r.

Wykres 5. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych
 Chart 5. Households by socio-economic groups



Porównując członków gospodarstw ze względu na wiek zauważamy, że wśród respondentów przeważali 25-44 latkowie i ich udział procentowy rósł z każdym badanym rokiem. Równocześnie spadał odsetek osób w wieku 17-24 lata. Zauważalny był również procentowy wzrost w badanym szeregu czasowym członków gospodarstw domowych osiagających 60 lat lub więcej. Najmniejszą dynamiką wykazali się członkowie gospodarstw domowych do 6 roku życia.

Wykres 6. Członkowie gospodarstw domowych według wieku
 Chart 6. Household members by age



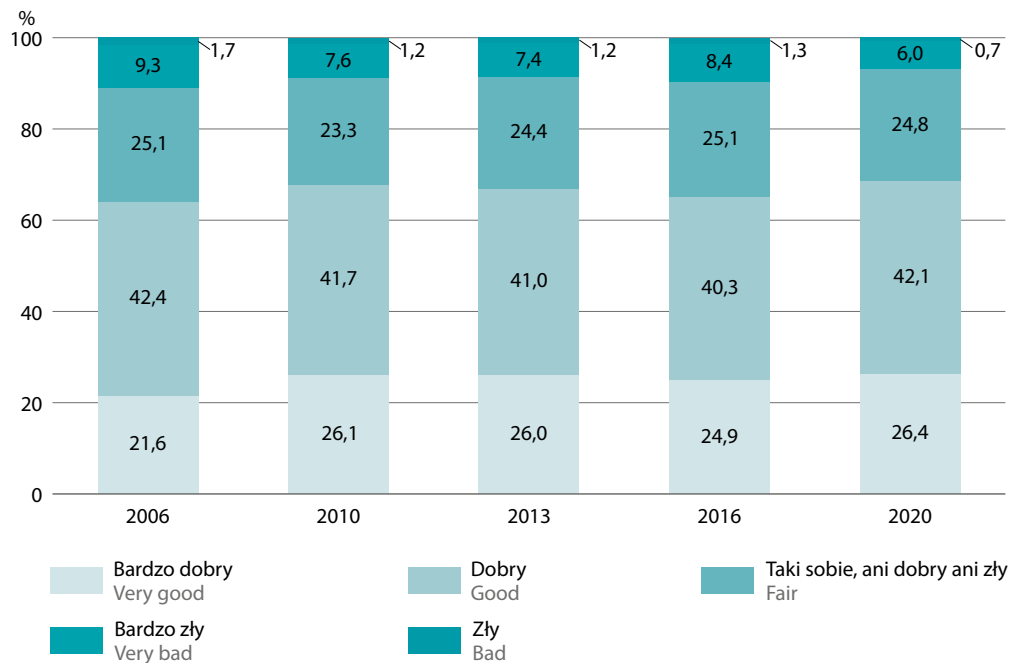
1.3. Stan zdrowia członków gospodarstw domowych

1.3. Health status of household members

Badanie zostało przeprowadzone na początku trwania pandemii COVID-19, dlatego w formularzu zamieszczone zostały również dodatkowe pytania do osób w wieku 15 lat lub więcej (bez wywiadów zastępczych) dotyczące epidemii choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”. Dlatego stanowi ono dobry punkt odniesienia dla dalszych dociekań związanych z wpływem pandemii COVID-19 na stan i ochronę zdrowia ludności w Polsce.

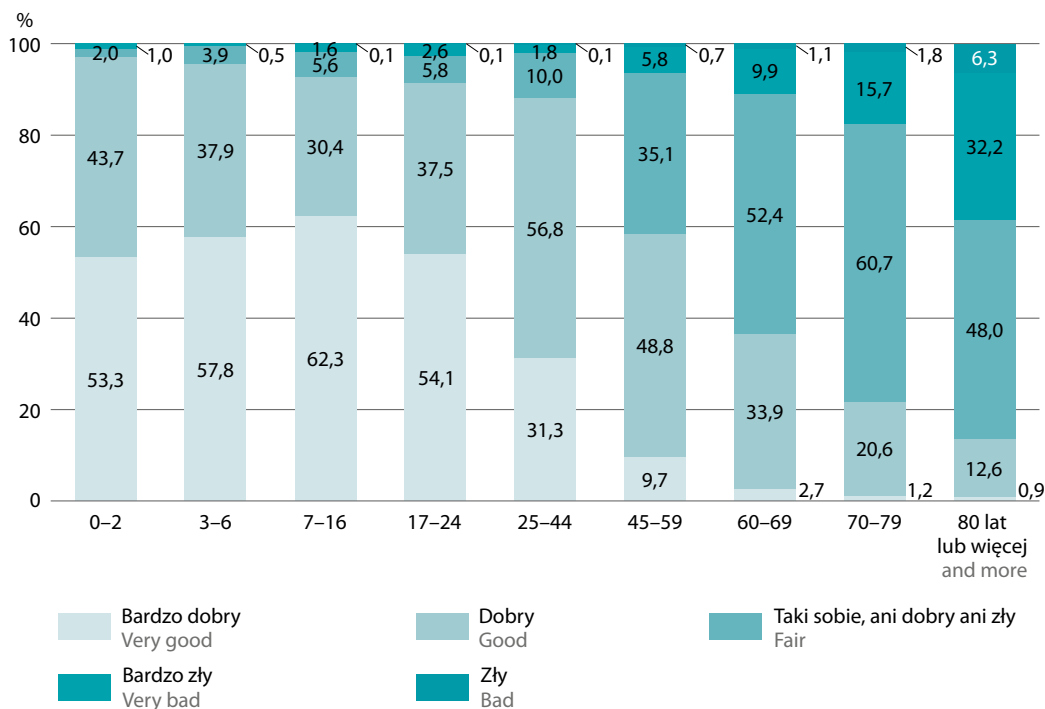
W trakcie badania pytano respondentów o ogólną, subiektywną ocenę stanu zdrowia. W 2020 r. 68,5% respondentów oceniło swoje zdrowie dobrze i bardzo dobrze, przy czym co czwarta osoba bardzo dobrze (26,4%) i 42,1% – dobrze. Natomiast stan swojego zdrowia określiło jako zły 0,7%, a bardzo zły 6% osób. Jedna czwarta pytanym wskazała, że ich stan zdrowia jest taki sobie ani dobry, ani zły (24,8%). Mężczyźni częściej niż kobiety oceniali swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze (odpowiednio 71,5% i 65,7%). W stosunku do 2006 r. nastąpiły znaczące zmiany dotyczące ocen stanu zdrowia: wzrost ocen bardzo dobry i dobry – o 4,5 p. proc. i spadek ocen zły i bardzo zły – o 4,3 p. proc.

Wykres 7. Samoocena stanu zdrowia
Chart 7. Self-assessment of health status



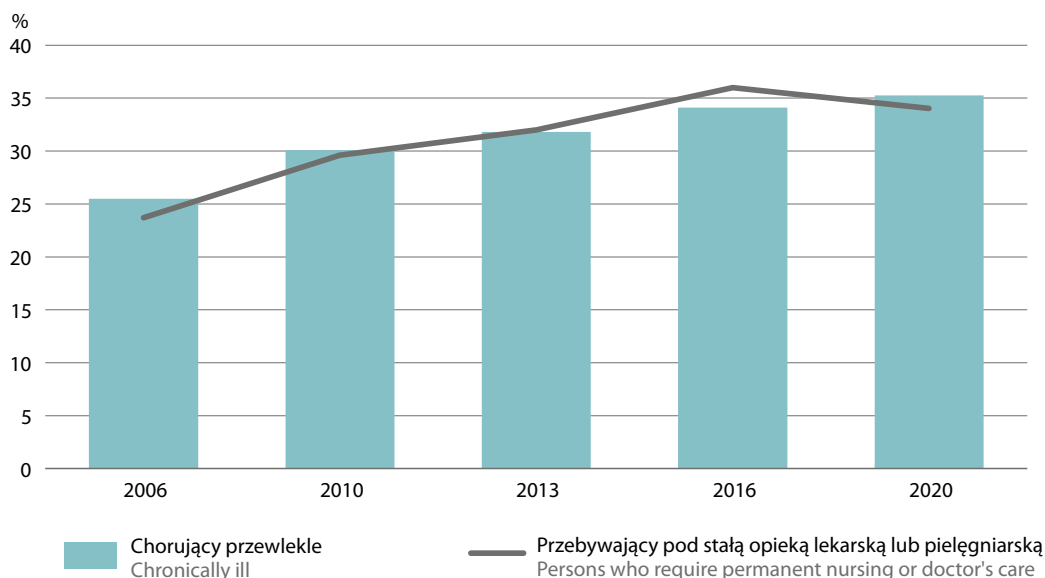
Odsetek ocen stanu zdrowia jako bardzo dobry lub dobry wyniósł 97,0% w grupie dzieci w wieku do 2 lat, a w kolejnych grupach wieku malał wraz ze wzrostem wieku respondentów do 13,5% dla osób w wieku 80 lat lub więcej. Począwszy od grupy wieku 45-59 lat systematycznie wzrastała liczba ocen złych i bardzo złych stanu zdrowia – od 6,4% do 38,5% w najstarszej grupie wiekowej.

Wykres 8. Samoocena stanu zdrowia według wieku w 2020 r.
 Chart 8. Self-assessment of health status by age in 2020



Na subiektywną ocenę stanu zdrowia respondenta mogły mieć wpływ również 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 lub pielęgniarską
 Chart 9. Chronically ill persons and those requiring permanent nursing or doctor's care



W 2020 r. długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej, dotyczyły 35,3% respondentów. Częściej były deklarowane wśród kobiet (38,5%) niż mężczyzn (31,8%). Osoby starsze znacznie częściej sygnalizowały występowanie chorób przewlekłych niż młodsze. W grupie wieku 80 lat lub więcej na choroby przewlekłe uskarżało się 90,8% osób, a wśród siedemdziesięciolatek – 80,8%.

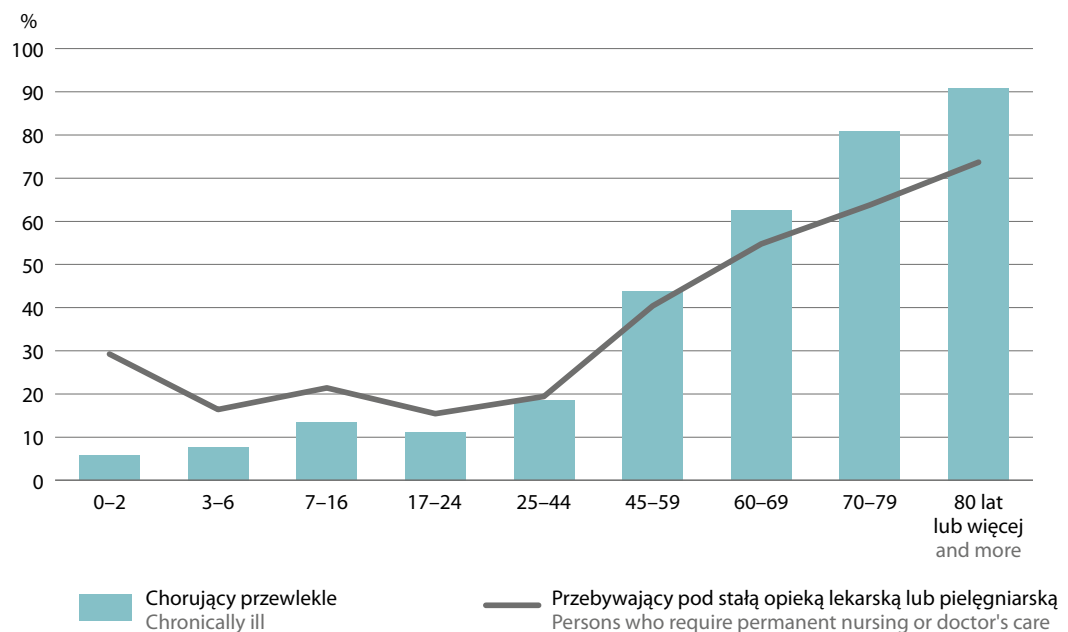
Nieco więcej niż co druga osoba chorująca przewlekłe określiła swoje zdrowie jako takie sobie ani dobre, ani złe (55,4%). Prawie co piąty respondent (18,7%) w najstarszej grupie wiekowej ocenił stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły, a tylko 25,9% jako dobry lub bardzo dobry.

Pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską w 2020 r. (korzystanie z regularnych wizyt) przebywało 34,0% ogółu osób – 37,0% kobiet i 30,8% mężczyzn. Wśród najmłodszych dzieci w wieku 0-2 lata pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską przebywało 29,3%, a spośród dzieci w wieku 3-6 lat – 16,4%, natomiast w przypadku starszych dzieci (w wieku 7-16 lat) odsetek ten wyniósł 21,4%. W kolejnych grupach wieku można zaobserwować zależność, że im starszy respondent tym częściej przebywał pod tego typu opieką. Dla osób w wieku 80 lat lub więcej odsetek ten stanowił 73,7%.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że część osób w wieku 80 lat lub więcej zgłaszających długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej nie jest pod stałą opieką lekarską. Dotyczy to także, choć w mniejszym stopniu paru młodszych grup wiekowych.

Wykres 10. Chorujący przewlekłe oraz przebywający pod opieką lekarską lub pielęgniarską według wieku w 2020 r.

Chart 10. Chronically ill persons and those who require permanent nursing or doctor's care by age in 2020



Spośród osób, które przebywały pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską, 45,6% oceniło swoje zdrowie jako takie sobie, ani dobre ani złe, 37,7% określiło je jako co najmniej dobre, a 16,7% – złe lub bardzo złe.

Występowanie w IV kwartale 2020 r. poważnych problemów zdrowotnych takich jak: skutki wypadku, czy nagle zachorowanie sygnalizowało 7,7% osób. Poważne problemy zdrowotne dotyczyły częściej respondentów w wieku 45 lat lub więcej – w tej grupie odsetek kształtował się w przedziale od 10,7% w grupie 45-59 lat do 13,0% w wieku 80 lat lub więcej.

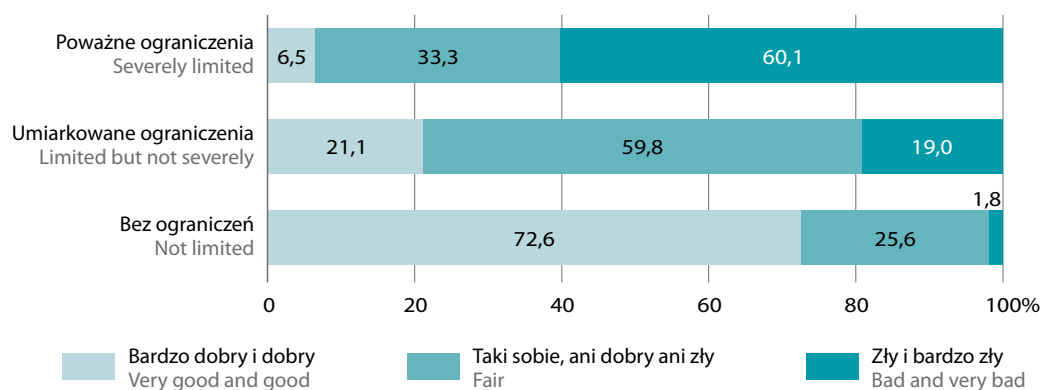
Używane przez statystykę narzędzia badawcze (2 niezależne pytania dotyczące niepełnosprawności prawnej oraz ograniczeń wykonywania codziennych czynności) pozwalają na prezentację danych o zbiorowości osób z niepełnosprawnością i z ograniczeniami w następujących ujęciach:

- z niepełnosprawnością prawną i biologiczną (posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności i poważnych ograniczeń wykonywania codziennych czynności);
- z niepełnosprawnością wyłącznie prawną (posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności);
- z niepełnosprawnością wyłącznie biologiczną (posiadanie poważnych ograniczeń wykonywania codziennych czynności).

Niepełnosprawność według kryterium statystycznego obejmuje zarówno wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak i osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają poważnie ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna), trwające co najmniej 6 miesięcy⁴. Natomiast osoby z ograniczeniami wykonywania codziennych czynności w stopniu niezbyt poważnym nie są zaliczane do grupy niepełnosprawnych biologicznie.

Wykres 11. Samoocena stanu zdrowia a możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego w 2020 r.

Chart 11. Self-assessment of health status and ability to perform activities of daily living in 2020



Respondentów w wieku 15 lat lub więcej zapytano czy z powodu problemów zdrowotnych mieli ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, która trwała 6 miesięcy lub dłużej. 21,8% osób wskazało, że dotknęły ich tego typu ograniczenia, przy czym poważnie ograniczone zdolności wykonywania czynności miało 3,9% respondentów, a ograniczone, ale niezbyt poważnie – 17,9%. Odsetek osób z ograniczeniami wzrasta wraz z wiekiem. W grupie 80 lat lub więcej 63,4% osób posiadało takie ograniczenia, z tego 19,4% poważne. Zależność możliwości wykonywania czynności w odniesieniu do stanu zdrowia przedstawiona została na powyższym wykresie. Okazuje się, że 60,1% osób z poważnymi ograniczeniami określiło swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Natomiast 72,6% osób bez ograniczeń oceniło swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre.

Orzeczenie o niepełnosprawności⁵ posiadało 3,7% dzieci w wieku poniżej 16 roku życia (2,0% dziewcząt i 5,2% chłopców).

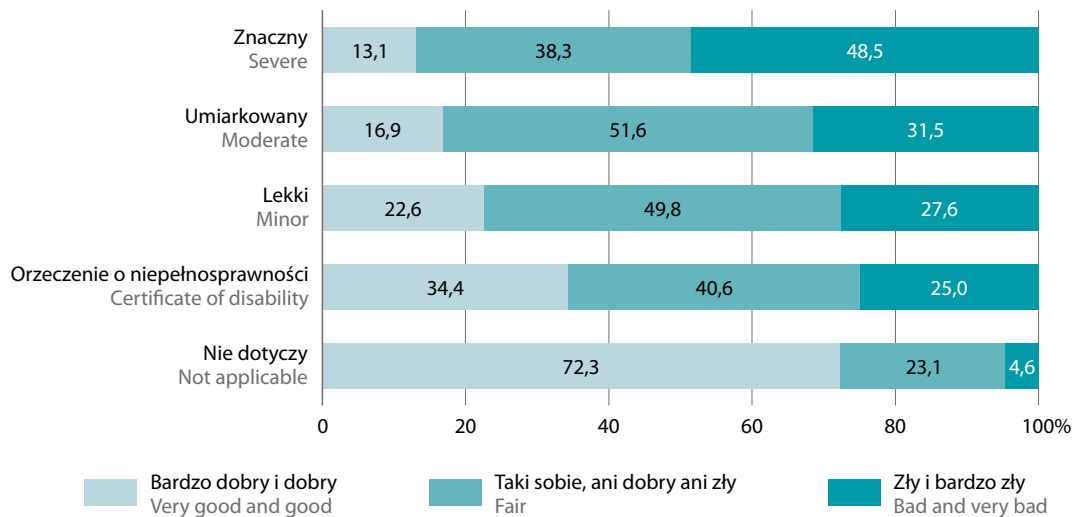
Natomiast wśród osób w wieku 16 lat lub więcej umiarkowany stopień niepełnosprawności posiadało 4,0% badanych, znaczny – 2,4%, a lekki – 1,4%.

Najwięcej respondentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności to osoby najstarsze, w wieku 80 lat lub więcej (6,5%). Większość osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (84,6%) pozostawała pod opieką lekarską lub pielęgniarską.

⁴ Informacja sygnałna, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 – dostęp 03.02.2022 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-%2c26%2c1.html>.

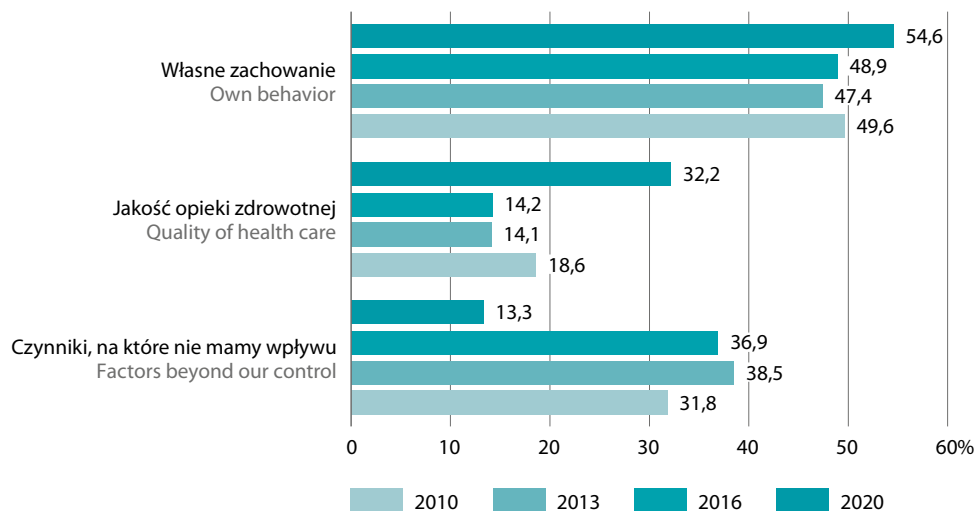
⁵ Dotyczy osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Zespół Orzekania o Niepełnosprawności.

Wykres 12. Samoocena stanu zdrowia i stopień niepełnosprawności prawnej respondentów w 2020 r.
Chart 12. Self-assessment of health status and degree of legally disability of respondents in 2020



W 2020 r. na pytanie o czynniki determinujące stan zdrowia przeszło połowa (54,6%) respondentów w wieku 15 lat lub więcej wskazało własne zachowanie jako czynnik najważniejszy (w 2016 r. 48,9%). Kolejną grupą były osoby, które wskazały jakość opieki zdrowotnej jako najważniejszy czynnik determinujący ich sytuację zdrowotną (w 2020 r. 32,2%, w 2016 r. 14,2%). Najmniej osób (13,3%) uważało, że w pierwszej kolejności o stanie ich zdrowia decydują czynniki, na które nie mają wpływu (w 2016 r. 36,9%). Prawdopodobnie na takie oceny miał wpływ fakt, że badanie zostało przeprowadzone w okresie pandemii COVID-19.

Wykres 13. Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia
Chart 13. The most important factor (indicated in 1st place) that affects health status

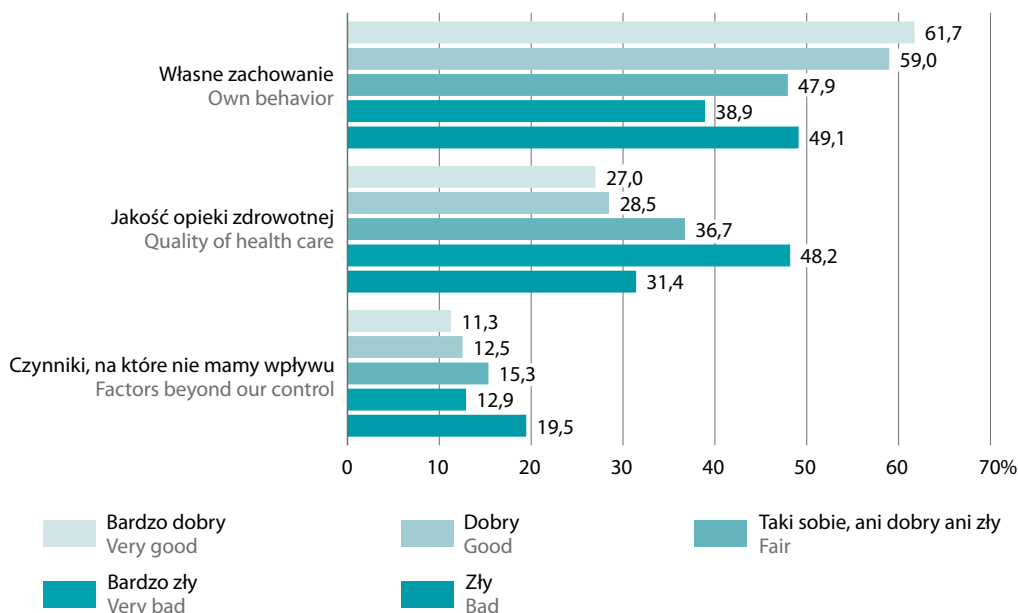


Opinie na temat czynników wpływających na nasze zdrowie były zależne głównie od stanu własnego zdrowia. 59,8% respondentów, którzy oceniali swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze, wskazało własne zachowanie jako najważniejszy czynnik decydujący o stanie ich zdrowia. Natomiast osoby z oceną stanu zdrowia złą lub bardzo złą najczęściej wskazali na jakość opieki zdrowotnej (46,5%). Ponad połowa (55,6%) osób z wykształceniem wyższym stwierdziła, że w pierwszej kolejności na stan ich zdrowia ma wpływ własne zachowanie. Takiej odpowiedzi udzieliło 42,9% osób z wykształceniem podstawowym, a najmniej (25,9%)

– respondenci bez wykształcenia. Im starsze osoby tym częściej wskazywano na jakość opieki zdrowotnej a tym rzadziej na własne zachowanie.

Wykres 14. Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia według stanu zdrowia respondentów w 2020 r.

Chart 14. The most important factor (indicated in 1st place) that affects health by health status of respondents in 2020



1.4. Stosowanie leków w IV kwartale 2020 roku

1.4. Use of medicines in the 4th quarter of 2020

W ostatnim kwartale 2020 r. 74,3% osób stosowało przynajmniej jeden lek lub suplement diety. W porównaniu z 2016 r. odsetek ten pozostał na zbliżonym poziomie. Częściej leki zażywały kobiety (80,1%) niż mężczyźni (68,2%).

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 lub suplementy diety zażywało 53,6% osób z bardzo dobrą oceną stanu zdrowia, 73,6% z dobrą, 92,2% osób oceniających swój stan zdrowia jako „taki sobie – ani dobry, ani zły”. Najwyższy odsetek stosujących leki lub suplementy diety występował wśród osób określających swój stan zdrowia jako zły – 94,8%, nieco niższy w przypadku osób oceniających swój stan jako bardzo zły – 89,8%.

Najwięcej osób stosujących leki to respondenci, którzy zadeklarowali, że mają poważne problemy zdrowotne (94,6%), a także osoby deklarujące występowanie chorób przewlekłych (93,4%). Odsetek ten był również wysoki wśród respondentów posiadających różny stopień niepełnosprawności prawnej (87,9% osób ze znacznym stopniem zażywało leki lub suplementy diety, z umiarkowanym – 89,4%, lekkim – 86,8%) oraz 92,9% dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności⁶. Najczęściej leki zażywały osoby starsze, w wieku 60 lat lub więcej – 87,1% sześćdziesięciolatek, 90,8% siedemdziesięciolatek i 96,2% respondentów w wieku 80 lat lub więcej.

Analizując rodzaje leków lub suplementów diety, można zauważyć, że 47,2% osób ogółu zażywających stosowało leki na bóle głowy, przy czym były to częściej kobiety (53,3%), niż mężczyźni (39,5%). W następnym

⁶ Dotyczy osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Zespół Orzekania o Niepełnosprawności.

kolejności zażywano leki na choroby sercowo-naczyniowe (22,6%) i leki na bóle stawów (22,4%), natomiast inne leki stosowało 54,3%.

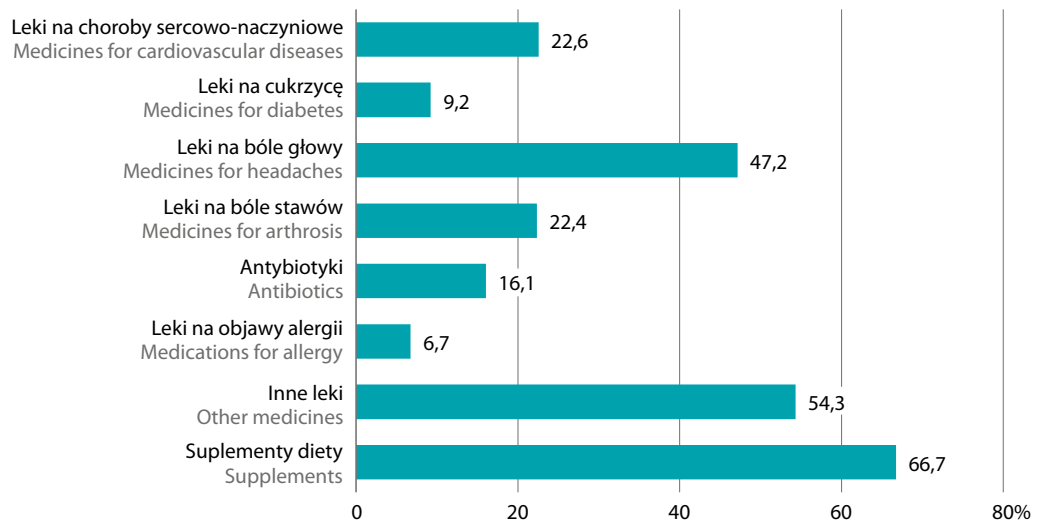
Warto zauważyć, że 66,7% badanych stosowało suplementy diety, a 25,7% respondentów nie stosowało żadnych leków lub suplementów diety (w tym 31,8% mężczyzn i 19,9% kobiet).

Dochód na 1 osobę nie miał większego znaczenia dla stosowania leków lub suplementów diety i w zależności od grupy kwintylowej odsetek osób zażywających leki lub suplementy diety wahał się od 70,5% wśród osób z dochodem 1 400,00 – 1 800,00 zł do 77,1% w grupie o dochodzie powyżej 2 000,00 zł.

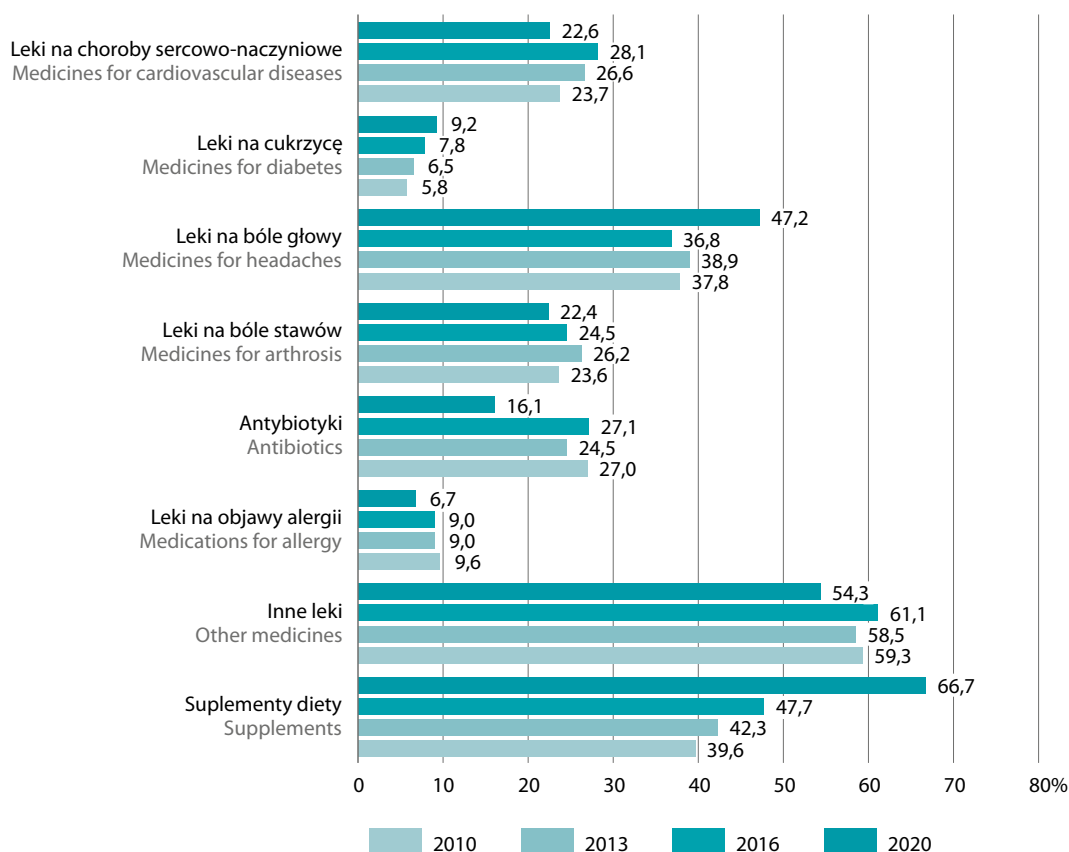
W przypadku pytania o inne leki niż leki na choroby sercowo-naczyniowe, na cukrzyce, na bóle głowy, antybiotyki lub na objawy alergii wymienione w ankiecie, płeć respondenta nie miała dużego wpływu na ich zażywanie. Wśród dzieci stosujących leki najczęstsze były to antybiotyki (21,1%). Natomiast osoby w wieku 80 lat lub więcej częściej niż osoby w pozostałych grupach wieku, zażywały leki na choroby sercowo-naczyniowe, bóle stawów i na cukrzyce.

Uwzględniając miejsce zamieszkania leki na alergię stosowało więcej mieszkańców miast (7,9%) niż wsi (4,8%). Równocześnie tego typu leki stosowało najwięcej dzieci do 16 lat – 12,3%.

Wykres 15. Osoby stosujące leki lub suplementy diety w IV kwartale 2020 r.
Chart 15. Persons taking medicines or supplements in the 4th quarter of 2020



Wykres 16. Osoby stosujące leki lub suplementy diety w IV kwartale
 Chart 16. Persons taking medicines or supplements in the 4th quarter



Pytanie o rodzaj zażywanych leków pojawiło się na formularzu badawczym po raz czwarty od 2010 r. Na przestrzeni 3 kolejnych edycji badania (2010, 2013 i 2016) wzrastał odsetek osób stosujących leki na choroby sercowo-naczyniowe, natomiast w 2020 r. zauważyliśmy ich spadek do 22,6%.

Inaczej jest w przypadku stosowania leków na cukrzyce, gdzie odsetki cały czas wzrastały, w każdym kolejnym roku przeprowadzonego badania (blisko dwukrotnie w 2020 r. – 9,2% w stosunku do pierwszej edycji badania w 2010 r. – 5,8%).

Zauważalny jest wzrost w 2020 r. (47,2%) stosowania przez respondentów leków na bóle głowy w stosunku do pierwszego roku badania z 2010 (37,8%) pomimo, że w poprzedniej edycji badania (2016 r.) odsetek ten był najniższy (36,8%).

Warto odnotować spadek w 2020 r., w stosunku do lat poprzednich badania, odsetka osób stosujących antybiotyki (nawet o 10 p. proc.) oraz leki na objawy alergii (z 9,6% w 2010 r. do 6,7% w 2020 r.).

Suplementy diety w 2010 r. stosowało 39,6% osób ankietowanych a w edycji badania z 2020 r. liczba ta wzrosła do 66,7%, co jest też najwyższym wskaźnikiem na przestrzeni 4 edycji badania.

Rozdział 2.

Chapter 2.

Korzystanie z usług opieki zdrowotnej

Use of health care services

Badanie modułowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” pozwala na analizę korzystania przez gospodarstwa domowe oraz ich członków z następujących usług opieki zdrowotnej:

- pobyty w szpitalach i innych zakładach opieki stacjonarnej,
- korzystanie z porad lekarskich w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej,
- leczenie stomatologiczne,
- usługi lecznicze w domu pacjenta,
- badania laboratoryjne i diagnostyka obrazowa.

Analizie poddano także wyniki odpowiedzi na pytania o udział w profilaktycznych programach zdrowotnych, korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej czy też usługi opieki zdrowotnej udzielone za granicą oraz zastosowanie Internetu podczas korzystania z usług medycznych. Po raz pierwszy w tym badaniu uzyskano informacje o chorujących na wybrane choroby stwierdzone przez lekarza i korzystaniu z usług medycznych w związku z daną chorobą. Zwrócono uwagę na źródła finansowania poszczególnych rodzajów usług w podziale na: finansowanie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ) oraz poza ubezpieczeniami, czyli w ramach środków prywatnych gospodarstw domowych.

Uzyskane wyniki z badania odnoszą się do korzystania przez gospodarstwa domowe i ich członków z usług opieki zdrowotnej w 2020 roku, za wyjątkiem danych dotyczących usług świadczonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, które obejmowały porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne udzielone w czwartym kwartale 2020 roku. Prezentowane dane ukazują również wpływ wprowadzenia stanu epidemii COVID-19 w 2020 r. i związane z tym ograniczenia prowadzenia działalności leczniczej.

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

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 programów profilaktycznych czy też usług opieki zdrowotnej za granicą oraz usług finansowanych w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych. Przy prezentowaniu wyników, niektóre grupy wieku zostały skumulowane z uwagi na dane o niskiej precyzji (mniej niż 20 przypadków z próby).

2.1. Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej

2.1. Use of inpatient health care

Zakres korzystania ze stacjonarnej opieki zdrowotnej

The scope of using inpatient health care

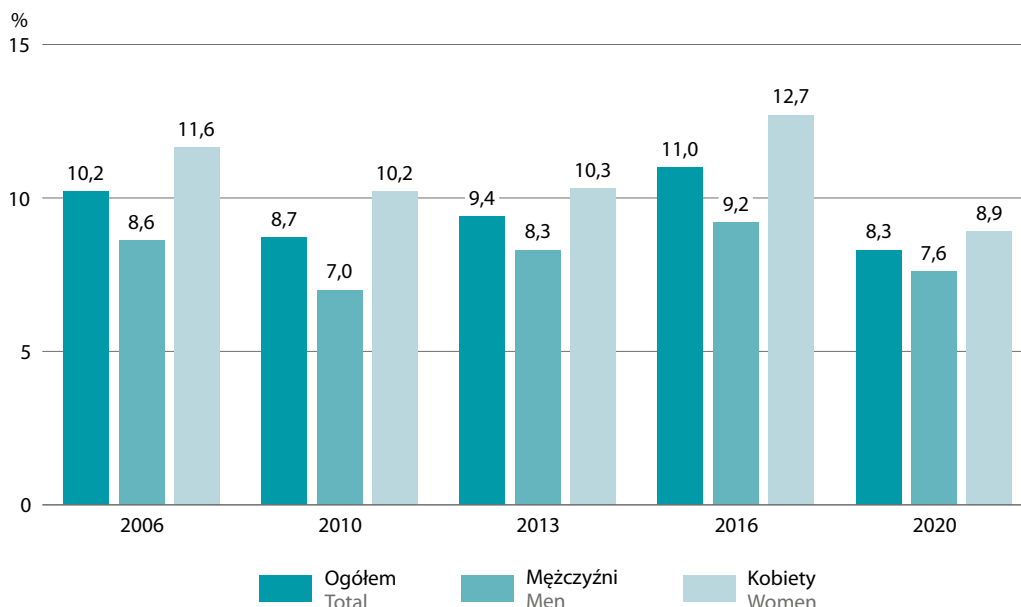
W 2020 roku 8,3% badanej populacji przebywało w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej. Z opieki zdrowotnej, w tego typu placówkach, skorzystało w tym roku 7,6% mężczyzn oraz 8,9% kobiet. Przeciętnie na 1 osobę korzystającą ze stacjonarnej opieki zdrowotnej przypadała około 1 hospitalizacja.

Większość osób korzystających ze stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej przebywała w szpitalach ogólnych lub specjalistycznych, odpowiednio: 60,0% i 34,2% pobyków. Reszta pobyków dotyczyła: sanatoriów i zakładów uzdrowiskowych, zakładów opieki długoterminowej oraz szpitali i zakładów psychiatrycznych.

Uzyskane wyniki dla 2020 roku, będącego pierwszym rokiem pandemii COVID-19, 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 2016 roku, odsetek przebywających w szpitalach i innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2020 roku był niższy o 1,6 p. proc. w populacji mężczyzn i o 3,8 p. proc. w populacji kobiet, a w porównaniu do 2006 roku odnotowano spadek, odpowiednio o 1,0 p. proc. w populacji mężczyzn i o 2,7 p. proc. w populacji kobiet.

Wykres 17. Członkowie gospodarstw domowych przebywający w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według płci (w %)

Chart 17. Household members staying in inpatient health care facilities by sex (in %)



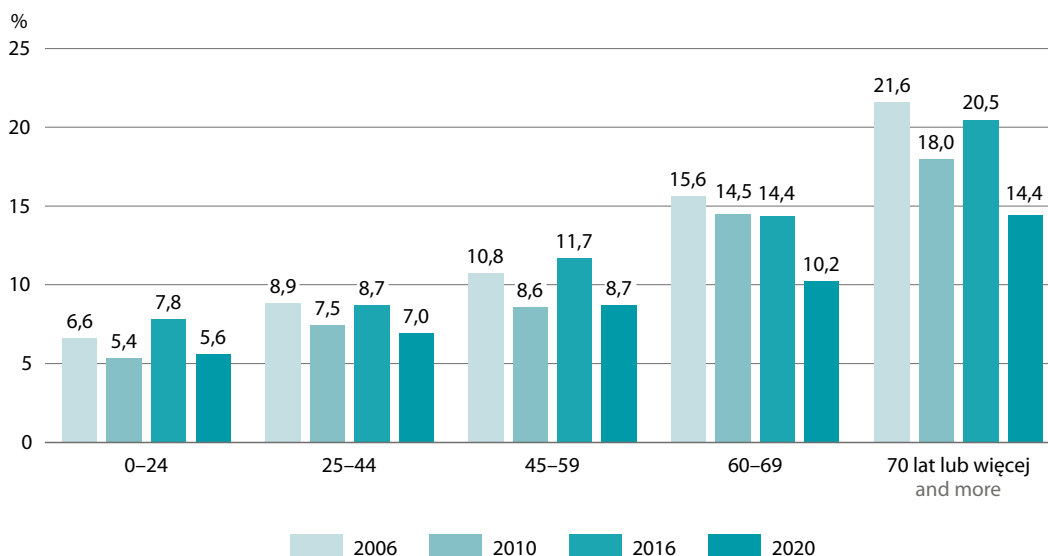
Częstość korzystania ze stacjonarnej opieki zdrowotnej w populacji, jest powiązana ze stanem zdrowia mieszkańców oraz strukturą wieku osób w populacji. Wraz z wiekiem wzrasta natężenie występowania chorób przewlekłych i długotrwałych problemów zdrowotnych, a samooceny stanu zdrowia – pogarszają się. Stosunkowo najczęściej hospitalizowane są osoby starsze i w sędziwym wieku. W 2020 r. wśród osób w wieku 70 lat lub więcej 14,4% przebywało w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, natomiast najniższy odsetek hospitalizacji (5,6%) wystąpił wśród osób w wieku do 24 lat.⁷

⁷ Z uwagi na małą liczebność przypadków z próby, niektóre grupy wieku zostały skumulowane.

W 2020 roku odsetek osób przebywających w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej w poszczególnych grupach wieku był niższy niż w 2016 roku.

Wykres 18. Członkowie gospodarstw domowych przebywający w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według wieku (% osób danej grupy wieku)

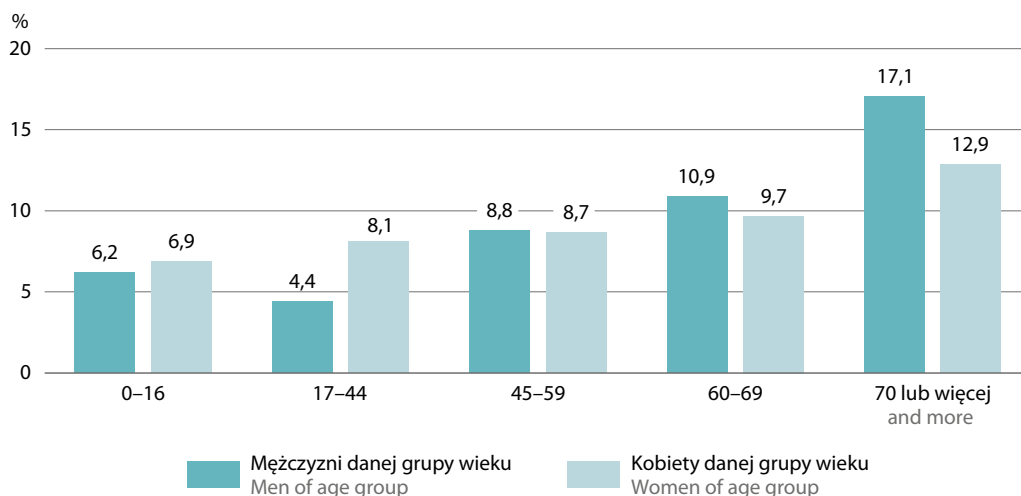
Chart 18. Household members staying in inpatient health care facilities by age (in % people of age group)



Poniższy wykres obrazuje częstość korzystania ze stacjonarnej opieki zdrowotnej przez mężczyzn i kobiety w poszczególnych grupach wieku w 2020 roku. Najniższym odsetkiem hospitalizacji charakteryzowali się mężczyźni w wieku 17-44 lata (4,5%) oraz chłopcy do 16 roku życia (6,2%). W przypadku kobiet, w grupie wieku 17-44 lata, udział przebywających w szpitalu wyniósł 8,1%, co jest w dużym stopniu związane z pobytami kobiet na oddziałach położniczych w związku z ciążą i porodem.

Wykres 19. Członkowie gospodarstw domowych przebywający w w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według płci i wieku (% osób danej grupy wieku) w 2020 r.

Chart 19. Household members staying in inpatient health care facilities by sex and age (in % people of age group) in 2020



Wśród osób dorosłych, częstość hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem i w starszych grupach wieku są większe wśród mężczyzn niż kobiet. Wśród mężczyzn w wieku 70 lub więcej lat w 2020 r. 17,1% przebywało

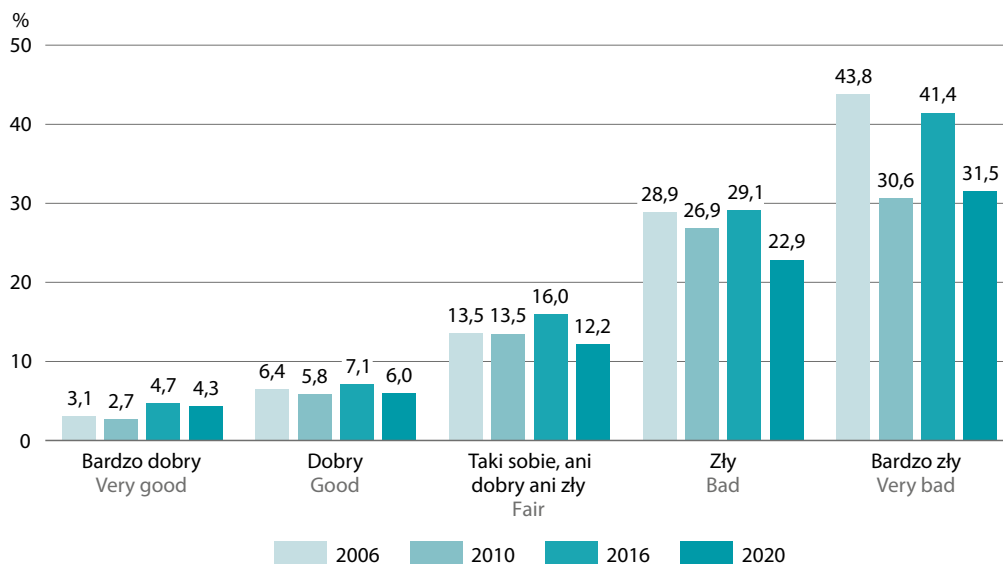
w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej. Wśród kobiet, w analogicznej grupie wieku, ten odsetek był o 4,2 p. proc. niższy i wyniósł 12,9%.

Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej są bezpośrednio powiązane ze stanem zdrowia mieszkańców. Osobami, które częściej niż inne potrzebowały leczenia w zakładach stacjonarnych w 2020 roku były osoby, u których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (30,4% z nich przebywało w tego typu placówkach co najmniej raz w 2020 r.), osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności (14,7%), osoby mające poważne lub umiarkowane możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (odpowiednio 33,7% i 14,8%), osoby z chorobami przewlekłymi (14,4%), a także oceniające swój stan zdrowia jako bardzo zły lub zły (odpowiednio 31,5% i 22,9%).

Wyniki uzyskane w kolejnych edycjach badania w zakresie częstości pobytów w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej osób charakteryzujących się podobną subiektywną oceną stanu zdrowia, różniły się w niewielkim stopniu w porównaniu do poprzednich edycji badania (poniższy wykres). Największe wahania dotyczą odsetka przebywających w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej osób o bardzo złych ocenach stanu zdrowia (43,8% w 2006 r., 30,6% w 2010 r., 41,4% w 2016 r. i 31,5% w 2020 r.)

Wykres 20. Członkowie gospodarstw domowych przebywający w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według stanu zdrowia (% osób o danym stanie zdrowia)

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



Częściej przebywały w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej osoby, których głównym źródłem utrzymania były: świadczenia oraz emerytura lub renta – odpowiednio 12,0% i 12,4% osób z tych grup, przebywało przynajmniej raz w 2020 roku w placówce stacjonarnej opieki zdrowotnej. Jednocześnie pobyty emerytów i rencistów⁸ stanowiły 40,3% wszystkich pobytów w tych zakładach w analizowanym roku. Wskaźnik ten kształtował się na zbliżonym poziomie jak w badaniu z 2016 roku.

Podobnie jak w poprzednich edycjach badania, notowane są różnice w korzystaniu z opieki stacjonarnej w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania. Nieco częściej przebywali w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej mieszkańcy dużych miast (10,8% mieszkańców miast liczących 500 tys. lub więcej mieszkańców), a najrzadziej osoby mieszkające na wsi (7,1%).

⁸ Udział tej grupy w populacji kraju wyniósł 25,3%.

Źródła finansowania pobytów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej

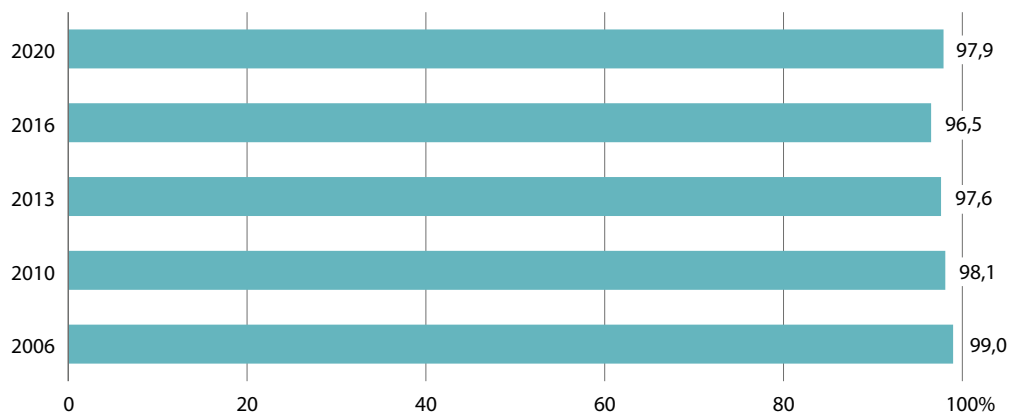
Financing source for stays in inpatient health care facilities

Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2020 roku były, w przeważającym stopniu, finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia – 97,9% ogółu pobytów. Pozostałe pobyty, finansowane były w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ) lub poza ubezpieczeniem, czyli z własnych środków gospodarstwa domowego.

Porównanie wyników badań pokazuje, że środki NFZ pozostały dominującym źródłem finansowania pobytów w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych. W porównaniu do 2016 roku wystąpił wzrost – o 1,4 p. proc. (w 2016 r. ze środków NFZ zostało sfinansowanych 96,5% pobytów).

Wykres 21. Pobyty finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej

Chart 21. Stays financed in the scope of the National Health Fund in inpatient health care facilities



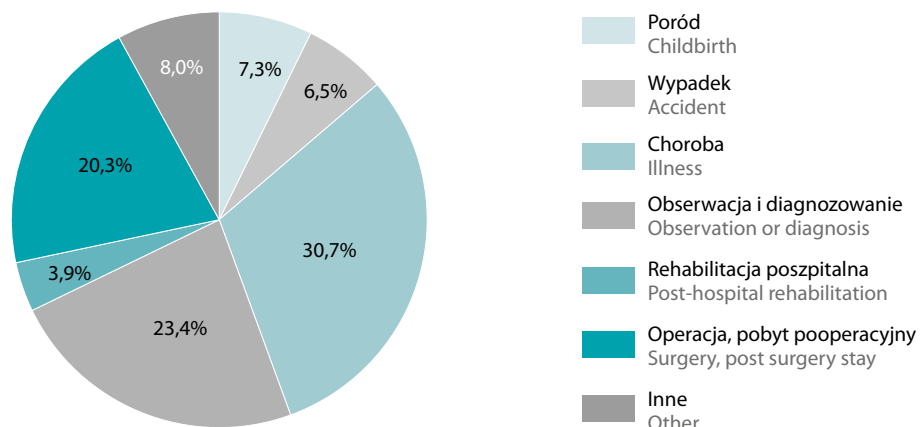
Przyczyny pobytów w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej

Reasons for stays in inpatient health care facilities

Najczęstsze przyczyny pobytów w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej pozostały zasadniczo bez zmian w porównaniu do danych uzyskanych dla 2016 roku i należały do nich: choroba, obserwacja lub diagnozowanie oraz operacja i pobyt pooperacyjny. W 2020 roku udziały tych przyczyn ogółem w strukturze pobytów wynosiły 74,4%. Blisko jedna trzecia pobytów (30,7%) była spowodowana chorobą, co czwarty pobyt miał na celu obserwację lub diagnozowanie (23,4%), a 20,3% pobytów było związane z operacją lub pobytem pooperacyjnym.

Mężczyźni prawie dwukrotnie rzadziej niż kobiety trafiali do szpitali w 2020 roku z powodu obrażeń po wypadku (4,4% pobytów mężczyzn wobec 8,2% pobytów kobiet). Natomiast częściej powodem ich hospitalizacji była choroba (35,9% pobytów wśród mężczyzn wobec 26,3% pobytów u kobiet) oraz operacja i pobyt pooperacyjny (25,1% pobytów wśród mężczyzn wobec 22,0% pobytów u kobiet). W przypadku kobiet, dodatkową kategorią są pobyty związane z porodem, które stanowiły 13,4% ogólnej liczby pobytów kobiet w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, czyli częściej niż co ósmy pobyt kobiety w szpitalu w 2020 roku był związany z urodzeniem dziecka.

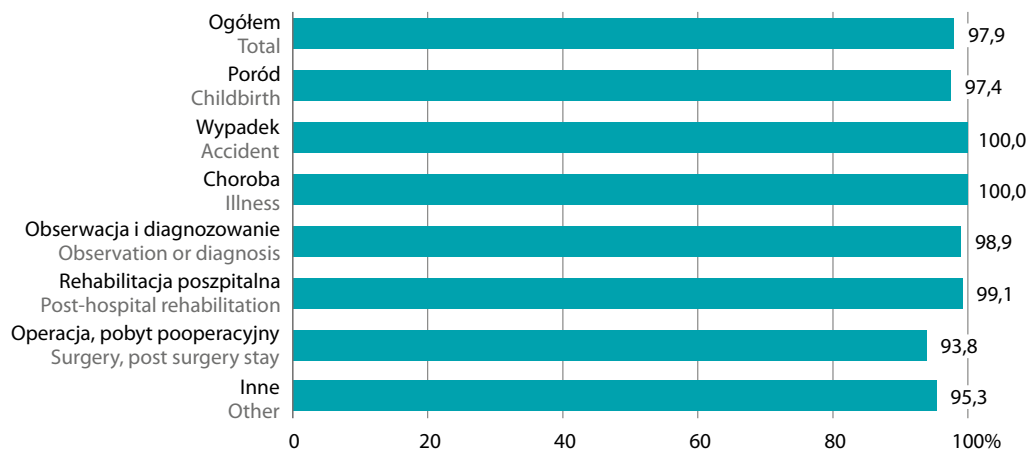
Wykres 22. Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według przyczyn w 2020 r.
Chart 22. Stays in inpatient health care facilities by reason in 2020



W odniesieniu do sposobu finansowania pobytów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, uzyskane wyniki wskazują na zdecydowanie wiodący charakter Narodowego Funduszu Zdrowia bez względu na przyczynę. NFZ był wyłącznym źródłem finansowania pobytów w przypadku pobytów związanych z chorobą czy wypadkiem oraz dominującym w przypadkach rehabilitacji poszpitalnej, obserwacji i diagnozowania, a także urodzenia dziecka. Również we wszystkich pozostałych przyczynach pobytu, NFZ pozostaje najważniejszym źródłem finansowania.

Wykres 23. Pobyty finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2020 r. (w %)

Chart 23. Stays financed in the scope of the National Health Fund in inpatient health care facilities in 2020 (in %)



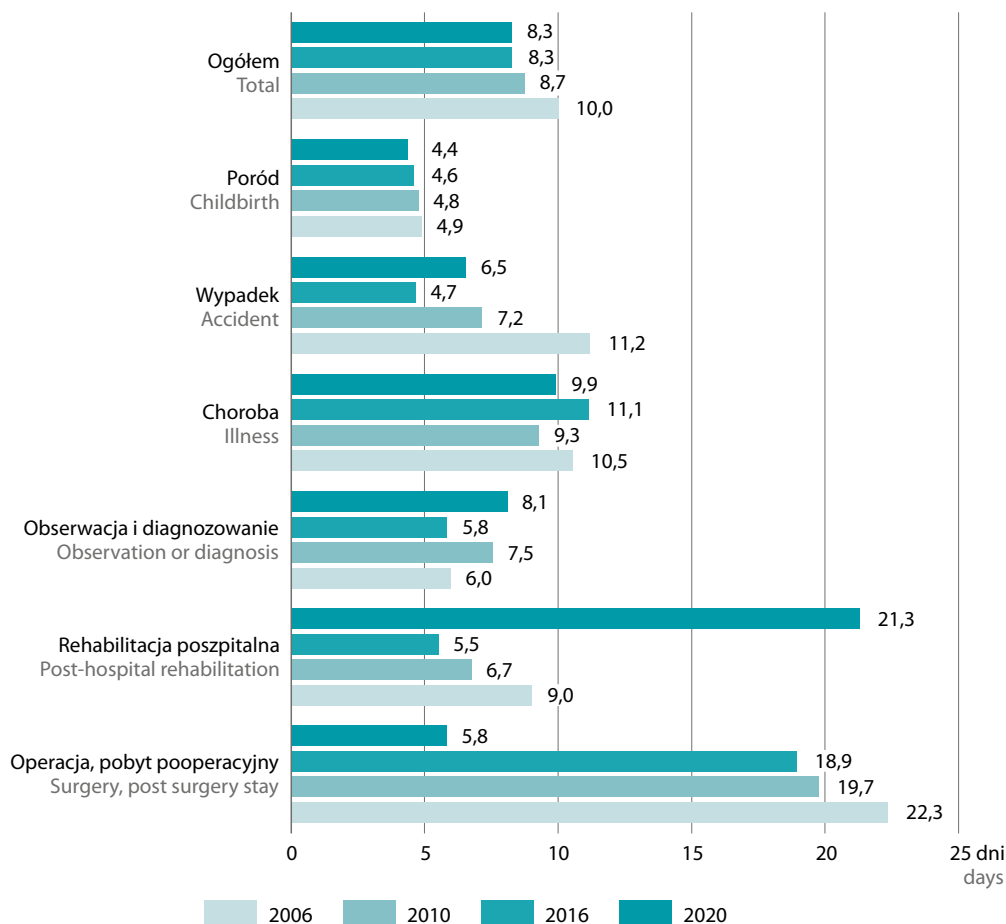
Przeciętna długość pobytu w szpitalu

Average length of stay in hospital

Długość pobytu w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej wszystkich typów w 2020 roku wynosiła średnio 8,3 dnia i nie zmieniła się istotnie w stosunku do odnotowanej podczas poprzedniej edycji badania (niewielki spadek). W porównaniu do 2006 roku, średni czas pobytu dla wszystkich tych zakładów łącznie był krótszy o blisko dwa dni.

Wykres 24. Średnia długość pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według wybranych przyczyn (w dniach)

Chart 24. Average length of stay in inpatient health care facilities by selected reason (in days)



W 2020 r. najdłuższy średni czas pobytu w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej dotyczył rehabilitacji poszpitalnej. Wyniósł on 21,3^v dnia i był blisko o 16 dni dłuższy niż w 2016 roku. Przeciętny pobyt w związku z chorobą, stanowiącą najczęstszą przyczynę pobytu, wynosił 9,9 dnia i był ponad dzień krótszy niż w 2016 roku. W roku pandemii COVID-19 bardzo znacznemu skróceniu (blisko o 13 dni) uległy pobytu związane z operacją i okresem pooperacyjnym, podczas gdy średni pobyt związany z obserwacją i diagnozowaniem w 2020 roku wynosił 8,1 dnia i był o 2 dni dłuższy niż wskazują to wyniki poprzedniej edycji badania. Pandemia COVID-19 nie wpłynęła w istotny sposób na średni czas pobytu kobiet w związku z porodem (4,4 dnia).

W 2020 r. kobiety przebywały w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej przeciętnie nieznacznie dłużej niż mężczyźni (odpowiednio 8,5 i 8,0 dnia). W związku z chorobą, średni czas pobytu wyniósł odpowiednio 10,6 i 9,4 dnia, w związku z obserwacją i diagnozowaniem – 9,9 wobec 6,4 dnia.

2.2. Korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

2.2. Use of outpatient health care

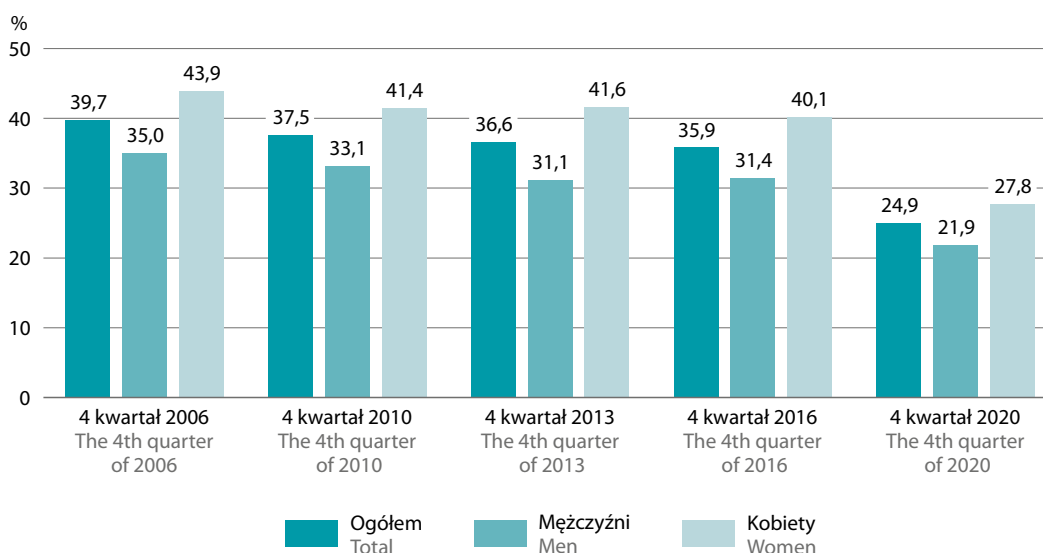
W ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, największą grupę usług stanowią porady lekarskie udzielone w ramach podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także usługi stomatologiczne. W czwartym kwartale 2020 roku ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) skorzystało 24,9%

mieszkańców Polski, z porad lekarza specjalisty – 14,3%, a z porad stomatologicznych – 8,7%. Z pozostałych usług ambulatoryjnych obejmujących, m.in. szczepienia i zmiany opatrunków w gabinecie zabiegowym, skorzystało w czwartym kwartale 2020 r. – 2,2% osób, a z usług leczniczych długoterminowych w domu pacjenta – 0,3%⁹.

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 tendencję spadkową. W czwartym kwartale 2020 roku, odsetek ten wynosił 24,9% i był o 11 p. proc. niższy niż w tym samym kwartale 2016 roku i o 14,8 p. proc. niższy niż w analogicznym okresie 2006 roku. Przy ocenie tych danych należy jednak wziąć pod uwagę występowanie ograniczeń epidemicznych i możliwość przesunięcia w czasie części wizyt lekarskich.

Wykres 25. Korzystający z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej według płci (w %)
Chart 25. People using doctor consultations in primary health care by sex (in %)



We wszystkich latach, kobiety korzystały z usług lekarza POZ częściej niż mężczyźni. W czwartym kwartale 2020 roku z porad lekarskich POZ skorzystało 27,8% kobiet oraz 21,9% mężczyzn. We wcześniejszych edycjach badania odsetki te były wyższe. W 2006 roku, ze świadczeń lekarza POZ skorzystało 43,9% ogółu kobiet i 35,0% mężczyzn. Należy jednak zachować ostrożność w ocenie tych wyników z uwagi na ograniczenia epidemiczne w okresie odniesienia (czwarty kwartał 2020 r.).

Wśród korzystających z porady w podstawowej opiece zdrowotnej dominują osoby, które były u lekarza POZ jeden raz – 43,8% korzystających. Udziały korzystających z dwóch oraz z trzech lub większej liczby porad, były podobne i stanowiły odpowiednio: 27,0% i 29,2%. We wcześniejszych latach obserwowano podobną strukturę korzystających, według liczby wizyt u lekarza POZ w czwartym kwartale.

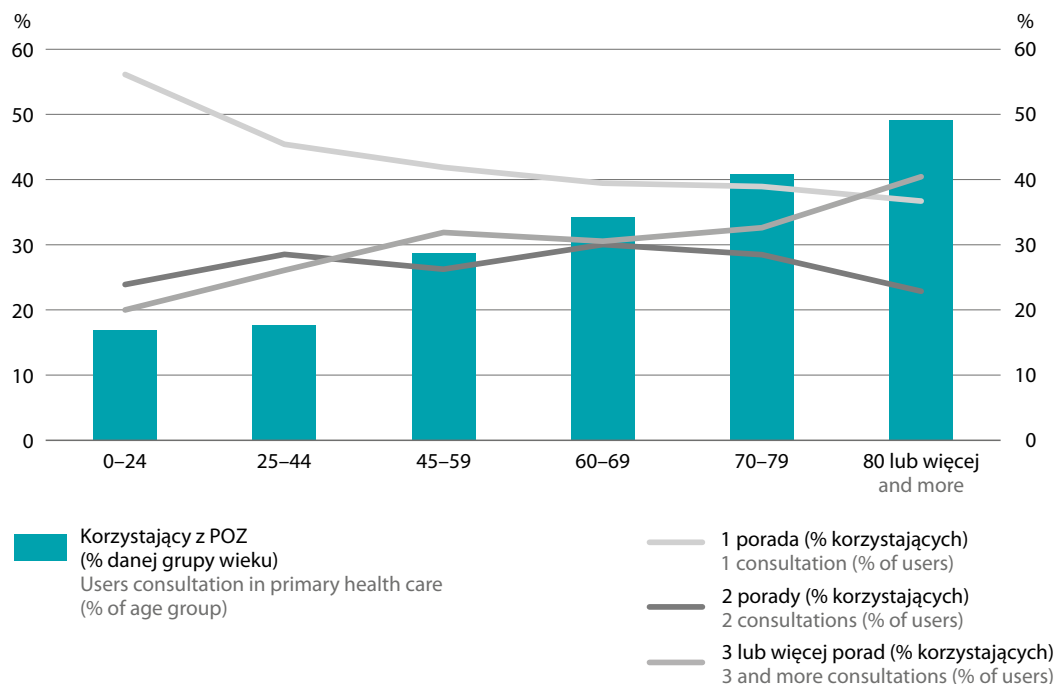
Analizy wykazują duże różnice w częstości korzystania z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej, ze względu na wiek pacjentów. Z porad lekarskich korzystają najczęściej osoby najstarsze (w wieku 70 lat lub więcej) oraz najmłodsze (dzieci w wieku przedszkolnym i młodsze). W czwartym kwartale 2020 roku, 33,2% dzieci w wieku do 2 lat i 22,4% w wieku 3-6 lat było co najmniej raz u lekarza pierwszego kontaktu (pediatry). 43,5%⁹ dzieci w wieku 0-2 lata, które były u lekarza POZ, wymagało trzech i więcej porad. Wśród dzieci w wieku szkolnym (7-16 lat) z porady lekarskiej skorzystało 14,0% dzieci. Najrzadziej pacjentami le-

⁹ Respondenci wskazywali, ile razy w ciągu czwartego kwartału 2020 r. korzystali z poszczególnych usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

karzy POZ były osoby młode, w wieku 17-24 lata – 11,3%. Udział osób korzystających z tych usług szybko wzrasta w kolejnych grupach wieku. Wśród osób w wieku 25-44 lata wyniósł 17,7%, 45-59 lat – 28,6%, 60-69 lat – 34,3%. U osób w wieku 70-79 lat oraz 80 lat lub więcej był najwyższy i wynosił odpowiednio: 40,8% i 49,1%. 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 2020 roku. Wśród leczonych przez lekarzy POZ w wieku 70-79 lat 32,6% wymagało 3 lub więcej porad, a w grupie wieku 80 lat lub więcej – 40,4%.

Wykres 26. Osoby korzystające z porad lekarskich w POZ według wieku i liczby porad w czwartym kwartale 2020 r.

Chart 26. People using doctor consultations in primary health care by age and number of consultations in the 4th quarter of 2020



Oprócz wieku pacjentów o korzystaniu z porad lekarza POZ, decyduje stan zdrowia członków gospodarstw domowych. Wśród osób, które określiły swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły 54,8% było co najmniej raz (w czwartym kwartale 2020 roku) u lekarza POZ. Wśród osób, które oceniały swój stan zdrowia jako 'taki sobie' z porad lekarskich skorzystało 41,6%, a wśród oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry – 16,0%.

Z porady lekarza POZ (w czwartym kwartale 2020 roku) skorzystało 45,1% osób, u których występowała choroba przewlekła, 60,1% osób z poważnymi ograniczeniami w możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego i 43,7% z umiarkowanymi ograniczeniami oraz od 43,0% do 48,6% posiadających orzeczenie o niepełnosprawności (w zależności od stopnia niepełnosprawności).

Występowanie problemów zdrowotnych wiązało się także z większą liczbą porad lekarskich udzielonych korzystającym z usług lekarza POZ. Osoby, które nie zgłaszały ograniczeń lub problemów zdrowotnych, częściej były nie więcej niż na jednej wizycie lekarskiej. Wśród osób korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej, które oceniły swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry – 50,8% otrzymała nie więcej niż jedną poradę w czwartym kwartale 2020 roku, podczas gdy dla oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły udział ten wynosił 30,0%. Dla osób, u których nie występowała choroba przewlekła, 56,0% korzystających była wyłącznie na jednej wizycie u lekarza POZ, a w przypadku osób z chorobami przewlekłymi – 36,9%.

Źródła finansowania porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej

Financing sources for consultations in primary health care

W 2020 roku 96,2% korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (w czwartym kwartale tego roku) zrealizowała je w ramach NFZ. Taki sam odsetek uzyskano w latach 2016 i 2013, podczas gdy w 2010 roku był on niższy i wynosił 95,1%. Udział osób korzystających z porad w POZ w 2020 roku, w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych, wynosił 2,7%, a osoby korzystające z tych świadczeń poza ubezpieczeniem stanowiły 4,2% ogółu korzystających¹⁰.

W porównaniu do danych uzyskanych w latach wcześniejszych, można zauważyć wzrost udziału osób korzystających z usług POZ w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ). W 2010 roku odsetek takich osób był na poziomie 1,6%, w 2013 roku – 2,1%, a w 2016 r. wyniósł 2,9%. W 2020 r. w stosunku do 2016 r. był on na zbliżonym poziomie (2,7%). W porównaniu do poprzedniej edycji badania wzrósł o 2,0 p. proc. udział korzystających z porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej poza ubezpieczeniami. Odsetek osób, które finansowały wizytę u lekarza POZ ze środków gospodarstwa domowego w 2016 roku, wyniósł 2,2%.

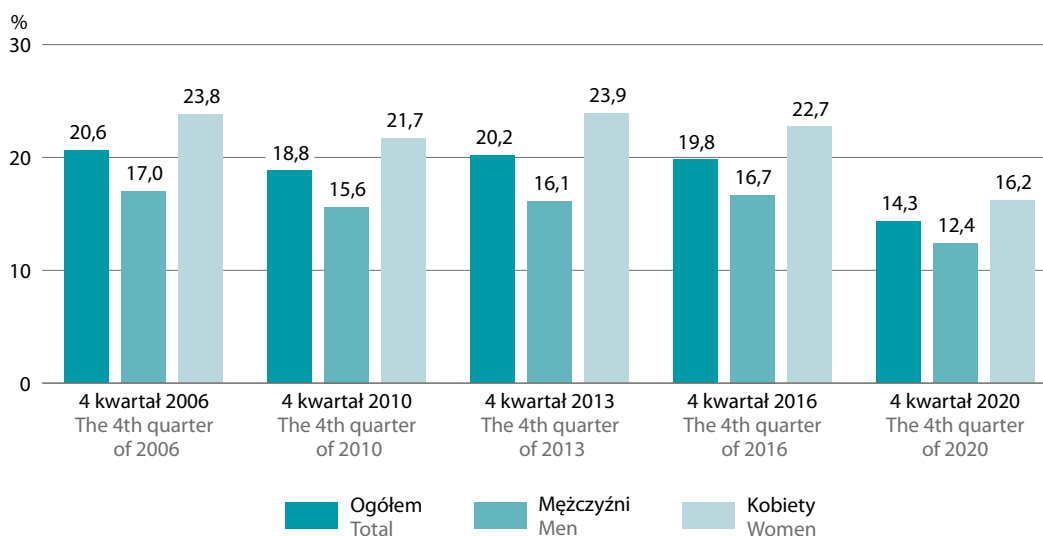
Z porad lekarzy POZ w ramach NFZ korzystała większość osób. Najniższy odsetek korzystających z usług POZ w ramach NFZ, odnotowano wśród mieszkańców dużych miast liczących co najmniej 500 tys. mieszkańców (84,2%) oraz wśród posiadających uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (58,4% osób z abonamentem ambulatoryjnym i 76,3% z ubezpieczeniem ambulatoryjnym).

Korzystanie z porad lekarskich specjalistycznych

Use of consultations in specialized health care

Z porady lekarza specjalisty w czwartym kwartale 2020 roku skorzystało 14,3% osób, o 5,5 p. proc. mniej niż w poprzedniej edycji badania. Przy ocenie tego wyniku, trzeba pamiętać o występowaniu ograniczeń epidemicznych w okresie odniesienia dla tego pytania. W czwartym kwartale 2020 roku u lekarza specjalisty było 16,2% kobiet i 12,4% mężczyzn. Podobnie jak w przypadku porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej, kobiety częściej korzystały z porady specjalistycznej niż mężczyźni, a różnica ta wynosiła od 3,8 do 7,8 p. proc. (w zależności od roku).

Wykres 27. Korzystający z porad lekarskich specjalistycznych według płci (w %)
Chart 27. People using doctor consultations in specialised health care by sex (in %)



¹⁰ W związku z tym, że niektórzy korzystający z porad mogli być u lekarza zarówno w ramach NFZ, DZZ, jak i poza ubezpieczeniem, ogólna suma udziałów źródeł finansowania jest wyższa od 100% i w czwartym kwartale 2020 roku wynosiła 103,1%.

Ponad połowa z osób korzystających z porady specjalistycznej w czwartym kwartale 2020 r. skorzystała z jednej porady (53,9%), co czwarta osoba była dwa razy u lekarza u specjalisty (23,6%) i co prawie czwarta – trzy lub więcej razy (22,5%).

Odsetek osób korzystających z porady lekarskiej specjalistycznej jest zróżnicowany zarówno przez cechy demograficzno-społeczne, jak i charakterystyki stanu zdrowia.

Wiek był czynnikiem mniej różnicującym korzystanie z usług specjalistycznych niż w przypadku porad lekarzy podstawowej opieki medycznej. W 2020 r. udział korzystających z porad lekarzy specjalistów wynosił od 23,0% wśród osób w wieku 80 lub więcej lat do 5,4%¹¹ wśród dzieci w wieku 3-6 lat.

Zwracają uwagę różnice w udziale korzystających ze specjalistycznych porad lekarskich ze względu na poziom wykształcenia, dochód oraz miejsce zamieszkania. Najwyższe udziały korzystających z porad lekarzy specjalisty wystąpiły wśród osób z wykształceniem wyższym (16,7%) oraz z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym (odpowiednio: 16,6% i 15,8%). Osoby o najwyższych dochodach (powyżej 2 200 zł na osobę w gospodarstwie domowym) korzystały z usług lekarza specjalisty najczęściej – 16,4% osób w tej grupie, a najrzadziej, te o dochodach najniższych do 1 000 zł na osobę – 11,6%. Ze specjalistycznych porad lekarskich skorzystało 15,0% mieszkańców miast i 13,3% mieszkańców wsi. Częściej u lekarzy specjalistów byli mieszkańcy dużych ośrodków miejskich, powyżej 500 tys. mieszkańców (17,9%). Wskazane wyżej zróżnicowanie w korzystaniu z usług lekarzy specjalistów obserwowane było także w poprzednich edycjach badania.

Bardziej znaczące było zróżnicowanie odsetka osób korzystających z porady lekarskiej specjalistycznej, biorąc pod uwagę oceny stany zdrowia, występowanie choroby przewlekłej lub poważnych problemów zdrowotnych, niepełnosprawność, konieczność opieki i pomocy osób drugich lub pobieranie renty. Udział osób korzystających z co najmniej jednej porady lekarza specjalisty był na poziomie 36,8% dla osób z negatywnymi ocenami stanu zdrowia (zły lub bardzo zły), 28,7% dla osób z chorobami przewlekłymi, 39,8% dla osób mających poważne problemy zdrowotne.

Źródła finansowania porad lekarskich specjalistycznych

Financing source consultations in specialized health care

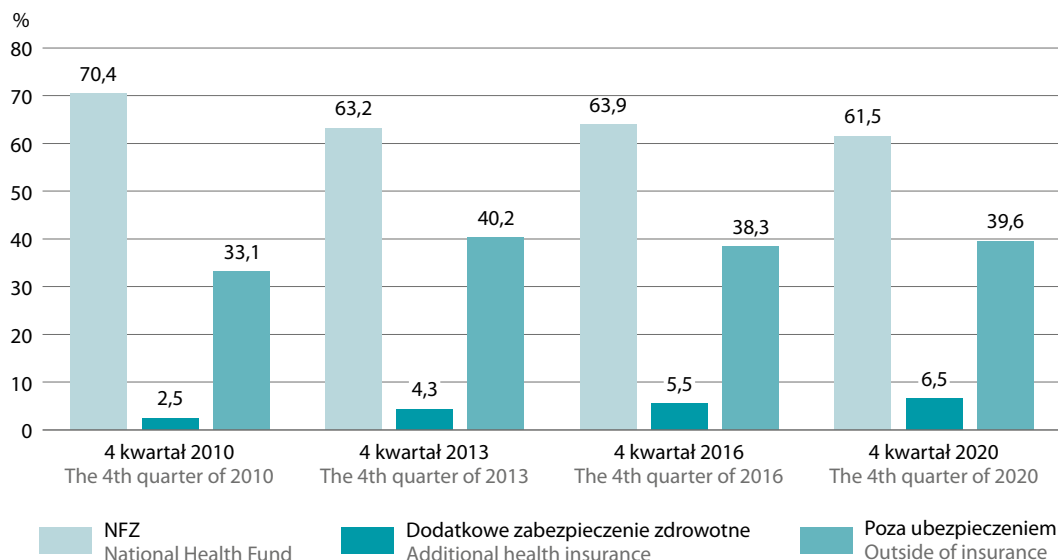
W czwartym kwartale 2020 roku, 61,5% korzystających z ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej otrzymało świadczenia w ramach NFZ, 6,5% w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych, a 39,6% pacjentów uzyskało świadczenia poza ubezpieczeniem, czyli zapłaciło za nie bezpośrednio ze środków własnych gospodarstwa domowego¹¹.

Struktura źródeł finansowania porad lekarskich specjalistycznych w latach 2020 i 2016 była zbliżona do wyników uzyskanych w 2013 roku. Nastąpił tylko wzrost udziału porad finansowanych w ramach dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego (DZZ). W porównaniu do 2010 roku należy natomiast odnotować znaczne zmniejszenie, w 2020 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 8,9 p. proc. więcej niż w 2020 roku.

Podobnie jak w poprzednich latach, w 2020 roku z usług lekarza specjalisty poza ubezpieczeniem częściej korzystały kobiety niż mężczyźni (odpowiednio: 42,6% i 35,3%).

¹¹ Część respondentów korzystała z różnych źródeł finansowania porad u lekarzy specjalistów, zarówno w ramach NFZ, DZZ, jak i poza ubezpieczeniem, stąd ogólna suma jest większa od 100% i w czwartym kwartale 2020 r. wynosiła 107,6%.

Wykres 28. Finansowanie porad lekarskich specjalistycznych według źródła finansowania
 Chart 28. Funding of consultations in specialised health care by financing source



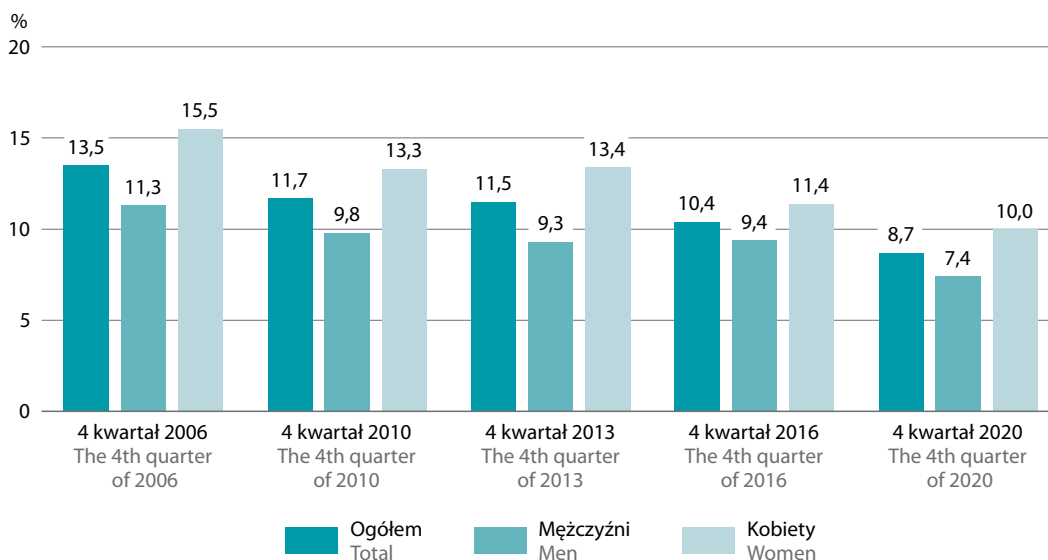
Korzystanie z usług stomatologicznych

Use of dental consultations

W czwartym kwartale 2020 roku z usług stomatologicznych skorzystało 8,7% osób i odsetek ten był mniejszy niż w analogicznych okresach wcześniejszych edycji badania. W ocenie tej zmiany należy jednak wziąć pod uwagę ograniczenia epidemiczne występujące w czwartym kwartale 2020 r. W stosunku do 2016 roku odnotowano spadek o 1,7 p. proc., a do 2010 roku – o ponad 4,8 p. proc. W porównaniu z poprzednią edycją badania, odsetki mężczyzn i kobiet korzystających z usług stomatologicznych zmniejszyły się odpowiednio o 2,0 i 1,4 p. proc. W 2020 r., tak jak w poprzednich edycjach badania, kobiety częściej niż mężczyźni były pacjentkami gabinetów stomatologicznych (10,0% wobec 7,4%).

W strukturze usług stomatologicznych dominuje leczenie zachowawcze. 85,9% korzystających z porad stomatologicznych skorzystało z tej formy leczenia, natomiast z usług protetycznych i z leczenia ortodontycznego – po około 10,0%. W porównaniu do wcześniejszych lat obserwuje się zmianę trendu i spadek udziału osób korzystających z leczenia zachowawczego. W 2016 roku było to 90,8% ogółu korzystających z usług stomatologicznych, w 2013 roku – 89,6%, a w 2010 roku – 86%.

Wykres 29. Korzystający z porad stomatologicznych według płci
 Chart 29. People using dental consultations by sex



Rodzaj świadczonej usługi oraz częstość korzystania z usług stomatologicznych, są związane z wiekiem respondentów. Największy udział korzystających z leczenia zachowawczego, wystąpił w grupie wieku 17-24 lata (w czwartym kwartale 2020 r. do stomatologa, na leczenie zachowawcze, zgłosiło się 11,9%^v osób z tej grupy wieku). Z porad ortodontycznych najczęściej korzystały dzieci i młodzież w wieku 7-16 lat (4,2%^v osób w tym wieku). Wraz z wiekiem wzrasta udział usług protetycznych. Częściej z usług protetycznych korzystały kobiety niż mężczyźni.

W 2020 roku, podobnie jak w poprzednich edycjach badania, obserwuje się różnice społeczne w korzystaniu z usług stomatologicznych. Najrzadziej korzystają z świadczeń stomatologicznych osoby bez wykształcenia, z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym (zasadniczym branżowym), członkowie gospodarstw domowych o dochodach między 1 400 a 1 800 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 8%.

W strukturze finansowania porad stomatologicznych dominują usługi poza ubezpieczeniem, czyli finansowane ze środków prywatnych gospodarstwa domowego. Na to źródło finansowania wskazało 77,9% korzystających z tych usług w czwartym kwartale 2020 roku. W ramach NFZ z usług stomatologicznych skorzystało w tym okresie 23,0%^v, a w ramach zabezpieczeń dodatkowych – 3,5%^v ogółu osób korzystających z tych usług¹².

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 czwartym kwartale 2020 roku, 2,2% ogółu badanych osób (2,1% mężczyzn i 2,4% kobiet).

Większość osób korzystających z innych usług ambulatoryjnych (w czwartym kwartale 2020 r.) otrzymała je w ramach finansowania NFZ – 82,8%, a 17,3%^v korzystających z zabiegów ambulatoryjnych, opłaciła je ze środków własnych gospodarstwa domowego. W porównaniu do 2010 roku, wzrósł udział usług finansowanych bezpośrednio ze środków własnych gospodarstwa domowego przy jednoczesnym spadku

¹² Część respondentów korzystała z różnych źródeł finansowania usług stomatologicznych, zarówno w ramach NFZ, DZZ, jak i poza ubezpieczeniem, stąd ogólna suma jest większa od 100% i w czwartym kwartale 2020 roku wynosiła 104,4%.

usług świadczonych w ramach NFZ. W czwartym kwartale 2010 r. usługi poza ubezpieczeniem opłaciło 9% korzystających z zabiegów ambulatoryjnych, a w ramach NFZ otrzymało je 89%.

Korzystanie z usług leczniczych długoterminowych w domu pacjenta

Use of long-term curative home care

Usługi 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. Podobnie jak w poprzednich edycjach badania, w czwartym kwartale 2020 roku odsetek korzystających z tego rodzaju usług nie przekroczył 0,5%.

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

2.3. Household use of night and holiday care services

W 2020 roku z pomocy medycznej lekarza pierwszego kontaktu w godzinach wieczornych, nocnych lub w dni wolne od pracy, skorzystało 18,5% gospodarstw domowych, przy czym 17,5% w ramach NFZ, a 1,0% w ramach DZZ.

Podstawowym czynnikiem różnicującym korzystanie z usług lekarza w ramach pomocy nocnej lub świątecznej, był stan zdrowia. Osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi lub z chorobami przewlekłymi, częściej zgłaszały potrzebę i korzystały z takiej pomocy. Odsetek osób korzystających w tych grupach wynosił odpowiednio: 30,6% z poważnymi problemami zdrowotnymi oraz 20,2% z chorobami przewlekłymi. Wśród osób bez poważnych problemów zdrowotnych i bez chorób przewlekłych, które odczuwały potrzebę takiej pomocy, skorzystała z niej mniej niż co szósta osoba.

Korzystanie z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej, zasadniczo nie było różnicowane przez status ekonomiczny i typ gospodarstwa domowego. Tylko miejsce zamieszkania, które może się łączyć z większą dostępnością, w tym łatwością dojazdu, wiązało się z różnicami w udziale mieszkańców korzystających z takiej pomocy: 22,7% ogółu mieszkańców dużych miast (liczących 500 tys. lub więcej mieszkańców) oraz 15,0% mieszkańców wsi skorzystało z takiej usługi.

Gospodarstwami domowymi, które częściej korzystały z takich usług, były gospodarstwa z małymi dziećmi. 24,6% gospodarstw, w których było dziecko w wieku do 14 lat, 21,3% gospodarstw z dwojgiem dzieci oraz 19,8% gospodarstw z co najmniej trojgiem dzieci korzystało z pomocy nocnej i świątecznej w 2020 roku. Wśród gospodarstw bez dzieci 16,9% skorzystało z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej.

2.4. Korzystanie z usług medycznych w związku z chorobą

2.4. Use of medical services in connection with the disease

W kwestionariuszu badawczym za 2020 r. po raz pierwszy uwzględniono pytanie dotyczące korzystania z usług medycznych w związku z daną chorobą, stwierdzoną przez lekarza¹³.

¹³ Lista 16 chorób obejmowała następujące jednostki chorobowe: cukrzycę, chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane, padaczkę i stan padaczkowy, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, choroby naczyń mózgowych i udar mózgu, zapalenie płuc, astmę oskrzelową i stan astmatyczny, przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych inne niż astma (włączając przewlekłe obturacyjne choroby płuc), choroby wątroby, reumatoidalne zapalenie stawów, choroby zwyrodnieniowe stawów, osteoporozę, niewydolność nerek oraz kamice moczową. Osoby chorujące, deklarowały również źródło finansowania usług medycznych udzielonych z tytułu wymienionych schorzeń.

W 2020 r. najczęściej wskazywaną chorobą, stwierdzoną przez lekarza, było nadciśnienie tętnicze – 20,7% badanych. Często deklarowano również występowanie chorób zwyrodnieniowych stawów, chorobę niedokrwienną serca oraz cukrzycę – odpowiednio 10,7%, 7,6% oraz 6,7% populacji.

Odsetki respondentów wskazujących na występowanie tych chorób, zdecydowanie rosły wraz z wiekiem. Na nadciśnienie tętnicze cierpiała co dwudziesta osoba w wieku 25-44 lata, a w wieku 45-59 lat już co czwarta. Wśród osób w wieku 60-69 lat był to już prawie co drugi respondent, w wieku 70-79 lat – 64,9%, a w wieku 80 lat lub więcej – 67,4%. W najstarszej grupie wieku 3/5 respondentów chorowało na choroby zwyrodnieniowe stawów, 40,7% miała chorobę niedokrwienną serca, a 31,9% cukrzycę.

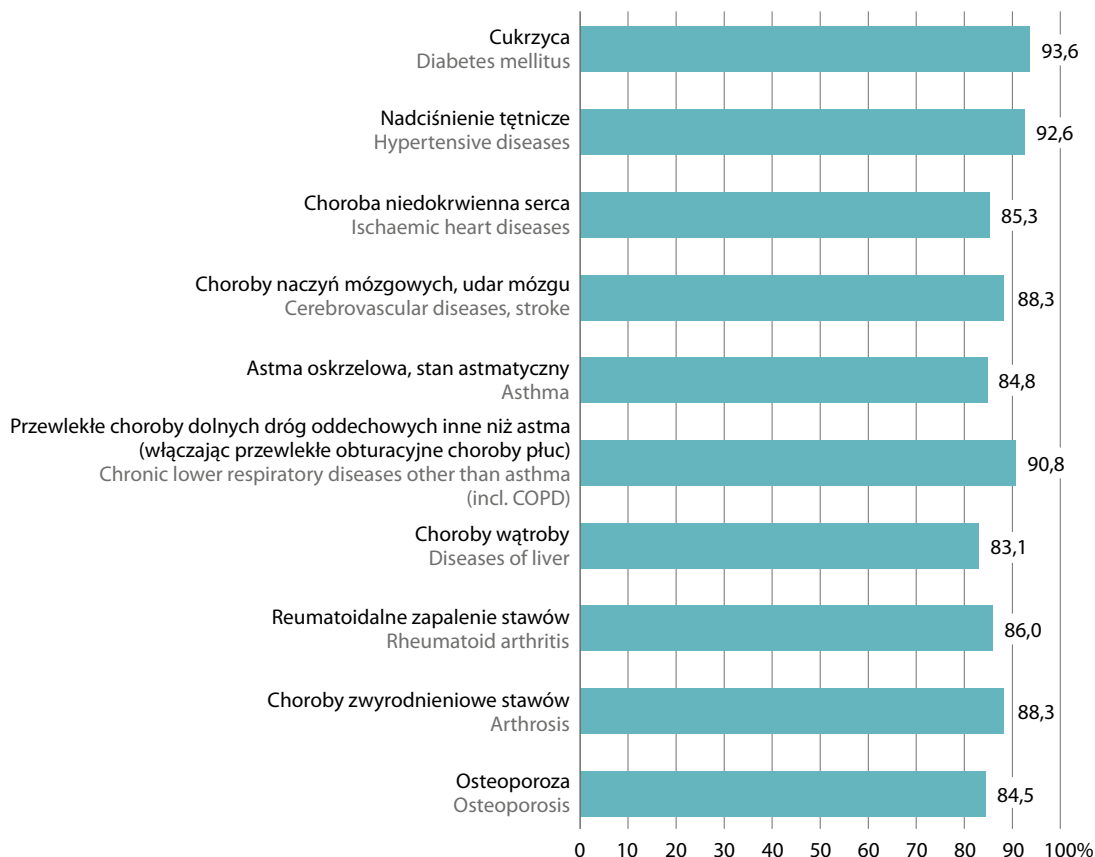
Tablica 3. Chorujący na wybrane choroby według cech społeczno-demograficznych w 2020 r.
Table 3. People suffering from selected diseases by socio-demographic characteristics in 2020

Wyszczególnienie Specification	Odsetek osób deklarujących chorobę stwierdzoną przez lekarza wśród badanych The percentage of people declaring the disease confirmed by a doctor among the responders									
	cukrzyca diabetes mellitus	nadciśnienie tętnicze hypertensive diseases	choroba niedokrwienna serca ischaemic heart diseases	choroby naczyń mózgowych, udar mózgu cerebrovascular diseases, stroke	astma oskrzelowa, stan astmatyczny asthma	przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych inne niż astma (włączając przewlekłe obturacyjne choroby płuc) chronic lower respiratory diseases other than asthma (incl. COPD)	choroby wątroby diseases of liver	reumatoidalne zapalenie stawów rheumatoid arthritis	choroby zwyrodnieniowe stawów arthrosis	osteoporoza osteoporosis
	osoby badane razem = 100% respondents = 100%									
Ogółem Total	6,7	20,7	7,6	1,8	2,7	1,6	1,4	3,7	10,7	2,6
	według płci by sex									
Mężczyźni Men	5,8	18,8	7,0	1,9	2,1	1,6	1,1 ^v	2,2	7,2	0,9 ^v
Kobiety Women	7,6	22,4	8,1	1,7	3,2	1,6	1,8	5,0	13,9	4,2
	według wybranych grup wieku by selected age groups									
25 lat lub więcej and more	8,8	27,4	9,9	2,3	3,1	2,0	1,9	4,8	14,2	3,4
25-44	1,5 ^v	5,0	0,8 ^v	.	1,5 ^v	.	.	0,8 ^v	2,0 ^v	.
45-59	5,3	24,9	6,5	1,3 ^v	2,7 ^v	1,9 ^v	1,1 ^v	4,6	12,4	1,3 ^v
60-69	13,8	47,5	15,2	2,7 ^v	4,7	3,6	3,6	7,3	23,3	4,4
70-79	24,6	64,9	28,1	5,1 ^v	4,9 ^v	4,3 ^v	4,1 ^v	11,1	32,1	11,5
80 lat lub więcej and more	31,9	67,4	40,7	9,9 ^v	7,6 ^v	.	.	14,9	48,5	18,8
	według klasy miejscowości zamieszkania by class of locality									
Miasta Urban areas	7,1	20,0	8,2	2,0	3,0	1,7	1,4	3,6	10,9	3,0
Wieś Rural areas	6,0	21,3	6,6	1,6	2,1	1,4	1,5	3,7	10,3	2,0

Kobiety zazwyczaj częściej niż mężczyźni deklarowały występowanie chorób zdiagnozowanych przez lekarza. Największa różnica pomiędzy odsetkiem chorujących kobiet i mężczyzn wyniosła 6,7 p. proc. i dotyczyła chorób zwyrodnieniowych stawów (13,9% kobiet wobec 7,2% mężczyzn). Wyjątkiem były choroby naczyń mózgowych, udar mózgu oraz zapalenie płuc, dla których odnotowano większy odsetek chorujących wśród mężczyzn.

Zdecydowana większość chorujących, która korzystała w 2020 r. z usług medycznych z tytułu schorzeń zdiagnozowanych przez lekarza, wskazała jako źródło ich finansowania środki Narodowego Funduszu Zdrowia. Najczęściej korzystanie z usług finansowanych z innych źródeł niż NFZ (DZZ, poza ubezpieczeniami) deklarowały osoby chorujące na chorobę niedokrwienną serca (17,7%), astmę oskrzelową i stan astmatyczny (16,4%) oraz osteoporozę (14,6%).

Wykres 30. Korzystający z usług medycznych w związku z chorobą, finansowanych w ramach NFZ w 2020 r. (w %)
Chart 30. People using medical services in connection with the disease financed in the scope of the National Health Fund in 2020 (in %)



2.5. Wykonywanie badań diagnostycznych

2.5. Performing medical diagnostic tests

Pytania o wykonywanie badań diagnostycznych, w podziale na badania laboratoryjne oraz badania z zakresu diagnostyki obrazowej i inne¹⁴, po raz pierwszy na formularzu badania uwzględniono w 2016 roku. 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 ciągu 2020 roku 42,9% członków gospodarstw domowych miało wykonane badania laboratoryjne (35,5% mężczyzn i 49,9% kobiet). W 2016 roku odsetek osób, które zrealizowały tego typu badania, był wyższy i wynosił 46,0% (36,6% mężczyzn i 54,8% kobiet), jednak przy ocenie tej różnicy wyników należy wziąć pod uwagę występowanie w 2020 roku ograniczeń epidemicznych.

W 2020 roku badania morfologiczne krwi wykonało 39,5% Polek i Polaków, badanie ogólne moczu – 30,7%, badanie ogólne kału – 2,2%, a badania genetyczne – 0,4%. 16,1% kobiet miało badanie cytologiczne, a 4,9% mężczyzn – badanie poziomu PSA¹⁵ (badanie prostaty).

Badania laboratoryjne w 2020 roku zostały wykonane u 29,0% małych dzieci w wieku 0-2 lata. Zasadniczo najrzadziej takie badania wykonywane były wśród dzieci w wieku przedszkolnym (3-6 lat – 15,0%) i szkolnym (7-16 lat – 17,4%) oraz wśród osób młodych w wieku 17-24 lata (30,5%). Udział osób dorosłych, które wykonały badania laboratoryjne wzrastał znacząco w kolejnych grupach wieku i odsetki te kształtowały się na poziomie od 41,9% wśród osób w wieku 25-44 lata, przez 55,1% w wieku 60-69 lat do 68,6% w wieku 80 lat lub więcej. W porównaniu z 2016 rokiem, we wszystkich grupach wieku, wystąpił spadek odsetka osób, które miały wykonane badanie laboratoryjne, z wyjątkiem 17-24 latków (wzrost o 3,6 p. proc.).

W 2020 roku badania cytologiczne najczęściej wykonywano w grupie wieku 25-44 lata (13,7%), a następnie 45-59 lat (12,1%), podczas gdy najniższe odsetki wykonujących cytologię wystąpiły w najstarszych grupach wieku.

Badanie PSA najczęściej były wykonywane wśród mężczyzn w wieku 80 lat lub więcej (8,9%^v), a następnie 70-79 lat (7,3%) oraz 60-69 lat (6,5%), podczas gdy wśród 45-59 latków odsetek ten wyniósł 2,1%^v.

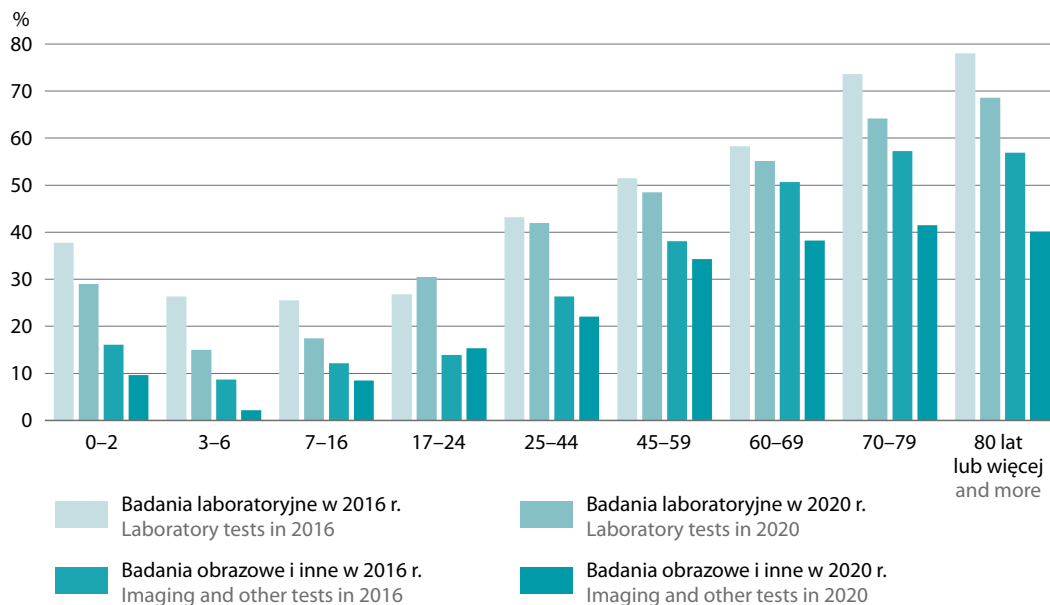
Osoby, u których występowały poważne problemy zdrowotne, znacznie częściej wykonały badania laboratoryjne w 2020 roku niż osoby, które nie miały takich problemów (72,2% wobec 40,5%). Podobnie, wysoki był udział wykonujących badania wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (69,2%), a także mających ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (67,7%). Najrzadziej wykonywały takie badania osoby, które oceniały swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry (33,0%).

¹⁴ 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, gastroskopia, kolonoskopia i biopsja.

¹⁵ PSA, z ang. *Prostate Specific Antygen*, antygen prostaty. Badanie PSA służy do wykrywania raka prostaty, nawet we wczesnym stadium, gdy nowotwór nie daje jeszcze objawów.

Wykres 31. Wykonanie badań diagnostycznych laboratoryjnych i obrazowych według wieku (% osób danej grupy wieku)

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



W strukturze obrazującej częstość wykonywania badań laboratoryjnych, obserwuje się wyraźne zróżnicowanie ze względu na takie cechy jak: poziom wykształcenia (odsetek osób, które wykonały badania wynosił od 44,0% wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym/zasadniczym branżowym, do 55,4% wśród osób z wykształceniem wyższym), miejsce zamieszkania (od 37,1% wśród mieszkańców wsi, do 50,1% w dużych miastach liczących 500 tys. lub więcej mieszkańców), sytuacja finansowa (od 35,0% w przypadku gospodarstw domowych o dochodach do 1 000 zł na osobę, do 48,4% w gospodarstwach o dochodach powyżej 2 200 zł na osobę).

Wśród wszystkich wykonanych badań laboratoryjnych, 76,4% było finansowane w ramach NFZ, 4,2% w ramach DZZ, 13,5% ze środków własnych gospodarstwa domowego, a 5,9% w ramach medycyny pracy (w 2016 roku odpowiednio 79,6%, 3,0%, 9,9% i 7,5%). W porównaniu z 2016 rokiem, zwiększył się udział badań wykonywanych w ramach DZZ i finansowanych ze środków własnych kosztem badań w ramach NFZ i medycyny pracy.

Badania poziomu PSA były w 82,1% finansowane w ramach NFZ, badania ogólne moczu – w 78,8%, badania ogólne kału – w 78,6%, a morfologia – w 77,6%.

Rzadziej finansowane w ramach NFZ były cytologia oraz badania genetyczne (odpowiednio 59,8% i 62,4%^v wykonanych badań), dla których znaczny udział miało finansowanie ze środków własnych gospodarstwa domowego.

Ze środków własnych, częściej niż inne badania, finansowane były cytologia (33,1%) oraz badania poziomu PSA (15,0%). Morfologia i badania ogólne moczu ze środków własnych finansowane były odpowiednio w 11,9% i 10,1% ogólnej liczby wykonanych tego rodzaju badań. W ramach medycyny pracy stosunkowo często wskazywano na finansowanie ogólnego badania moczu (7,1%) oraz badania morfologiczne krwi (6,5%).

Wykonanie badań obrazowych i innych

Performing imaging tests and other

W 2020 roku, przynajmniej jedno badanie obrazowe lub inne (z czternastu rodzajów objętych badaniem) wykonało 25,7% ogółu badanych (21,0% mężczyzn i 30,2% kobiet). W 2016 roku było to: 31,3% ogółu badanych (24,9% mężczyzn i 37,4% kobiet). Przy ocenie tej zmiany trzeba jednak pamiętać o ograniczeniach epidemicznych w 2020 roku.

Najczęściej wykonywane były badania USG – ich wykonanie zadeklarowało 10,6% populacji (6,0% mężczyzn i 14,9% kobiet), badania EKG – 8,3% (9,2% mężczyzn i 7,5% kobiet) oraz RTG – 6,9% (6,5% mężczyzn i 7,2% kobiet). Niespełna co dwudziesty piąty Polak miał wykonane badania: echa serca (3,8%), 3,3% tomografię komputerową, 2,8% rezonans magnetyczny, a 2,0% badanie Holtera.

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. Odsetek osób, które wykonały takie badania, był najniższy wśród osób w wieku 7-16 lat (8,5%) oraz młodych (w wieku do 17-24 lat) – 15,3%, a następnie znacząco wzrastał w kolejnych grupach wieku i był najwyższy wśród osób w wieku 70-79 lat – 41,5%. Podobnie jak w przypadku badań laboratoryjnych, w porównaniu z 2016 rokiem, we wszystkich grupach wieku wystąpił spadek odsetka osób, które miały wykonane tego typu badanie, z wyjątkiem 17-24 latków (wzrost o 1,4 p. proc.).

W 2020 r. odsetek osób, które miały wykonane badanie USG, był najwyższy wśród osób w wieku 70-79 lat i wynosił 17,0%. Stosunkowo często badanie to było wykonywane wśród osób w wieku 60-69 lat oraz 80 lat lub więcej (po 13,7% osób w tych grupach wieku). Udział osób, które wykonały badanie RTG wzrastał w kolejnych grupach wieku, a najwyższe odsetki wystąpiły w grupach wieku 60-69 lat, 70-79 lat oraz 45-59 lat – odpowiednio 9,1%, 9,0% oraz 8,9%. U osób starszych, częściej niż u pozostałych, wykonywane były badania serca. Badanie EKG miało wykonane 22,6% osób w wieku 80 lat lub więcej i 21,5% w wieku 70-79 lat.

W 2020 roku osoby, u których występowały poważne problemy zdrowotne, znacznie częściej wykonały badania z zakresu diagnostyki obrazowej niż osoby, które nie miały takich problemów (60,6% wobec 22,8%). W przypadku choroby przewlekłej, odsetek wykonujących badania wynosił 46,5%, a bez takiej choroby – 14,4%. Odsetek osób, które wykonały badania, wzrastał od 9,4% wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobrze do 56,3% wśród oceniających swój stan zdrowia jako bardzo zły.

W częstości wykonywania badań obrazowych 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 laboratoryjnych. Częściej wykonywały badania osoby z wykształceniem wyższym (34,1%), mieszkające w dużych miastach, liczących co najmniej 500 tys. mieszkańców (33,0%) oraz o wyższych dochodach (30,5%). Wśród mieszkających na wsi oraz o najniższych dochodach, badania obrazowe wykonała mniej niż co czwarta osoba (po 22,3%).

W ramach NFZ sfinansowanych było 75,5% badań diagnostyki obrazowej wykonanych w 2020 roku (w 2016 r. – 81,6%). Znaczny udział miało finansowanie ze środków własnych gospodarstwa domowego, z którego zostało sfinansowanych 15,6% tych badań (w 2016 roku 11,5%). W ramach DZZ uzyskało finansowanie 5,7% badań obrazowych, a w ramach medycyny pracy tylko 3,2% (w 2016 r. odpowiednio: 3,8% i 3,1%).

Struktura źródeł finansowania zależała od rodzaju badania. Największy odsetek finansowania w ramach NFZ zaobserwowano w przypadku takich badań jak: kolonoskopia (93,7%), mammografia (91,7%) i urografia (91,6%). Spośród wykonanych badań w poszczególnych rodzajach, w ramach NFZ sfinansowanych było: 87,5% tomografii komputerowych, 79,2% gastrokopii, 79,2% badań rezonansu magnetycznego, 79,1% badań Holtera, 77,0% EKG i 73,6% RTG. Stosunkowo najmniej w ramach NFZ zostało sfinansowanych badań USG i biopsji (odpowiednio: 65,6% i 59,4%). Ze środków własnych, częściej niż inne badania, finansowane były badania: USG (26,0%), echa serca (20,8%) oraz rezonansu magnetycznego (15,9%). Co dziesiąte wykonane RTG było także finansowane z budżetu gospodarstwa domowego. Struktura badań finansowanych w ramach DZZ była mniej zróżnicowana. Najczęściej w ten sposób finansowane były

badania takie jak: USG (8,3%), EKG (6,2%^v) oraz RTG (4,7%^v). W ramach medycyny pracy finansowane były tylko wybrane badania. Udział tego źródła w przypadku najczęściej finansowanych badań wyniósł: 10,8% w przypadku RTG oraz 5,4%^v dla EKG.

Tablica 4. Wykonane badania diagnostyczne według wybranych źródeł finansowania w 2020 r. (w %)
Table 4. Performing diagnostic tests by financing sources in 2020 (in %)

Wyszczególnienie Specification	Narodowy Fundusz Zdrowia National Health Fund	W ramach środków własnych As part of own expenditures
	wykonane badania = 100% performing diagnostic tests = 100%	
Badania laboratoryjne Laboratory tests		
OGÓŁEM Total	76,4%	13,5%
Morfologia Morphology	77,6%	11,9%
Badanie ogólne moczu Urinalysis	78,8%	10,1%
Badanie ogólne kału General stool examination	78,6%	.
Cytologia Cytology	59,8%	33,1%
Badania genetyczne Genetic research	62,4% ^v	.
Badanie poziomu PSA PSA level test	82,1%	15,0% ^v
Badania obrazowe i inne Imaging tests and other		
OGÓŁEM Total	75,5%	15,6%
Tomografia komputerowa Computed tomography	87,5%	7,8% ^v
Pozytonowa tomografia emisyjna Positron emission tomography	.	-
Rezonans magnetyczny Magnetic resonance imaging	79,2%	15,9% ^v
EKG ECG	77,0%	11,4%
Badanie Holtera Holter study	79,1%	14,8% ^v
Echo serca Echo of the heart	72,2%	20,8%
USG Ultrasound	65,6%	26,0%
RTG X-ray	73,6%	11,0%
Spirometria Spirometry	80,4%	.
Urografia Urography	91,6% ^v	.
Mammografia Mammography	91,7%	.
Biopsja Biopsy	59,4% ^v	.
Gastroskopia Gastroscopy	79,2%	.
Kolonoskopia Colonoscopy	93,7%	.

2.6. Korzystanie z programów profilaktycznych

2.6. Use of preventive health care programs

Dbałość o własne zdrowie może uwydatniać się poprzez poddawanie się bezpłatnym badaniom diagnostycznym, realizowanym w ramach zdrowotnych programów profilaktycznych. Temat ten uwzględniono po raz pierwszy w kwestionariuszu badawczym badania za 2016 r. Pytanie skierowane do respondentów o udział w profilaktycznych programach zdrowotnych dotyczyło 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 Odtytoniowych (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 2020 roku przynajmniej w jednym programie profilaktycznym uczestniczyło 6,3% całej populacji i 8,2% osób w wieku 25 lat lub więcej, do których generalnie były kierowane (w 2016 r. było to odpowiednio 15,4% i 19,9%). Trzeba jednak pamiętać, że w roku 2020 występowały ograniczenia epidemiczne i służba zdrowia priorytetowo realizowała zadania związane z COVID-19. Osoby korzystające z badań w ramach przynajmniej jednego programu profilaktycznego, uczestniczyły średnio w 1,3 takich programach (w 2016 r. wskaźnik ten wynosił 1,7).

Kobiety nadal częściej niż mężczyźni korzystały z badań w ramach programów profilaktycznych (10,4% kobiet wobec 2,0% mężczyzn), aczkolwiek różnica między udziałem kobiet i mężczyzn korzystających z tego typu programów zmniejszyła się z 19,7 p. proc. w 2016 r. do 8,4 p. proc. w 2020 r. (w 2016 r. 24,9% kobiet wobec 5,2% mężczyzn).

W 2020 r. najczęściej korzystano z badań cytologicznych w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Dotyczyły one 39,0% przypadków skorzystania z programów profilaktycznych. Do popularnych programów zdrowotnych należały również badania mammografii w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (30,6% przypadków skorzystania z programów profilaktycznych). Program Chorób Układu Krążenia dotyczył 10% przypadków skorzystania z programów zdrowotnych. Uczestnictwo w pozostałych programach było znacznie mniejsze.

Tablica 5. Osoby korzystające z programów profilaktycznych według cech społeczno-demograficznych w 2020 r.
Table 5. People using preventive programs by socio-demographic characteristics in 2020

Wyszczególnienie Specification	Osoby, które skorzystały z programów wśród badanych The percentage of people who have used the programs among the respondents	Osoby, które nie skorzystały z programów wśród badanych The percentage of people who haven't used the programs among the respondents	Korzystanie z programów profilaktycznych wśród badanych Use of preventive programs among the respondents	
			Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia) Population Breast Cancers Early Detection Program (mammography)	Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (cytologia) Cervical Cancer Prevention Program (cytology)
	osoby badane razem = 100% respondents = 100%			
Ogółem Total	6,3	93,7	2,5	3,1
	według płci by sex			
Mężczyźni Men	2,0	98,0	.	.
Kobiety Women	10,4	89,6	4,7	6,0
	według wybranych grup wieku by selected age groups			
25 lat lub więcej and more	8,2	91,8	3,3	4,1
25-44	6,1	93,9	1,3 ^v	4,3
45-59	10,3	89,7	5,5	5,0
60-69	11,3	88,7	6,3	4,1
70 lub więcej and more	6,9	93,1	.	2,0 ^v
	według charakteru miejscowości zamieszkania by class of locality			
Miasta Urban areas	7,0	93,0	2,6	3,6
Wieś Rural areas	5,2	94,8	2,2	2,5 ^v

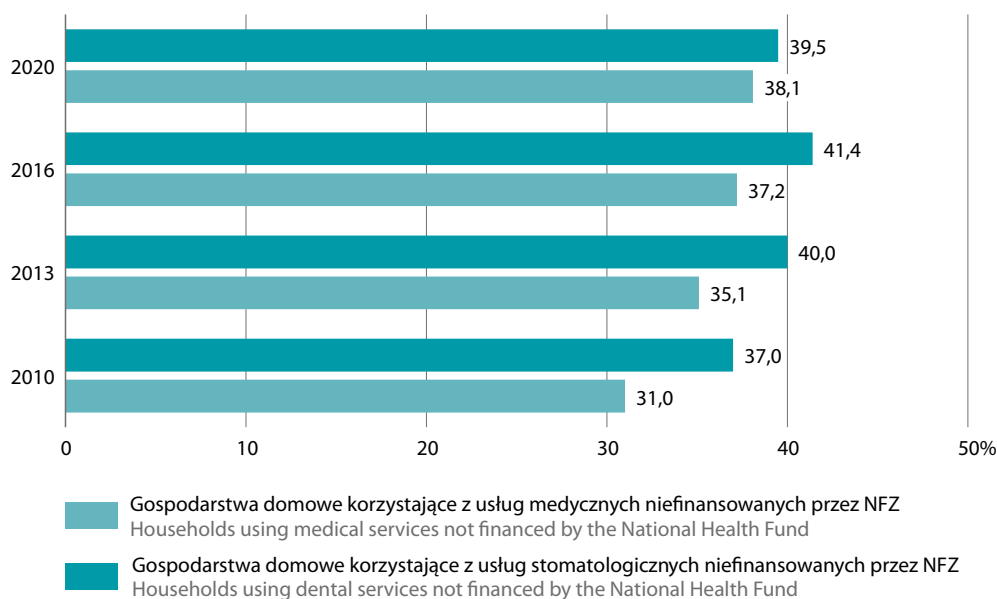
2.7. Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych niefinansowanych przez NFZ

2.7. Households using medical services not financed by the National Health Fund

W kolejnych latach badania można zaobserwować monotoniczny wzrost udziału gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych, które nie są finansowane w ramach NFZ. W 2020 roku z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ skorzystało 38,1% gospodarstw domowych, w 2016 roku takich gospodarstw było 37,2%, w 2013 roku – 35,1%, a w 2010 roku – 31,0%. W przypadku usług stomatologicznych w 2020 roku zaobserwowano spadek udziału gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych niefinansowanych w ramach NFZ w porównaniu z poprzednimi edycjami badania. Było to odpowiednio: 39,5% w 2020 roku, 41,4% w 2016 roku, 40,0% w 2013 roku i 37,0% w 2010 roku.

Wykres 32. Gospodarstwa domowe korzystające z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ

Chart 32. Households using medical and dental services not financed by the National Health Fund



Częściej niż w innych gospodarstwach domowych z usług finansowanych poza NFZ korzystają gospodarstwa domowe znajdujące się w lepszej kondycji finansowej. W ciągu 2020 roku w gospodarstwach domowych należących do 20,0% gospodarstw o najwyższych dochodach z usług medycznych (poza stomatologicznymi), niefinansowanych przez NFZ, skorzystało 47,8% gospodarstw domowych oraz z usług stomatologicznych – 50,4%. W grupie gospodarstw o najniższych dochodach (należących do pierwszej grupy kwintylowej) udział gospodarstw domowych korzystających z takich usług wynosił odpowiednio: 35,2% i 36,0%.

Rzadziej z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ w ciągu 2020 roku korzystały gospodarstwa domowe rencistów (24,1%) i emerytów (30,2%). Częściej niż w innych grupach korzystały z takich usług osoby w gospodarstwach domowych osób pracujących na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym (54,2%), osób pracujących na stanowisku nierobotniczym (48,5%) oraz gospodarstwa z 3 lub większą liczbą dzieci w wieku do 14 lat (52,0%).

Z usług stomatologicznych finansowanych poza NFZ (w ciągu 2020 roku) częściej korzystały gospodarstwa domowe osób pracujących na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym (58,0%) oraz osób pracujących najemnie na stanowiskach nierobotniczych (54,4%), a także gospodarstwa z dzieckiem w wieku do 14 lat (55,5%). W gospodarstwach pracujących najemnie na stanowiskach robotniczych, z takich usług w badanym

roku skorzystało 41,5%, użytkujących gospodarstwa rolne – 43,5%, w gospodarstwach rencistów – 22,4%, a w gospodarstwach emerytów – 21,2% gospodarstw domowych.

Stosunkowo duże różnice w odsetkach gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych, niefinansowanych w ramach NFZ, odnotowano ze względu na klasę miejscowości zamieszkania. Z usług medycznych (poza stomatologicznymi) finansowanych poza NFZ skorzystało 46,3% gospodarstw domowych w miastach liczących 500 tys. lub więcej mieszkańców i 35,4% gospodarstw domowych na wsi. Udział gospodarstw domowych korzystających z usług stomatologicznych finansowanych poza NFZ wyniósł odpowiednio: 46,8% i 36,0%.

W 2020 r. 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 wskazała ponad połowa gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych finansowanych poza NFZ (51,7%). Nieco rzadziej niż co szóste gospodarstwo domowe korzystające z usług niefinansowanych w ramach NFZ, podało jako przyczynę przekonanie, że usługi takie są świadczone wówczas przez lepszych specjalistów (15,2%). Te dwie przyczyny były również najczęściej wskazywane jako główne powody korzystania z usług medycznych finansowanych poza NFZ w 2016 roku (odpowiednio: 61,7% i 18,5%). Inne przyczyny korzystania z usług medycznych niefinansowanych w ramach NFZ w 2020 roku, podobnie jak w 2016 roku, były mniej znaczące. Można tu wskazać takie jak: brak lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ (6,0% vs 4,4%), lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne (4,4% vs 3,4%), niefinansowanie usług przez NFZ (3,9% vs 3,2%), korzystanie z uprawnień do świadczeń w ramach DZZ (3,1%^v vs 2,2%), a także lepsze traktowanie pacjentów (2,5%^v vs 2,9%).

W przypadku korzystania z usług stomatologicznych niefinansowanych w ramach NFZ w 2020 roku, do najczęściej podawanych powodów należały: przekonanie o lepszym wyposażeniu w sprzęt i materiały medyczne (26,4%), zbyt odległy termin wizyty w podmiotach mających kontrakty z NFZ (25,4%), niefinansowanie danych usług przez NFZ (18,7%) oraz przekonanie, że usługi takie są świadczone wówczas przez lepszych specjalistów (14,4%). W 2016 roku trzy pierwsze wymienione przyczyny zostały również wskazane jako główne powody korzystania z usług stomatologicznych finansowanych poza NFZ (odpowiednio: 28,0%, 25,7% i 23,7%). Inne przyczyny korzystania z takich usług wskazywane przez gospodarstwa domowe zarówno w 2020 roku, jak i 2016 roku były stosunkowo rzadkie i należały do nich: brak lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ (4,2% vs 3,4%) oraz lepsze traktowanie pacjentów (3,6% vs 3,1%).

2.8. Korzystanie z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej

2.8. Use of unconventional medicine

Odsetek gospodarstw domowych, które korzystały z usług medycyny niekonwencjonalnej, takich jak: akupresura, akupunktura, apiterapia, bioenergoterapia, fitoterapia, homeopatia i kręgarstwo w 2020 roku wyniósł – 2,2%. W badaniach przeprowadzonych w latach 2016 i 2013 odsetek ten kształtował się na poziomie 3,0%. Gospodarstwa, które korzystały z tych usług ponosiły dość znaczne wydatki – przeciętnie było to 537 zł na gospodarstwo w ciągu roku.

Do gospodarstw domowych, w których częściej niż w pozostałych korzystano z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej należały gospodarstwa, w których znajdują się osoby chore przewlekle (2,8%), gospodarstwa domowe w dużych miastach, liczących 500 tys. lub więcej mieszkańców (3,8%^v) oraz gospodarstwa o najwyższych dochodach (z piątej grupy kwintylowej – 3,3%^v).

2.9. Korzystanie z usług medycznych za granicą

2.9. Use of medical services abroad

Korzystanie z usług medycznych za granicą w 2020 roku, podobnie jak w 2016 roku, było stosunkowo rzadkie. Wśród badanych gospodarstw domowych z usług medycznych za granicą skorzystano 0,7% gospodarstw, z czego 85,0%^v w krajach Unii Europejskiej.

Większość usług medycznych uzyskanych za granicą¹⁶, dotyczyła podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej. Przeciętna kwota wydana przez gospodarstwo na usługi medyczne za granicą w 2020 r. wynosiła 395 zł. Gospodarstwa, które poniosły takie wydatki na ogół nie uzyskały zwrotu z NFZ (93,2%).

2.10. Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych

2.10. Use of communication and the Internet while using medical services

Internet staje się coraz bardziej popularnym miejscem zbierania i wymiany informacji dotyczących tematyki zdrowia, w tym o zakładach opieki zdrowotnej, oferowanych usługach i lekarzach. Istnieją coraz większe możliwości rezerwacji wizyt lekarskich i badań diagnostycznych oraz sprawdzenia online wyników badań czy też dostępności określonych produktów leczniczych, zamówienia i zakupu produktów medycznych oraz środków leczniczych. Pandemia COVID-19 spowodowała, że w wielu przypadkach kontakt osobisty związany z korzystaniem z usług medycznych był niemożliwy lub zbyt ryzykowny.

W formularzu część pytań dotyczących wykorzystania Internetu i telefonu do umawiania wizyt lub badań oraz otrzymywania wyników badań drogą internetową dotyczyła czwartego kwartału, pozostałe pytania całego 2020 roku.

W 2020 roku 34,2% członków gospodarstw domowych korzystało z Internetu, aby zdobyć wiedzę i informacje o chorobach oraz sposobach leczenia, a 31,0% poszukiwało informacji na temat zdrowego stylu życia (w 2016 r. odpowiednio 37,6% i 23,4%). 22,4% respondentów posługiwało się Internetem w celu zdobycia informacji na temat opinii dotyczących lekarzy (w 2016 r. 23,4%). W 2020 roku 9,2% respondentów (w 2016 r. 4,8%) skorzystało z Internetu, by zakupić produkt leczniczy

Wzrosło zastosowanie Internetu do umawiania się na wizytę lub badania oraz do otrzymywania wyników badań drogą elektroniczną. W czwartym kwartale 2020 roku, odsetek takich osób wynosił odpowiednio: 4,9% oraz 6,6% (w 2016 r. odpowiednio 3,0% oraz 3,3%). Przy umawianiu się na wizytę lub badanie, częstszym sposobem niż przez stronę internetową był telefon. W czwartym kwartale 2020 roku drogą telefoniczną umawiało się na wizytę 36,2% badanych (o 6,7 p. proc. więcej niż w 2016 r.).

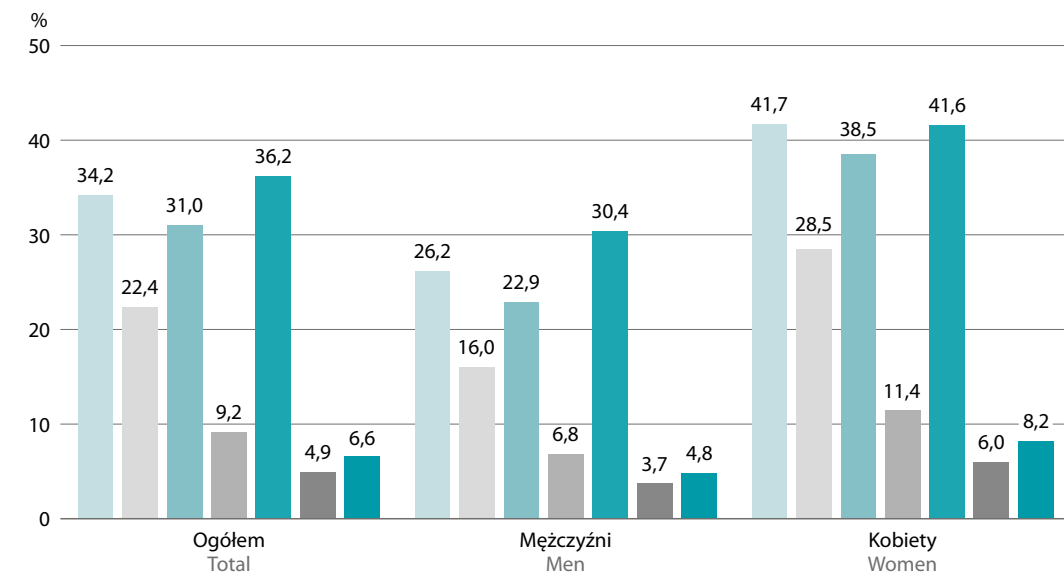
Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni posługiwały się Internetem w każdym z obszarów objętych badaniem. Różnice wynosiły około 15,5 p. proc. w przypadku odsetka korzystających z Internetu, aby pozyskać informacje medyczne o chorobach i sposobach leczenia (41,7% wobec 26,2%) oraz w celu zdobycia informacji na temat zdrowego stylu życia (38,5% wobec 22,9%) i 12,5 p. proc w przypadku zasięgnięcia opinii o lekarzu (28,5% wobec 16,0%). Inne zastosowania Internetu, takie jak umawianie na wizytę, zakupy produktów medycznych, także były częściej wykorzystywane przez kobiety niż mężczyzn.

Najczęściej informacje na temat zdrowego stylu życia oraz o chorobach i sposobach leczenia, pozyskiwały z Internetu osoby w wieku 25-44 lata – odpowiednio 48,5% i 51,7% osób w tej grupie wieku. Podobnie w przypadku umawiania się na wizytę lub badanie przez stronę internetową oraz pobierania wyników drogą elektroniczną – odpowiednio 8,2% i 11,0%.

Należy podkreślić znaczny udział korzystających z Internetu dla pozyskania informacji o chorobach i sposobach leczenia wśród osób z poważnymi problemami zdrowotnymi (45,7%), z chorobami przewlekłymi (35,4%), a także wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako: zły lub bardzo zły (22,6%).

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 czwartym kwartale 2020 roku) umawiało się telefonicznie na wizytę lub badanie, odpowiednio: 68,0% i 57,5%, podczas gdy ze strony internetowej skorzystało w tym celu: 10,3% i 6,9% osób w tych grupach.

¹⁶ Gospodarstwo domowe mogło wskazać więcej niż jedną usługę medyczną, z której skorzystało za granicą.

Wykres 33. Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych według płci w 2020 r. (w %)
Chart 33. Use of communication and the Internet while using medical services by sex in 2020 (in %)


Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć wiedzę i informację o chorobach i sposobach leczenia w roku 2020
 People who used the Internet to get knowledge and information about diseases and treatments in 2020

Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć informację na temat opinii lekarzy w roku 2020
 People who used the Internet to get information about doctors' opinions in 2020

Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć informację na temat zdrowego stylu życia w roku 2020
 People who used the Internet to get information about a healthy lifestyle in 2020

Osoby, które korzystały z Internetu, aby kupić produkty lecznicze w roku 2020
 People who used the Internet to buy medicinal products in 2020

Osoby, które umawiały się na wizytę lub badanie przez telefon w 4 kwartale 2020
 People who made an appointment or medical examination by phone in the 4th quarter of 2020

Osoby, które umawiały się na wizytę lub badanie przez stronę internetową w 4 kwartale 2020
 People who made an appointment or medical examination through the website in the 4th quarter of 2020

Osoby, które otrzymały wyniki badań drogą internetową w 4 kwartale 2020
 People who received medical examination results online in the 4th quarter of 2020

Rozdział 3.

Chapter 3.

Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów

Quality of healthcare in the opinion of respondents

Poprawa jakości oraz działania nakierowane na bezpieczeństwo pacjentów są podstawowym elementem wszystkich systemów opieki zdrowotnej. Za 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), wspierają działania umożliwiające zwiększenie dostępu do informacji o poziomie jakości i bezpieczeństwa oferowanej opieki.

Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów, stanowiła istotny element zrealizowanego badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.”¹⁷. Jego celem było uzyskanie wiedzy, jakie jest postrzeganie jakości opieki zdrowotnej realizowanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 2020 roku, poprzez zadanie pytań dotyczących:

- ogólnego postrzegania jakości opieki zdrowotnej w 2020 w odniesieniu do poprzedniego pomiaru;
- dostępności do domowej opieki lekarza i pielęgniarki, możliwości skorzystania z porady telefonicznej/kontakt telefonicznego z lekarzem;
- czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, a także dentystry oraz na opiekę szpitalną;
- stopnia zadowolenia z wyboru lekarza pierwszego kontaktu;
- 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 zaangażowaniem 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;
- przyczyn niekorzystania z opieki zdrowotnej w odniesieniu do lekarzy POZ, specjalistów, lekarzy dentystry, pielęgniarek, badań diagnostycznych czy zabiegów.

3.1. Ogólna ocena jakości opieki zdrowotnej

3.1. Overall assessment of the quality of healthcare

Rok 2020 był szczególnym rokiem w odniesieniu do ochrony zdrowia, w tym do oceny jakości. Od marca 2020 roku w Polsce mieliśmy do czynienia z pandemią COVID-19, która w istotny sposób wpłynęła na funkcjonowanie kraju, w tym systemu ochrony zdrowia. Fakt ten znalazł potwierdzenie w opinii na temat jakości świadczonych usług w okresie pandemii. Najwięcej osób korzystających z usług opieki zdrowotnej (44,6%) uznało, że jakość opieki zdrowotnej w 2020 roku pogorszyła się względem poprzedniego. Ponad jedna trzecia (34,2%) uważała, że jakość pozostała na podobnym poziomie, a zaledwie (2,5%) wskazała, że się poprawiła. Taka ocena jest istotnie odmienna w stosunku do badań z lat poprzednich, sprzed pandemii. Rozkład odpowiedzi na analogiczne pytanie w poprzedniej edycji badania, odnoszącej się do 2016 r., był następujący: 10,6% osób korzystających z opieki zdrowotnej twierdziło, że jakość opieki zdrowotnej pogorszyła się, 66,3% twierdziło, że jakość nie zmieniła się, natomiast 2,6% stwierdziło poprawę

¹⁷ Pytania na ten temat skierowano indywidualnie do każdej osoby, która korzystała ze świadczeń medycznych w wylosowanych do badania w gospodarstwach domowych.

jakości. Odsetek osób, nie mających zdania w obydwu edycjach badania, był podobny i wyniósł 18,6% w roku 2020 oraz 18,0% w roku 2016.

Mężczyźni korzystający z usług opieki zdrowotnej oceniali zmiany w jakości tych usług nieco lepiej niż kobiety: 39,3% mężczyzn obserwowało pogorszenie jakości w stosunku do roku poprzedniego, podczas gdy wśród kobiet odsetek ten wyniósł 48,1%. Takich różnic nie zaobserwowano w przypadku opinii o braku zmian czy polepszenia się jakości opieki zdrowotnej. 35,2% mężczyzn oraz 33,6% kobiet nie zauważyło zmian a poprawę stwierdziło 2,5% mężczyzn oraz 2,6% kobiet.

Opinia, że jakość opieki zdrowotnej w 2020 r. pogorszyła się w odniesieniu do roku poprzedniego zależała od wieku oceniających. W młodszych grupach wieku (do 24 lat) odsetek osób wskazujących na pogorszenie jakości opieki zdrowotnej w stosunku do roku poprzedniego wyniósł 28,2% i wzrastał wraz z wiekiem. W grupie osób w wieku 25-59 lat wyniósł 48,2%, a wśród osób najstarszych (60 lub więcej lat) wyniósł 53,8%.

Nie zaobserwowano wyraźnych różnic w opinii na temat zmian jakości usług opieki zdrowotnej ze względu na miejsce zamieszkania. Zarówno w miastach, jak i na wsi odsetek osób korzystających z usług opieki zdrowotnej stwierdzających pogorszenie jakości tych usług w stosunku do roku poprzedniego, był największy spośród możliwych ocen i wyniósł odpowiednio: 45,4% i 43,2%.

Ocena pogorszenia się jakości opieki zdrowotnej widoczna jest również biorąc pod uwagę stan zdrowia i stałe korzystanie z opieki lekarskiej. Na pogorszenie się jakości wskazywała ponad połowa osób pozostających pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską (52,8%) oraz osób, u których występowała choroba przewlekła (54,9%). Wśród osób niepozostających pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską oraz nie chorujących przewlekłe, pogorszenie jakości opieki zdrowotnej stwierdziło odpowiednio: 40,1% oraz 38,7%.

We wszystkich analizowanych przekrojach oceny, że jakość opieki zdrowotnej poprawiła się w stosunku do roku poprzedniego, były rzadkie i stanowiły kilka procent. Przy ocenie opisanego powyżej rozkładu ocen należy pamiętać, że w 2020 r. służba zdrowia była silnie skoncentrowana na działaniach związanych z opieką nad pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2.

Biorąc pod uwagę istotność tego aspektu dla oceny jakości postanowiono włączyć w 2020 r. pytania dotyczące częstości i rodzaju zdarzeń niepożądanych jakich doświadczyły osoby korzystające z opieki zdrowotnej. Respondentom zadano pytanie, czy w trakcie lub w efekcie uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w 2020 roku doświadczyli zdarzenia niepożądanego, rozumianego jako szkoda, do której doszło w trakcie leczenia lub diagnostyki. Pytania te dotyczyły wszystkich osób z gospodarstwa domowego, które korzystały z usług medycznych w 2020 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 zdarzenia niepożądane wystąpiły tylko w 0,3% przypadków.

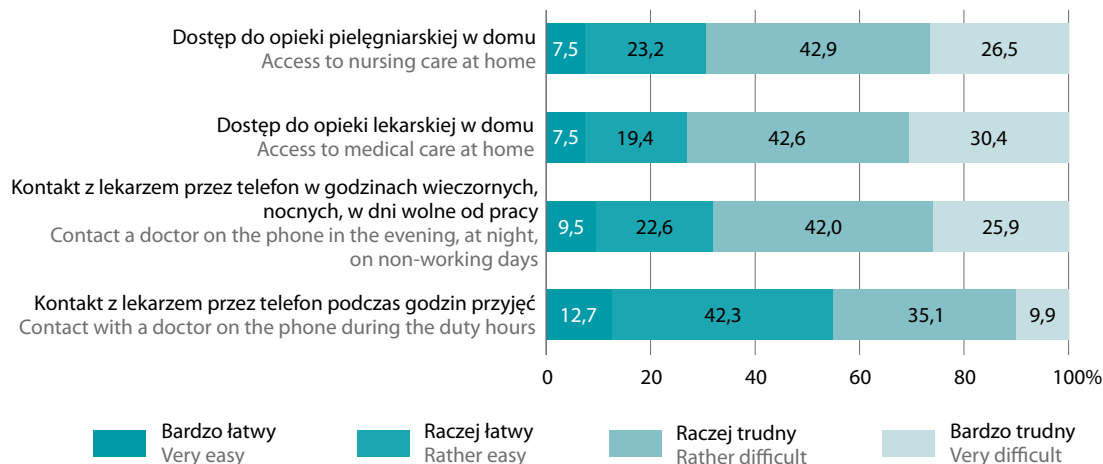
3.2. Dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie respondentów

3.2. Access to primary healthcare in opinion of respondents

Podczas badania dotyczącego 2020 r. respondenci zostali zapytani o dostęp do opieki lekarskiej w domu, opieki pielęgniarki w domu, czy możliwości uzyskania telefonicznej porady lekarskiej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w oparciu o własne doświadczenia.

Wykres 34. Dostęp do wybranych form świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 2020 r.

Chart 34. Access to different types of primary care services received within general health security in 2020



Z możliwości dostępu do opieki lekarskiej w domu zamierzało skorzystać 12,7% respondentów, a 73,1% z nich uznało, że dostęp do niej jest raczej lub bardzo trudny. Zarówno większość mieszkańców miast, jak i większość mieszkańców wsi, która miała potrzebę skorzystania z dostępu do opieki lekarskiej w domu, najczęściej uważała, że jest on raczej trudny lub bardzo trudny. Wśród mieszkańców miast było to 75,1%, natomiast na wsi wskaźnik ten wynosił 68,4%. Dostęp do tego rodzaju opieki uznano za raczej trudny lub bardzo trudny 73,2% kobiet i 72,8% mężczyzn. Przedstawiciele wszystkich grup wieku (0-24, 25-59, 60 lat lub więcej) określili najczęściej dostęp do opieki lekarskiej w domu również jako raczej trudny lub bardzo trudny – odpowiednio: 86,1%, 70,8% i 68,9%. Osoby, u których występowała choroba przewlekła najczęściej uznawały, że dostęp do opieki lekarskiej w domu jest raczej trudny lub bardzo trudny (71,2%), a 28,8% uznawało go za bardzo łatwy lub raczej łatwy. Podobnie ocena dostępności do opieki lekarskiej w domu wyglądała wśród grupy osób znajdujących się pod stałą opieką lekarską. Większość oceniała ten dostęp jako raczej trudny lub bardzo trudny (67,5%). Jako bardzo łatwy i raczej łatwy oceniło go 32,5% respondentów.

W podobny sposób oceniana była możliwość dostępu do opieki pielęgniarskiej w domu. W tej grupie usług zdrowotnych potrzebę skorzystania z nich wyraziło 9,4% respondentów. Wśród osób potrzebujących takiej opieki prawie 70% uznało taką możliwość za raczej lub bardzo trudną. Większość mieszkańców miast i mieszkańców wsi, która miała potrzebę skorzystania z dostępu do opieki pielęgniarskiej w domu, najczęściej określała, że jest on raczej trudny lub bardzo trudny. Wśród mieszkańców miast było to 72,6%, natomiast na wsi wskaźnik ten wynosił 62,9%. Dostęp do tego rodzaju opieki uznano za raczej trudny lub bardzo trudny 70,8% kobiet i 66,7% mężczyzn.

Przedstawiciele wszystkich grup wieku (0-24, 25-59, 60 lat lub więcej) określili najczęściej dostęp do opieki pielęgniarskiej w domu jako raczej trudny lub bardzo trudny, odpowiednio: 82,6%, 65,2% i 64,5%.

Osoby, u których występowała choroba przewlekła również najczęściej uznawały, że dostęp do opieki pielęgniarskiej w domu jest raczej trudny lub bardzo trudny (63,4%), a 36,6% uznawało go za bardzo łatwy lub raczej łatwy. Podobnie ocena dostępności do opieki pielęgniarskiej w domu wyglądała wśród grupy osób znajdujących się pod stałą opieką lekarską. Większość spośród nich oceniała ten dostęp jako raczej trudny lub bardzo trudny (64,1%). Jako bardzo łatwy lub raczej łatwy oceniło ją 35,9% osób w tej grupie respondentów.

Potrzebę korzystania przez telefon z usług zdrowotnych w ramach opieki nocnej i świątecznej wykazało 13,3% respondentów, a 67,9% z nich uważało, że było to raczej lub bardzo trudne. Zarówno mieszkańcy miast jak i wsi najczęściej określali, że dostęp do tych usług jest raczej trudny lub bardzo trudny. W odniesieniu do mieszkańców miast było to 67,0%, natomiast na wsi wskaźnik ten wynosił 70,3%. Dostęp do tego rodzaju opieki uznano za raczej trudny lub bardzo trudny 66,8% kobiet i 70,2% mężczyzn. Przedstawiciele wszystkich grup wieku (0-24, 25-59, 60 lat lub więcej) określili najczęściej możliwość kontaktu z lekarzem

przez telefon w ramach opieki nocnej i świątecznej jako raczej trudny lub bardzo trudny – odpowiednio: 87,0%, 61,3% i 64,6%. Osoby, u których występowała choroba przewlekła najczęściej uznawały, że możliwość kontaktu z lekarzem przez telefon w ramach opieki nocnej i świątecznej jest raczej trudna lub bardzo trudna (70,1%), a 29,9% uznawało go za bardzo łatwy lub raczej łatwy. Podobnie ocena możliwości kontaktu z lekarzem przez telefon w ramach opieki nocnej i świątecznej wyglądała wśród grupy osób znajdującej się pod stałą opieką lekarską. Większość oceniała ten dostęp jako raczej trudny lub bardzo trudny (67,4%).

Potrzebę skorzystania z kontaktu z lekarzem przez telefon podczas godzin przyjęć wykazało prawie 55% respondentów i 45% z nich stwierdziło, że jest to raczej lub bardzo trudne. W grupie wieku 0-24 lata ponad 36% respondentów starało się skorzystać z tego typu usługi, w grupie wieku 25-59 lat – 54,1%, 60 lub więcej – 71,3%. W powyższych grupach odsetek osób uznający dostęp do kontaktu przez telefon jako raczej lub bardzo trudny wynosił odpowiednio: 47,5%, 44,3% i 45%. Wśród osób chorujących przewlekłe było to 74,1%, a wśród osób pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską 72,5% starało się o taki kontakt, ale 45% z nich uznało, że jest on raczej lub bardzo trudny.

W badaniu za 2020 r. 70% respondentów w oparciu o własne doświadczenia oceniło, że dostęp do opieki lekarza w domu, opieki pielęgniarki w domu, czy możliwość uzyskania telefonicznej porady lekarskiej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jest trudny lub bardzo trudny. Natomiast możliwość uzyskania telefonicznej porady lekarskiej podczas godzin przyjęć jest raczej trudna lub bardzo trudna według prawie połowy starających się o nawiązanie takiego kontaktu (45% a w 2016 r. – 43,5%).

W poprzedniej edycji badania (dane za 2016 r.) 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.

Najbardziej krytycznie (jako raczej lub bardzo trudny) oceniono brak dostępu do opieki lekarza w domu (73,1% osób). Nastąpiła tu znacząca zmiana w stosunku do roku 2016, w którym 40,8% respondentów wskazywało na bardzo trudny lub raczej trudny dostęp do tej formy opieki.

Opinia, że dostępność w omawianym obszarze opieki zdrowotnej pogorszyła się, mogła być w dużym stopniu spowodowana stanem epidemicznym w Polsce wywołanym koronawirusem, który był poważnym wstrząsem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej, a oddziaływanie go było wielowymiarowe i dotknęło również podstawową opiekę zdrowotną.

3.3. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne

3.3. Waiting time for medical services

Oceny czasu oczekiwania na świadczenia medyczne dokonywały osoby, które w ostatnim roku korzystały z danej formy opieki. W ocenie poniższych zmian warto pamiętać, że rok 2020 był pierwszym rokiem pandemii COVID-19.

W odniesieniu do pytania o czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne u lekarza specjalisty 38,9% respondentów wskazało, że to pytanie ich nie dotyczy. W ten sposób odpowiedziało również 61,4% osób w odniesieniu do czasu oczekiwania na świadczenie u lekarza dentystry i 91,9% w odniesieniu do czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala.

W dalszej części przedstawiona została bardziej szczegółowa analiza dotycząca czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, wizytę u lekarza dentystry i pobyt w szpitalu. Obok wyników dla całej badanej zbiorowości przedstawione zostały wyniki w następujących przekrojach: miasto/wieś, mężczyźni/kobiety, dla 3 zagregowanych grup wieku (0-24, 25-59, 60 lub więcej lat) oraz dla podgrup: osób przewlekłe chorych i osób pozostających pod stałą opieką lekarza. Dodatkowo, na końcu zamieszczone zostało krótkie porównanie wyników badania dla całej zbiorowości z lat: 2010, 2013, 2016 i ostatniej edycji badania z 2020 r.

Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty

Waiting time for an appointment with a specialist doctor

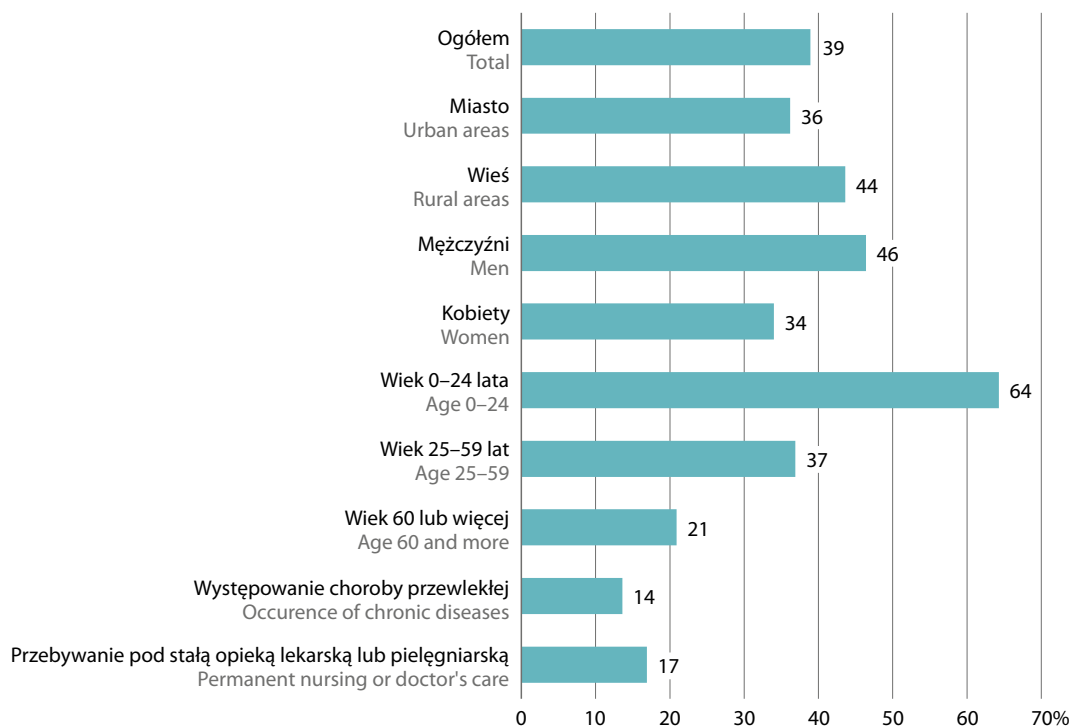
W przypadku czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty pytanie to nie dotyczyło prawie 39% respondentów. Było tak w przypadku zaledwie blisko 14% osób chorych przewlekle, prawie 17% osób pod stałą opieką lekarza i niemal 21% osób z najstarszej grupy wieku (co najmniej 60 lat). Z drugiej strony wśród osób najmłodszych, w wieku do 24 lat, ponad 64% osób wskazało, że nie dotyczy ich pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty. W przypadku pozostałych analizowanych grup, odsetek takich odpowiedzi mieścił się w przedziale od 34% do 46%, przy czym był wyższy na wsi niż w miastach (odpowiednio prawie 44% i nieco ponad 36%) oraz wśród mężczyzn niż u kobiet (odpowiednio ponad 46% i około 34%).

Najkrótszy czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, nie dłużej niż dzień, dotyczył prawie 5% osób, które odpowiedziały na pytanie o czas oczekiwania i wahał się od około 4% w przypadku osób z przewlekłymi chorobami, osób pod stałą opieką lekarza lub pielęgniarki i kobiet, do ponad 6% w przypadku mężczyzn. Nieco dłuższy czas, ponad dzień, ale do tygodnia, wystąpił w przypadku około 11% osób, których dotyczyło pytanie o czas oczekiwania. Odsetek ten wyniósł od niewiele ponad 8% w przypadku osób w wieku co najmniej 60 lat, do niewiele więcej niż 13% w grupie wieku od 25 do 59 lat.

Z drugiej strony, najdłuższy czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, ponad 3 miesiące, wśród osób, których pytanie to dotyczyło, wystąpił u nieco ponad 34% respondentów: od prawie 27% w przypadku osób w wieku do 24 lat, do niemal 41% w najstarszej grupie wieku (60 lat lub więcej). Wyraźniej częściej najdłuższy czas oczekiwania występował w miastach niż na wsi (odpowiednio prawie 36% i około 31%) oraz wśród kobiet niż mężczyzn (odpowiednio prawie 36% i niemal 32%).

Porównanie wyników z kolejnych lat realizacji badania (2010, 2013, 2016 i 2020¹⁸) pokazuje, że odsetek tych, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w latach 2013, 2016 i 2020 utrzymywał się na podobnym poziomie około 2/5 osób i był znacząco niższy niż w roku 2010 (około 46%).

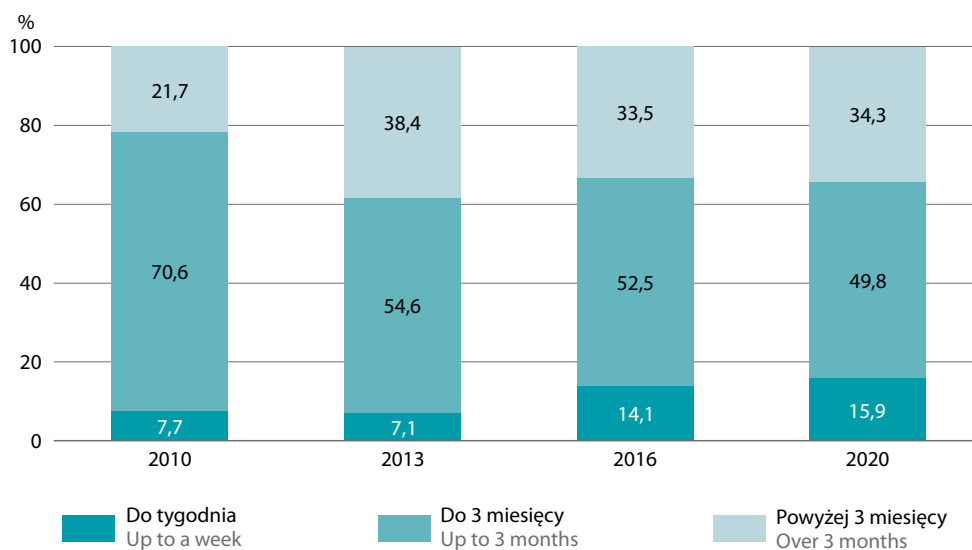
Wykres 35. Osoby, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w 2020 r.
Chart 35. People who were not asked about the waiting time for an appointment with a specialist doctor in 2020



18 Wymienione lata są latami odniesienia dla kolejnych edycji realizowanego badania.

Wśród tych, którzy odpowiedzieli na pytanie o czas oczekiwania, w stosunku do roku 2010 i 2013, gdy jedynie po około 7% deklarowało czas oczekiwania do tygodnia na wizytę u lekarza specjalisty, silnie wzrósł odsetek osób z takim czasem oczekiwania do około 14% w 2016 r. i prawie 16% w roku 2020. Równocześnie czas oczekiwania powyżej 3 miesięcy w latach 2016 i 2020 był podobny i wynosił około 33-34%, podczas gdy w roku 2013 wyniósł ponad 38%, a w roku 2010 – niecałe 22%.

Wykres 36. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty
Chart 36. Waiting time for an appointment with a specialist doctor



Czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentysty

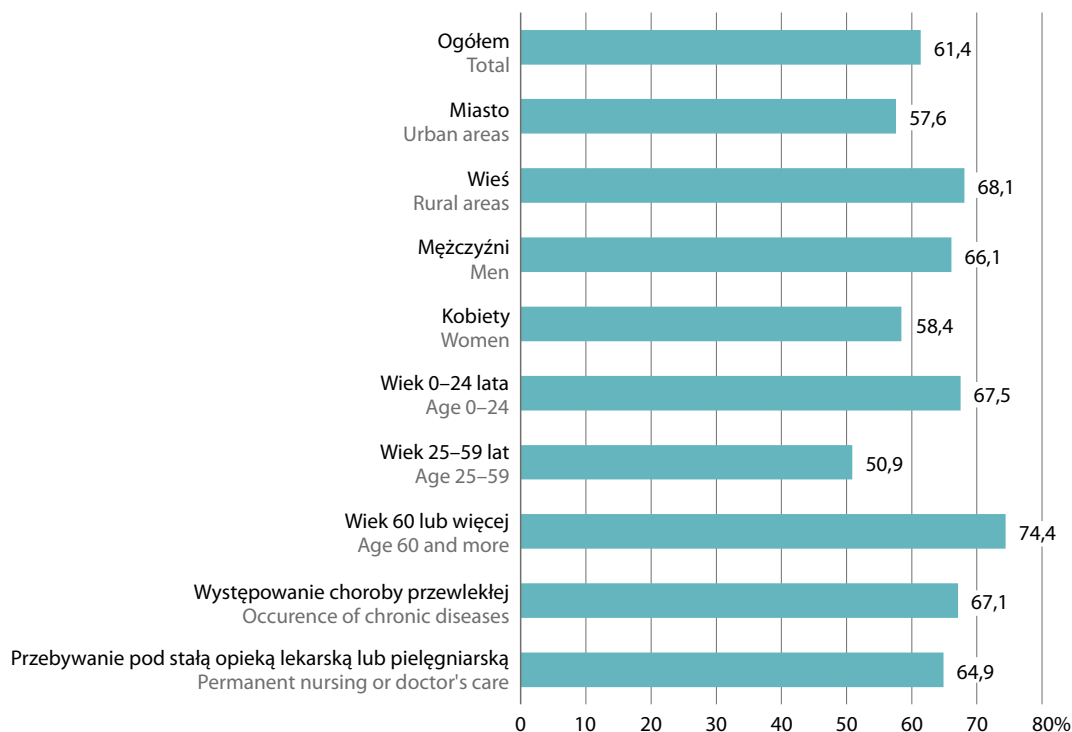
Waiting time for an appointment at the dentist's

W przypadku czasu oczekiwania na wizytę u lekarza dentysty pytanie to nie dotyczyło ponad 61% respondentów. Takiej odpowiedzi udzieliło prawie 51% osób ze środkowej grupy wieku (25-59 lat) i był to najniższy odsetek spośród analizowanych grup. Z drugiej strony wśród mieszkańców wsi, mężczyzn oraz osób najmłodszych, w wieku do 24 lat, a także osób z chorobami przewlekłymi i osób pod stałą opieką lekarza lub pielęgniarki około 2/3 osób wskazało, że nie dotyczy ich pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentysty, a w przypadku najstarszej grupy wieku (60 lat lub więcej) takich osób było niemal 3/4. W przypadku pozostałych analizowanych grup: mieszkańców miast i kobiet, odsetek ten wyniósł około 58%.

Najkrótszy czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentysty, nie dłużej niż dzień, dotyczył ponad 8% osób, które odpowiedziały na pytanie o czas oczekiwania i wahał się od prawie 7% w przypadku osób ze średniej grupy wieku (25-59 lat) oraz kobiet, do niemal 11% w przypadku mężczyzn oraz osób z najstarszej grupy wieku (60 lat lub więcej). Nieco dłuższy czas, ponad dzień, ale do tygodnia, wystąpił w przypadku prawie 27% osób, których dotyczyło pytanie o czas oczekiwania, od prawie 22% w przypadku osób w wieku do 24 lat do około 31% wśród osób najstarszych (60 lat lub więcej).

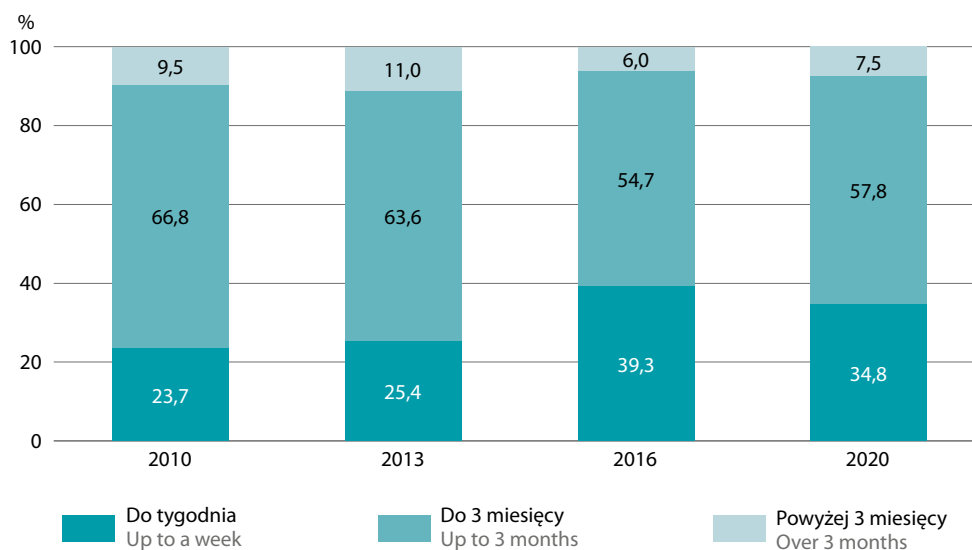
Najdłuższy czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentysty, ponad 3 miesiące, wśród osób, których pytanie to dotyczyło, wystąpił u 7,5% respondentów: od prawie 6% w przypadku osób mieszkających na wsi, do ponad 8% w miastach, w najmłodszej grupie wieku (0-24 lata) i wśród osób w przewlekłymi chorobami oraz do około 9% w grupie osób pod stałą opieką lekarza lub pielęgniarki.

Wykres 37. Osoby, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentysty w 2020 r.
 Chart 37. People who were not asked about the waiting time for an appointment with a dentist in 2020



Porównanie wyników z kolejnych lat realizacji badania (2010, 2013, 2016 i 2020¹⁹) pokazuje, że odsetek tych, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentysty w latach: 2010, 2016 i 2020, utrzymywał się na podobnym poziomie około 3/5 osób i był nieco wyższy niż w roku 2013 (około 55%).

Wykres 38. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza dentysty
 Chart 38. Waiting time for appointment with a dentist



¹⁹ Wymienione lata są latami odniesienia dla kolejnych edycji realizowanego badania.

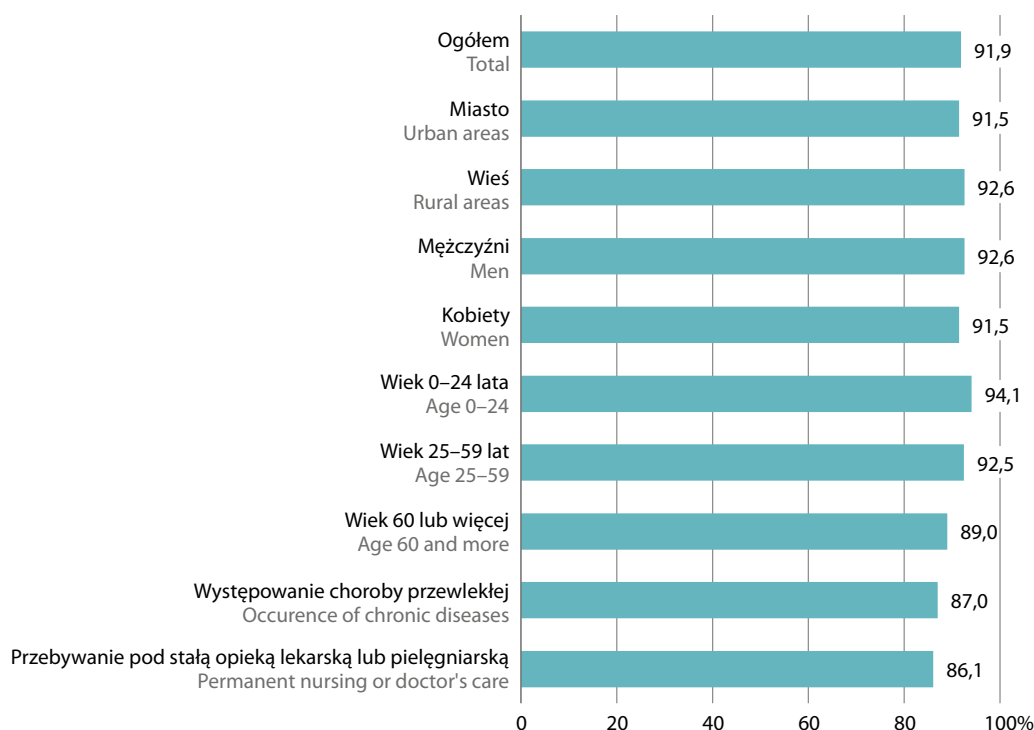
Wśród tych, którzy odpowiedzieli na pytanie o czas oczekiwania, w stosunku do roku 2010 i 2013, gdy jedynie około 24-25% deklarowało czas oczekiwania do tygodnia na wizytę u lekarza dentyisty, silnie wzrósł odsetek osób z takim czasem oczekiwania do ponad 39% w 2016 r. i następnie spadł do prawie 35% w roku 2020. Czas oczekiwania powyżej 3 miesięcy w latach 2016 i 2020 był wyraźnie niższy (około 55-58%) niż w latach 2010 i 2013 (64-67%).

Czas oczekiwania na pobyt w szpitalu

Waiting time for a hospital stay

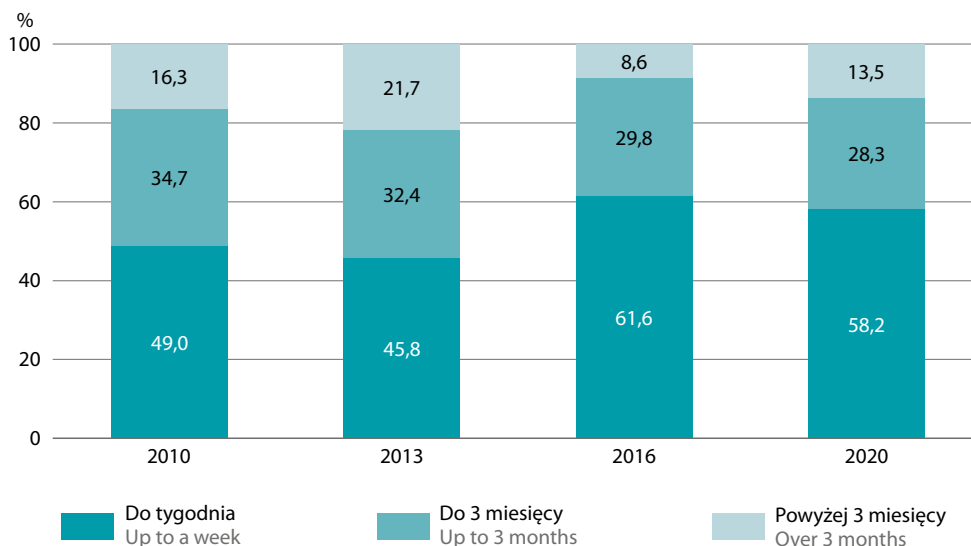
W przypadku czasu oczekiwania na pobyt w szpitalu²⁰ pytanie to nie dotyczyło niemal 92% osób: od około 86% osób pod stałą opieką lekarza i około 87% osób z chorobą przewlekłą, do około 94% osób z najmłodszej grupy wieku (0-24 lata) i prawie 93% mieszkańców wsi, osób ze środkowej grupy wieku (25-59 lat) oraz mężczyzn. W przypadku pozostałych analizowanych grup, odsetek takich odpowiedzi mieścił się w przedziale od 89% do ponad 91%.

Wykres 39. Osoby, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na pobyt w szpitalu w 2020 r.
Chart 39. People who were not asked about the waiting time for a hospital stay in 2020



²⁰ W 2020 r. 91,9% respondentów nie oczekiwało na pobyt w szpitalu.

Wykres 40. Czas oczekiwania na pobyt w szpitalu
Chart 40. Waiting time for a hospital stay



Wśród tych, którzy odpowiedzieli na pytanie o czas oczekiwania, w stosunku do roku 2010 i 2013, kiedy to około 46-49% deklarowało czas oczekiwania poniżej tygodnia na pobyt w szpitalu, znacznie wzrósł odsetek osób z takim czasem oczekiwania do prawie 62% w 2016 r. i następnie spadł do ponad 58% w roku 2020. Odsetek osób deklarujących czas oczekiwania powyżej 3 miesięcy silnie spadł pomiędzy rokiem 2013 (prawie 22%) a rokiem 2016 (prawie 9%), a następnie wzrósł do ponad 13% w 2020 r.

Najkrótszy czas oczekiwania na pobyt w szpitalu, nie dłużej niż dzień, dotyczył prawie 46% osób, które odpowiedziały na pytanie o czas oczekiwania i wahał się od nieco ponad 36% w przypadku osób z przewlekłymi chorobami, 37% z najstarszej grupy wieku (60 lat lub więcej) oraz 38% osób pod stałą opieką lekarza lub pielęgniarki, do ponad 55% w przypadku osób z najmłodszej grupy wieku (poniżej 25 lat). Nieco dłuższy czas, ponad dzień, ale do tygodnia, wystąpił w przypadku prawie 13% osób, których dotyczyło pytanie o czas oczekiwania: od nieco prawie 9% w przypadku osób w wieku poniżej 25 lat do nieco więcej niż 16% wśród mężczyzn i prawie 17% dla osób z chorobą przewlekłą.

Najdłuższy czas oczekiwania na pobyt w szpitalu, ponad 3 miesiące, wśród osób, których pytanie to dotyczyło, wystąpił u 13,5% respondentów: od nieco ponad 8% w przypadku mężczyzn do ponad 16% w przypadku kobiet, wśród osób z chorobami przewlekłymi i osób pod stałą opieką lekarza lub pielęgniarki oraz ponad 17% wśród osób z najmłodszej grupy wieku (0-24 lata).

Porównanie wyników z kolejnych lat realizacji badania (2010, 2013, 2016 i 2020²¹) pokazuje, że odsetek tych, których nie dotyczyło pytanie o czas oczekiwania na pobyt w szpitalu wzrósł od poziomu około 81-82% w latach 2010 i 2013 do ponad 88% w 2016 r. i prawie 92% w roku 2020.

3.4. Responsywność, czyli spełnienie oczekiwań pacjentów przez lekarzy

3.4. Responsiveness – meeting expectations of patients by doctors

Większość respondentów, korzystających z wizyt, była usatysfakcjonowana wyborem lekarza pierwszego kontaktu lub pediatry (w przypadku dzieci do ukończenia 18 roku życia), o czym świadczyło 23,6% bardzo zadowolonych i 68,5% raczej zadowolonych. W starszych grupach wieku, odsetek bardzo zadowolonych był największy. Zdecydowane niezadowolone z wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, odnotowano u niewielkiej grupy respondentów – wskazało tak 1,7% pacjentów (porównywalnie do wyniku w poprzedniej edycji badania). Raczej zadowolonych było – 6,2% korzystających.

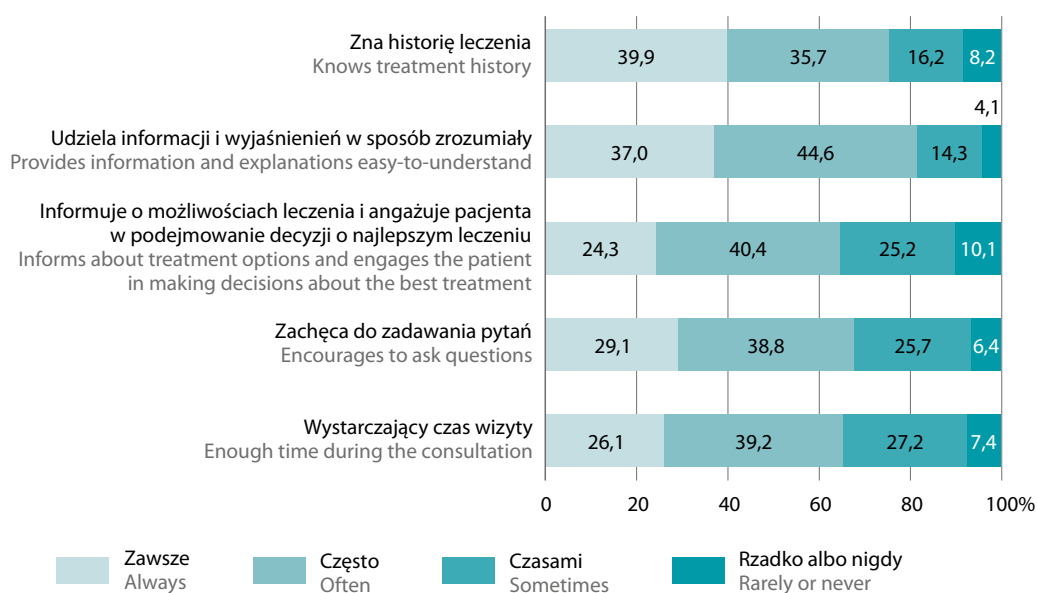
²¹ Wymienione lata są latami odniesienia dla kolejnych edycji realizowanego badania.

Przy ocenie powyższych danych należy pamiętać, że w 2020 r. służba zdrowia działała w warunkach pandemii COVID-19.

Miejsce zamieszkania respondenta (miasto lub wieś) nie było czynnikiem istotnie różnicującym ocenę stopnia zadowolenia wyboru lekarza pierwszego kontaktu. W przypadku mieszkańców zarówno miast, jak i wsi odsetek respondentów korzystających z wizyt bardzo zadowolonych lub raczej zadowolonych wyniósł ponad 90%.

W celu dokonania oceny kolejnego aspektu jakości relacji z lekarzem, respondentom zadano pytania odnoszące się do znajomości przez lekarza historii leczenia, udzielania informacji i wyjaśnień w zrozumiały sposób, angażowania pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, umożliwienia zadawania pytań oraz poświęcenia wystarczającego czasu podczas wizyty lekarskiej. Zagadnienia odnoszą się do najważniejszych praw pacjentów i stanowią ważny element oceny jakości opieki bezpośrednio sprawowanej przez lekarzy.

Wykres 41. Responsywność lekarzy w 2020 r.
Chart 41. Responsiveness of doctors in 2020

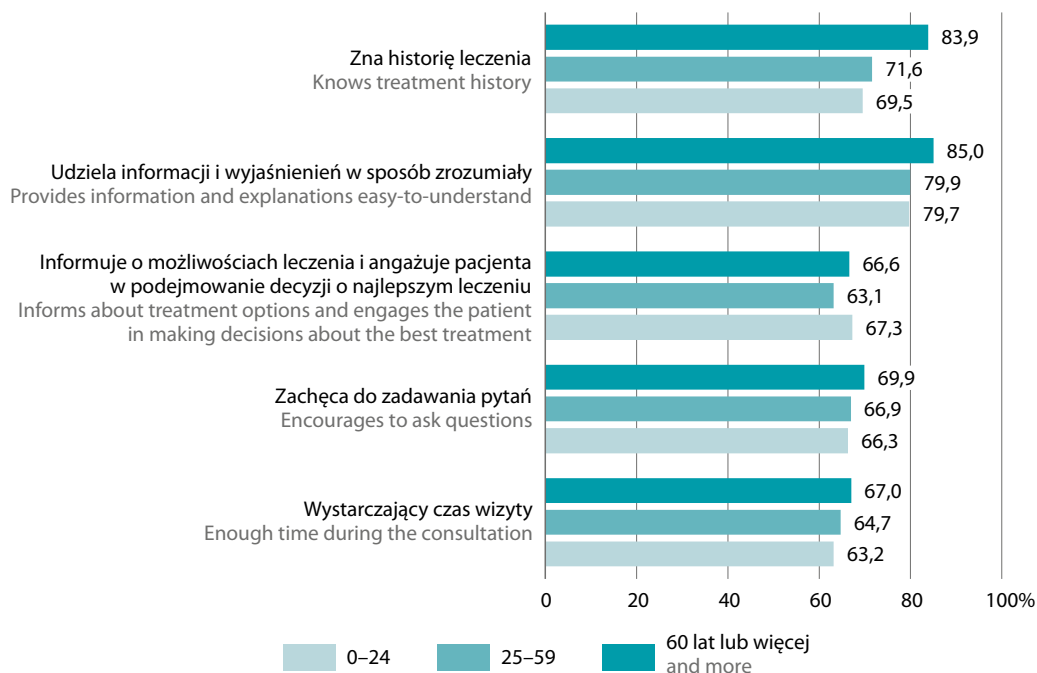


Respondenci najkorzystniej ocenili fakt, że lekarz udzielał informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały – 81,7% badanych odpowiedziało, że dzieje się tak zawsze lub często (o 10,4 p. proc. mniej niż w 2016 r.). W kwestii znajomości historii leczenia odpowiedzi: zawsze lub często wskazało trzech na czterech respondentów (75,6%, o 2,6 p. proc. mniej niż w 2016 r.). 39,9% udzielających odpowiedzi miało lekarza, który zawsze zna historię leczenia, a 37,0% respondentów miało lekarza, który zawsze udzielał informacji/wyjaśnień w zrozumiały sposób.

Gorzej ocenianymi obszarami, w stosunku do wcześniejszej edycji badania, były: możliwość zadawania pytań (67,9%, o 1,7 p. proc. mniej niż w 2016 r., odpowiedzi: zawsze lub często), wystarczający czas poświęcony przez lekarza podczas wizyty lekarskiej (65,3%, o 6,3 p. proc. mniej, odpowiedzi: zawsze lub często) i angażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczącej leczenia (64,7%, o 14,8 p. proc. mniej, odpowiedzi: zawsze lub często). W tym ostatnim aspekcie co dziesiąty pacjent odpowiadał, że dzieje się to rzadko lub nigdy.

Osoby w starszych grupach wieku, lepiej oceniały relację z lekarzem pierwszego kontaktu niż osoby młodsze.

Wykres 42. Responsywność lekarzy według wieku pacjentów w 2020 r. (odpowiedzi: zawsze lub często)
 Chart 42. Responsiveness of doctors by age of patients in 2020 (answers: always or often)

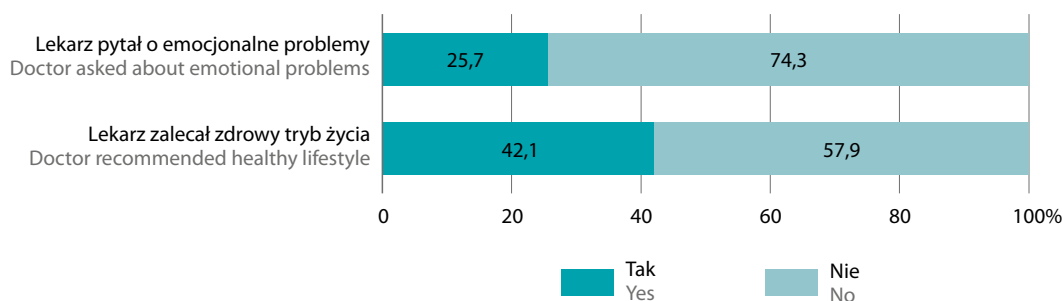


Blisko 40% ankietowanych, u których występowała choroba przewlekła albo pozostawali pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską, uznało, że lekarz zawsze znał historię choroby. Pacjenci będący w gorszej kondycji zdrowotnej, wskazywali na lepszą znajomość historii leczenia przez lekarza, co może wynikać z faktu częstszych kontaktów i lepszej znajomości problemów zdrowotnych tych pacjentów.

Responsywność lekarzy stanowi jeden z istotniejszych problemów podejmowanych w standardach akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej. Odpowiednia postawa lekarza, ułatwia pacjentowi zrozumienie problemów związanych z chorobą oraz angażowanie się w proces leczenia. Pozwala zarówno pacjentowi, jak i jego rodzinie, postępować w sposób dużo korzystniejszy z medycznego punktu widzenia i buduje wzajemne relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Respondentom zadano również pytanie o to, czy lekarz pierwszego kontaktu podczas wizyt zalecał zdrowy tryb życia i czy pytał o problemy emocjonalne. Tylko co czwarty ankietowany (25,7%) usłyszał od lekarza pytanie o problemy emocjonalne i mniej niż połowa (42,1%) – zalecenia dotyczące zdrowego trybu życia. Zgodnie z deklaracją respondentów, zalecenia takie częściej kierowane były do ludzi powyżej 60 r. życia i do osób przewlekle chorych.

Wykres 43. Rozeznanie lekarza w potrzebach zdrowotnych pacjentów w 2020 r. (w %)
 Chart 43. Doctor's recognition of patient health care needs in 2020 (in %)



3.5. Niekorzystanie z usług zdrowotnych mimo istnienia takiej potrzeby

3.5. Non-using of medical services despite the need

Niekorzystanie z porad lekarza POZ

Non-using GP consultations

W 2020 roku 6,1% członków gospodarstw domowych (5,2% mężczyzn i 6,9% kobiet) nie skorzystało z usług lekarza POZ mimo istnienia takiej potrzeby. W 2016 roku tych osób było nieco więcej – 7%, w 2013 r. – 5%, a w 2010 r. znacznie więcej – blisko 12%. Należy zaznaczyć, iż oceny dotyczące istnienia potrzeby korzystania z usług zdrowotnych, były odpowiedziami subiektywnymi respondentów.

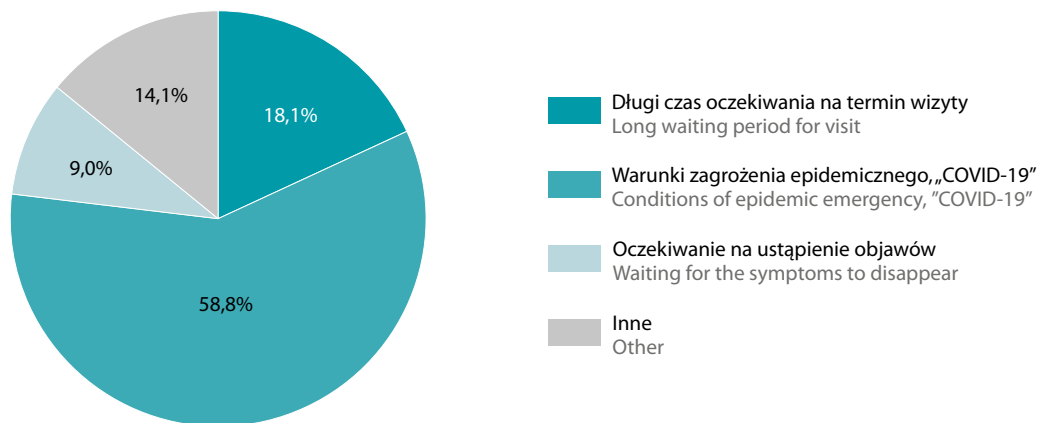
Osobami, które nie korzystały z porady lekarskiej w ramach POZ, mimo takiej potrzeby, były najczęściej osoby w wieku aktywności zawodowej (25-59 lat) oraz w wieku 60 lat lub więcej – odpowiednio 6,9% oraz 8,7%.

Inne cechy społeczno-demograficzne respondentów nie różnicowały znacząco uzyskanych odpowiedzi.

Zdecydowanie najwięcej osób, jako przyczynę niekorzystania z porad lekarzy POZ, wymieniło zagrożenie epidemiczne związane z chorobą zakaźną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 – 58,8% oraz długi czas oczekiwania na termin wizyty – 18,1%, a 9,0% respondentów wskazało oczekiwanie na ustąpienie objawów. Na kolejnym miejscu wymieniono – inne przyczyny. W porównaniu do lat wcześniejszych, nastąpiła znacząca zmiana w postaci wystąpienia nowej, dotąd nieobecnej przyczyny rezygnacji, związanej z epidemią choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w Polsce, zwanej COVID-19.

Wśród osób chorych przewlekle, ponad 10% i ponad 9% wśród osób pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską, zrezygnowało z powyższych usług.

Wykres 44. Przyczyny niekorzystania z porad lekarza POZ w 2020 r.
Chart 44. Reasons for not using GP consultations in 2020



Trudności, na które wskazywano jako przyczynę nieskorzystania z porady lekarskiej, chociaż była taka potrzeba zdrowotna, mogły być powiązane z ograniczeniami wynikającymi z wieku, stanu zdrowia, miejsca zamieszkania czy sytuacji finansowej.

Niekorzystanie z porad lekarzy specjalistów

Non-using specialist doctor's consultations

Pomimo istnienia potrzeby, z porad lekarza specjalisty w roku 2020 nie skorzystało 5,9% członków gospodarstw domowych. W roku 2020 odsetek osób rezygnujących z wizyty u lekarza specjalisty był porównywalny

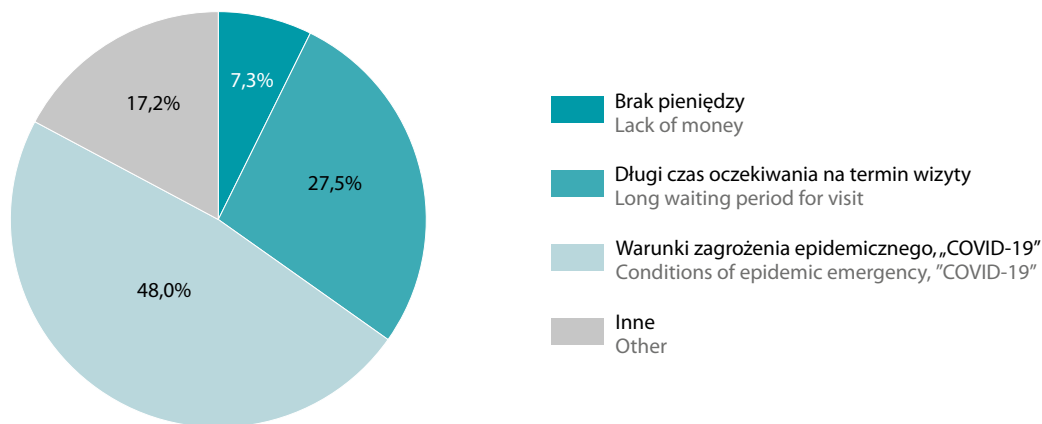
do odnotowanego w 2016 roku (5,3%). Kobiety częściej deklarowały, że nie korzystały z porad lekarza specjalisty pomimo, że zaistniała taka potrzeba (7,3% wobec 4,4% mężczyzn).

W grupie wieku 60 lat lub więcej, nie korzystało z usług, pomimo takiej potrzeby – 9,2% osób, w wieku 25-59 lat prawie 6% a w grupie wieku 0-24 lata – 2,5%.

Wśród osób chorych przewlekle ponad 10% i ponad 9% wśród osób pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską, zrezygnowało z usług lekarzy specjalistów.

Główną przyczyną rezygnacji z porady u lekarza specjalisty, było zagrożenie epidemiczne choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej COVID-19. Taką przyczynę wskazało w 2020 roku 48% ankietowanych, którzy zrezygnowali z wizyty mimo istnienia takiej potrzeby. Długi czas oczekiwania był powodem rezygnacji w przypadku prawie 28% respondentów. Zaobserwowano spadek wybierania tej odpowiedzi w porównaniu do roku 2016, gdy 46% respondentów wskazywało tę przyczynę, jako główny powód rezygnacji z usługi. Jednak należy wziąć pod uwagę zmianę możliwych odpowiedzi, w związku z pandemią. Kolejnym powodem rezygnacji, były niewystarczające środki związane z kosztem wizyty u lekarza specjalisty. Taką odpowiedź wybrało 7,3% ankietowanych, podczas gdy w 2016 przyczynę finansową wskazywało 13% odpowiadających.

Wykres 45. Przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów w 2020 r.
Chart 45. Reasons for not using specialist doctor's consultations in 2020



Niekorzystanie z usług stomatologicznych

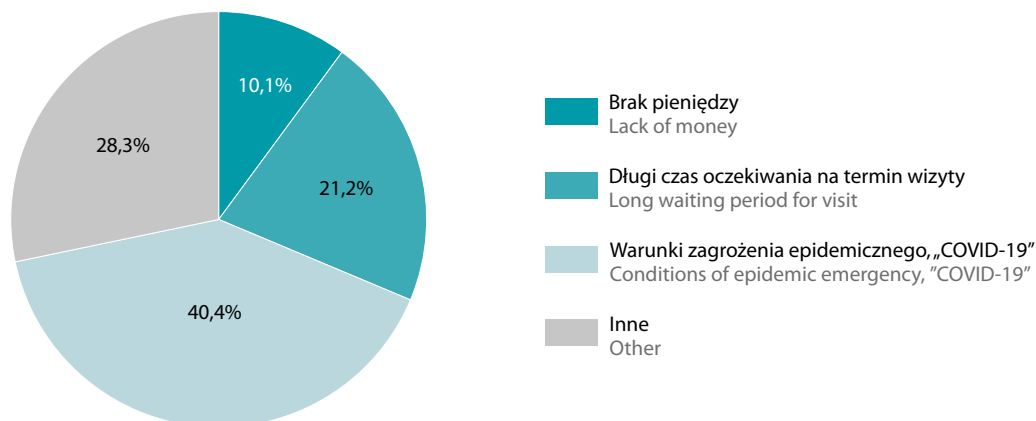
Non-using dental consultations

Z usług stomatologicznych w 2020 roku nie skorzystało, mimo istnienia takiej potrzeby, 3,8% członków gospodarstw domowych (3,2% mężczyzn i 4,3% kobiet). Odsetek ogółem w 2020 roku był niższy o 1,5 p. proc. w porównaniu z rokiem 2016 (5,3%) i o 0,6 p. proc. niższy niż w 2013 roku (4,4%).

Ponad 40% potrzebujących wizyty stomatologicznej zrezygnowało z niej z powodu pandemii COVID-19.

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.

Wykres 46. Przyczyny niekorzystania z usług stomatologicznych w 2020 r.
Chart 46. Reasons for not using dental consultations in 2020



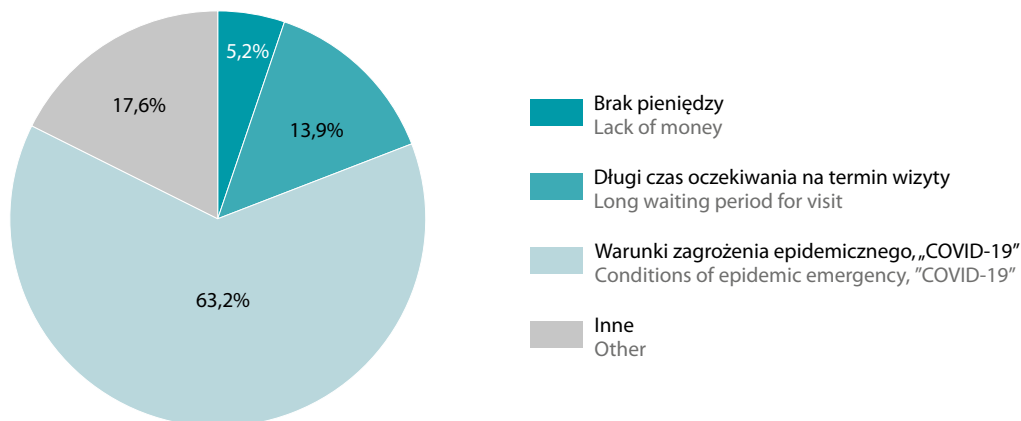
Niewykonanie badań diagnostycznych Non-performance medical diagnostic tests

Na pytanie dotyczące niewykonania badań diagnostycznych, chociaż istniała taka potrzeba, odpowiedzi pozytywnej udzieliło 3,1% respondentów, czyli o 1 p. proc. więcej niż w roku 2016 (2,1%). Częściej rezygnowały z badań kobiety niż mężczyźni (3,8% kobiet wobec 2,3% mężczyzn). W starszych grupach wieku odsetek ten wzrósł od 2,6% (25-59 lata) do 6% (60 lub więcej lat).

W przypadku osób chorych przewlekłe rezygnowało z badań ponad 6%, a w przypadku osób pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską ponad 5%.

Przyczyną dominującą rezygnacji z wykonania badań diagnostycznych, mimo takiej potrzeby, tak jak w innych rodzajach świadczeń, były warunki zagrożenia epidemicznego choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej COVID-19 (63,2%). Kolejne to: długi czas oczekiwani na termin wizyty (13,9%) i brak pieniędzy (5,2%). Należy zwrócić uwagę, że w poprzednim badaniu przyczynę „brak skierowania” wskazało 19% osób, podczas gdy w 2020 roku było to 0,8%.

Wykres 47. Przyczyny niewykonania badań diagnostycznych w 2020 r.
Chart 47. Reasons for not performing medical diagnostic tests in 2020



Niewykonanie zabiegów

Non-performance medical procedure

Rezygnację z wykonywanych zabiegów wskazało 1,3% respondentów. Nieznacznie częściej rezygnowały z zabiegów kobiety niż mężczyźni (1,6% kobiet wobec 1,0% mężczyzn). Bardzo rzadko z zabiegów rezygnowały osoby z młodszych grup wieku. Z wykonywania zabiegów najczęściej rezygnowały osoby w wieku 60 lat lub więcej, które stanowią prawie połowę osób rezygnujących.

Wśród mieszkańców miast prawie 1,8% osób, a wśród mieszkańców wsi 0,6% osób zrezygnowało z usług.

Inne charakterystyki społeczne i demograficzne nie różnicowały częstości deklaracji dotyczących niekorzystania z zabiegów.

3.6. Trudności napotkane w czasie korzystania z usług medycznych

3.6. Particular difficulties while using medical services

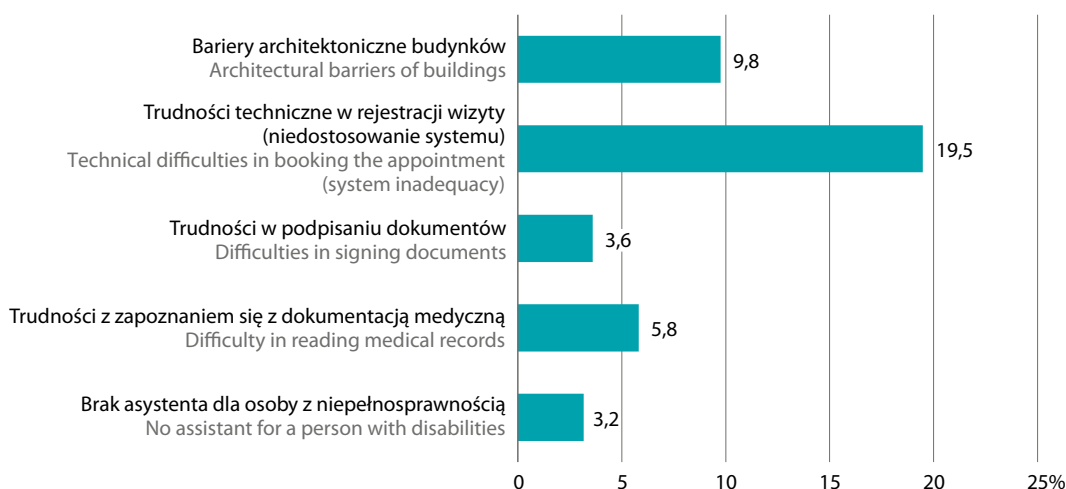
W ocenie jakości usług medycznych uwzględniono również opinie dotyczące trudności technicznych oraz trudności w kontaktach z personelem²².

Wśród osób korzystających z usług, jako najczęstszy problem techniczny wskazywano trudności w rejestracji na wizytę – 19,5%.

Kolejnym problemem były bariery architektoniczne – 9,8% osób wymieniło tą trudność i równocześnie ponad dwukrotnie więcej mieszkańców miast niż mieszkańców wsi – odpowiednio 12,8% i 5,0%.

Trudności z zapoznaniem się z dokumentacją medyczną napotkało 5,8% osób. Widoczne są nieznaczne różnice w opiniach kobiet i mężczyzn, gdyż na taki problem wskazało 6,1% kobiet i 5,4% mężczyzn.

Wykres 48. Trudności techniczne napotkane w czasie korzystania z usług medycznych w 2020 r.
Chart 48. Particular technical difficulties while using medical services in 2020



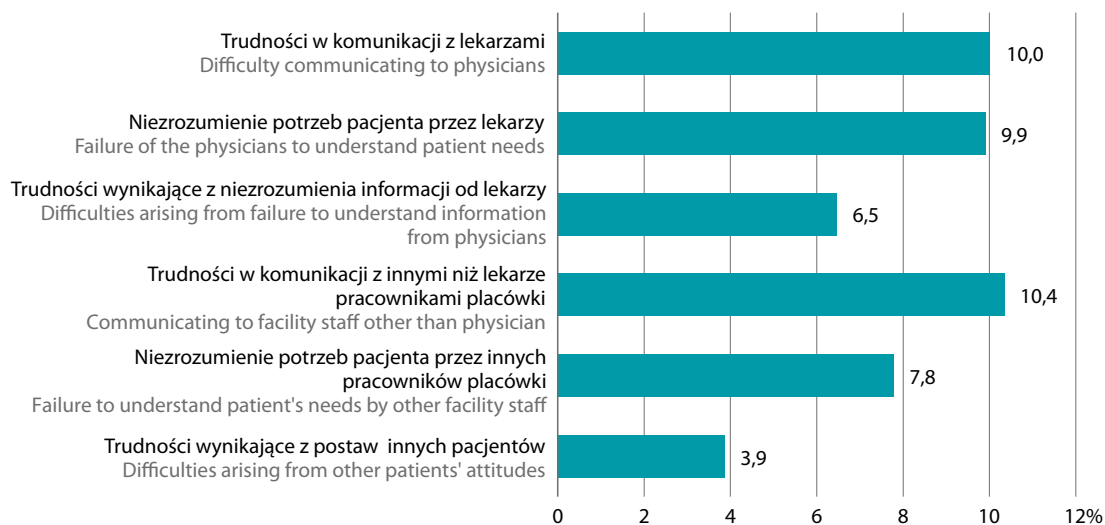
²² Pytania zostały zadane:

- osobom niepełnosprawnym prawnie – posiadającym orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Zespół Orzekania o Niepełnosprawności;
- osobom w wieku 15 lat lub więcej (bez wywiadów zastępczych), które z powodu problemów zdrowotnych mają ograniczone zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwające 6 miesięcy lub dłużej.

W zakresie kontaktu z personelem respondenci wskazywali najczęściej na problemy dotyczące trudności w rozmowie z lekarzem (10,0%) i innym personelem (10,4%), a także niezrozumienie potrzeb pacjenta przez lekarza (9,9%) oraz przez innych pracowników placówki opieki zdrowotnej (7,8%).

Na trudności w kontakcie z lekarzem częściej wskazywały kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 11,0% i 8,4%) oraz częściej mieszkańcy miast niż mieszkańcy wsi (odpowiednio 11,1% i 8,4%).

Wykres 49. Trudności w kontaktach z personelem napotkane w czasie korzystania z usług medycznych w 2020 r.
Chart 49. Particular in dealing with the staff difficulties while using medical services in 2020



Rozdział 4.

Chapter 4.

Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2020 r.

Household expenditure on health care in 2020

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 zarówno z cechami demograficzno-społecznymi, jak i m.in. ze stanem zdrowia ankietowanych osób. W badaniu uwzględniono potrzebę pozyskania informacji niezbędnych do oszacowania wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w strukturze porównywalnej do klasyfikacji funkcjonalnej zgodnej z klasyfikacją funkcjonalną SHA 2011, uwzględnianych w Narodowym Rachunku Zdrowia. Badanie Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych było zrealizowane w styczniu 2021 r. i objęło wszystkie gospodarstwa domowe, które wzięły udział po raz drugi w badaniu budżetów gospodarstw domowych (2. próbką) w IV kwartale 2020 r.²³

Badaniem objęte są wydatki gospodarstw „bezpośrednio z kieszeni” („out-of-pocket”) na zakup usług i produktów opieki zdrowotnej, które stanowią wydatki prywatne gospodarstw domowych. W badaniu, wychodząc od najbardziej zagregowanych grup wydatkowych, wyróżniono dwie podstawowe grupy wydatków związanych z leczeniem i trzecią, obejmującą zakup produktów medycznych.

Pierwsza grupa to roczne wydatki związane z pobytem osób w szpitalu lub w innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (szpital: ogólny, specjalistyczny, uzdrowiskowy, psychiatryczny, sanatorium, zakład uzdrowiskowy, zakład opieki długoterminowej itd.).

Drugą grupę stanowią wydatki kwartalne osób 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 istotną badaną grupę wydatków stanowią wydatki gospodarstw na produkty medyczne, tj. leki i inne artykuły medyczne (kwartalne) oraz medyczne dobra trwałego użytku (roczne).

Stosowanie w badaniu metody reprezentacyjnej stanowi podstawę do uogólniania uzyskanych dla badanej próby wyników na populację generalną. W przypadku badania dotyczącego 2020 r. wyniki uogólniano z losowej próby 4,0 tys. gospodarstw domowych (z 10,4 tys. osób) na pełną zbiorowość, tj. 13,6 mln gospodarstw domowych w Polsce (z 38,0 mln osób w indywidualnych gospodarstwach domowych).

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.

²³ Badanie budżetów gospodarstw domowych bazuje na Klasyfikacji Spożycia Indywidualnego według Celu – COICOP. Istotna różnica dotyczy kilku kategorii „wydatki na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku” w badaniu „Ochrona zdrowia ...”. Jej odpowiednikiem w Badaniu budżetów gospodarstw domowych jest zbiorcza kategoria „wyroby medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny”. W Badaniu budżetów ortodoncja jest klasyfikowana w specjalistycznej opiece, a w badaniu „Ochrona zdrowia ...” znajduje się w stomatologii. W każdym miesiącu w badaniu uczestniczą inne gospodarstwa domowe, które notują w tym okresie swoje rozchody i przychody. Stąd mogą pojawiać się różnice w wydatkach z BBGD oraz opisywanego badania.

Według wyników badania – gospodarstw domowych, które w 2020 r. poniosły wydatki na wizyty u lekarzy było 62,1%, wydatki na wizyty u lekarzy dentyistów – 49,4%, na badania medyczne – 46,6%, na zakupy sprzętu medycznego – 27,4%, na pobyty w szpitalach – 10,8%, a na zabiegi rehabilitacyjne – 12,1%. Wydatki na zakup leków poniosło natomiast aż 97,3% gospodarstw domowych.

Podstawowym przedmiotem prezentowanej tu analizy są uogólnione wyniki badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.”, tj. średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w całej populacji gospodarstw domowych w Polsce, ich struktura i zmiany w porównaniu z wynikami poprzedniego badania (dotyczącego 2016 r.).

Ponadto – w celu zobrazowania obciążeń w gospodarstwach, które faktycznie korzystały w badanym okresie z opieki zdrowotnej i ponosiły wydatki na ten cel – analizie poddano także średnie wydatki na osobę w gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba korzystała w 2020 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 poziomu tych wydatków – w podziale na ich różne kategorie.

4.1. Poziom i struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem

4.1. The level and structure of household expenditures on health care in total

Przystępując do analizy prywatnych bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2020 r. warto zwrócić uwagę na fakt, że – jak wynika z badania – 98,0% członków gospodarstw domowych posiadało uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a 9,2% – uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ – ubezpieczenia, abonamenty). Równocześnie 35,3% członków gospodarstw domowych chorowało przewlekłe, a 7,7% miało poważne problemy zdrowotne. Pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską znajdowało się natomiast 34,0% członków gospodarstw domowych.

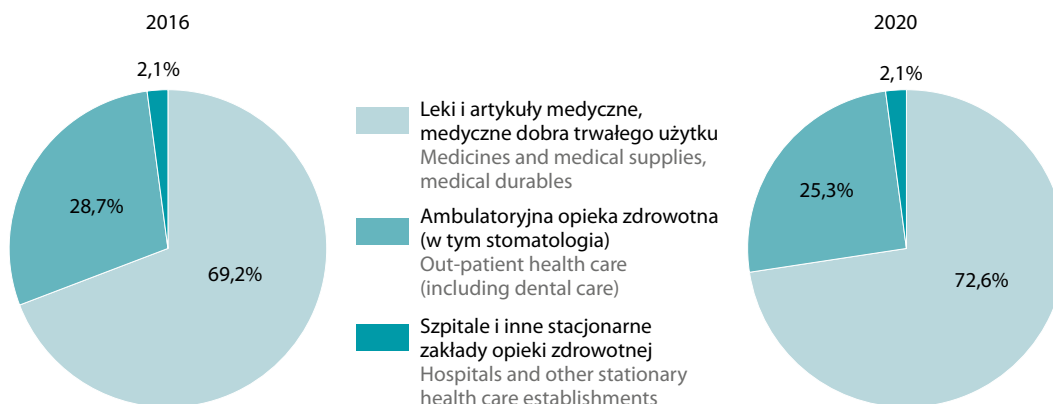
W całej populacji gospodarstw domowych w Polsce średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę wyniosły w 2020 roku 66,58 zł²⁴. W porównaniu z wydatkami w 2016 r. były one o ponad 20% większe. Wśród wielu czynników różnicujących wysokość tych wydatków, warto zwrócić uwagę na miejsce zamieszkania – w mieście lub na wsi. Przeciętny członek gospodarstwa domowego usytuowanego w mieście wydał w 2020 r. na ochronę zdrowia 74,30 zł, czyli o 36% więcej niż w przypadku członka gospodarstwa znajdującego się na wsi (54,57 zł).

W przeliczeniu na osobę w gospodarstwach, w których ktokolwiek poniósł wydatek na dany cel średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną wyniosły 869,51 zł, a na leki i inne artykuły farmaceutyczne 43,66 zł.

Natomiast w przeliczeniu na osobę w gospodarstwach, z których ktokolwiek był w 2020 r. w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej przeciętne miesięczne wydatki wyniosły 8,08 zł.

²⁴ Łącznie z wydatkami na dobra medyczne trwałego użytku. Łącznie z wydatkami na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego (0,78 zł miesięcznie na osobę, tj. 1,2% całości wydatków), które w dalszej części analizy pominięto, z uwagi na trudność zakwalifikowania w strukturze wydatków.

Wykres 50. Struktura bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia
 Chart 50. The structure of direct household expenditure on health care



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 2016 r. (z 69,2% do 72,6%). Na niemal tym samym poziomie pozostał natomiast udział wydatków gospodarstw ‘out-of-pocket’ na stacjonarną opiekę zdrowotną (2,1%), zaś udział wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną spadł (z 28,7% do 25,3%). Wystąpiły niewielkie różnice pomiędzy wysokością średnich miesięcznych wydatków gospodarstw domowych na osobę w 2016 r. i 2020 r. na ambulatoryjną opiekę ich wysokość spadła z 17,28 zł do 16,66 zł, na stacjonarną opiekę zdrowotną wzrosła z 1,28 zł do 1,35 zł, a na leki i inne artykuły medyczne wzrosła z 38,09 zł do 42,60 zł. 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 2016 r. i we wcześniejszych jego edycjach.

4.2. Wydatki na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku

4.2. Expenditure on medicines, other medical supplies and medical durables

W 2020 roku²⁵ przeciętne miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne w całej populacji ludności gospodarstw domowych w Polsce wyniosły przeciętnie 42,60 zł na osobę i stanowiły 64,7%, a łącznie z wydatkami na medyczne dobra trwałego użytku (5,19 zł) – 72,6% średnich miesięcznych bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem²⁶. Niewiele wyższe były średnie miesięczne wydatki na osobę na leki i inne artykuły medyczne w gospodarstwach je kupujących (wyniosły 43,66 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 domowego. Podobnie jak w poprzedniej edycji badania, znacznie wyższy poziom opisywanych wydatków, przypadających średnio miesięcznie na osobę, odnotowano w 2020 r. w gospodarstwach z osobami mającymi poważne problemy zdrowotne (55,81 zł, tj. o 31,0% więcej niż przeciętnie dla ogółu gospodarstw domowych) oraz tych, w których są osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (66,61 zł, tj. o 56% więcej niż przeciętnie), a także w gospodarstwach domowych z osobami przewlekle chorymi (54,07 zł, tj. o ponad jedną czwartą więcej).

Wśród typów gospodarstw wyższe niż przeciętne miesięczne wydatki na osobę na leki i artykuły medyczne odnotowano m.in. w gospodarstwach emerytów (o 86,4% więcej niż przeciętnie – 79,41 zł) i rencistów

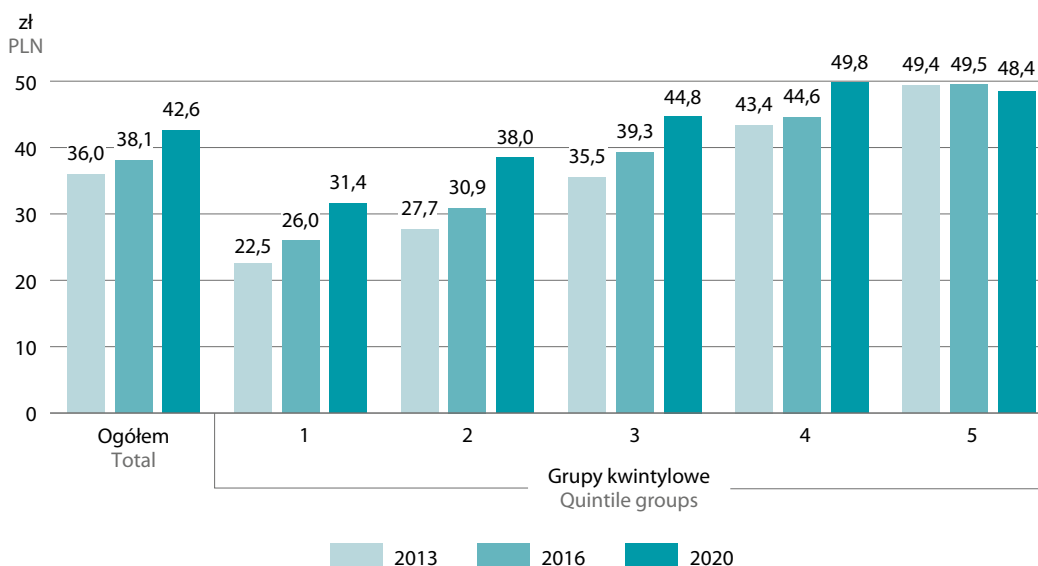
²⁵ Tzn. w IV kwartale 2020 r.

²⁶ Łącznie z wydatkami na dobra medyczne trwałego użytku (np. okulary korekcyjne, soczewki kontaktowe, protezy itp.); bez wydatków na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego. Średnia kwota miesięcznych wydatków na wyroby medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny wynikająca z badania budżetów gospodarstw domowych przy innym ich sklasyfikowaniu w 2020 r. wyniosła 40,68 zł na osobę.

(o 91,3% więcej – 81,50 zł). Biorąc pod uwagę liczbę osób w gospodarstwie najwyższe miesięczne wydatki na osobę ponosiły gospodarstwa jednoosobowe (ponad dwukrotnie więcej niż przeciętnie – 90,93 zł) oraz dwuosobowe (66,06 zł), a najniższe – te liczące 6 osób lub więcej (22,26 zł). Należy przy tym zauważyć, iż gospodarstwa jedno- i dwuosobowe są często jednocześnie gospodarstwami emerytów lub rencistów. Poziom opisywanych przeciętnych miesięcznych wydatków wykazuje także zróżnicowanie w zależności od miejsca zamieszkania członków gospodarstw, będąc o 24,4% wyższym w miastach (46,14 zł) niż na wsi (37,08 zł).

Wykres 51. Średnie miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i w grupach kwintylowych

Chart 51. Average monthly expenditure on medicines and other medical supplies per capita in total households and in quintile groups



W badaniu dotyczącym IV kwartału 2020 r., podobnie jak w poprzednich jego edycjach, obserwuje się wzrost przeciętnych wydatków na leki i artykuły medyczne w kolejnych grupach kwintylowych według przeciętnych dochodów gospodarstw domowych, w wyjątku nieco niższej ich wartości w roku 2020 w V grupie kwintylowej niż w IV.

Przeciętne miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych na dobra medyczne trwałego użytku w 2020 r. wyniosły 5,19 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 (9,35 zł) był 2,5 razy wyższy niż w 20% gospodarstw o najniższych dochodach na osobę (3,64 zł). Omawiane wydatki są też zróżnicowane w zależności od klasy miejscowości zamieszkania gospodarstwa domowego – w miastach ich poziom (6,36 zł) był o 88,2% wyższy niż na wsi (3,38 zł), w tym w miastach największych (o liczbie 500 tys. lub więcej ludności) – niemal trzykrotnie wyższy (9,00 zł).

Zaobserwowano także, że przeciętne miesięczne 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 kilkadziesiąt procent wyższe niż przeciętne wydatki na osobę na charakteryzowane dobra odnotowano w 2020 r. w gospodarstwach z osobami chorymi przewlekle (o 23,8%) oraz w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (o 40,0%) oraz w gospodarstwach z osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności (o 84,4%).

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

4.3. The assessment of expenditure on medicines and other medical supplies and medical durables

Większość gospodarstw domowych (97,3%) w 2020 r. poniosła wydatki na leki. Wśród nich 38,1% stwierdziło, że wydatki te były bardzo duże albo duże, średnie 36,5%, małe lub bardzo małe 22,8%.

W przypadku gospodarstw domowych emerytów i rencistów najczęściej oceniano kwotę wydatków na leki jako bardzo dużą lub dużą (odpowiednio 53,1% oraz 57,8%). Taka ocena przeważała także w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne, gdzie prawie 3/5 gospodarstw określiło swoje wydatki na leki jako duże lub bardzo duże (59,0%) oraz w gospodarstwach z osobami chorymi przewlekłe (52,8%). Podobnie kształtowała się samoocena poziomu wydatków wśród osób z orzeczoną niepełnosprawnością prawną, gdzie odsetek odpowiedzi wskazujących na bardzo dużą lub dużą wysokość wydatków wystąpił u ponad połowy respondentów.

Tablica 6. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na zakup leków w 2020 r.
Table 6. Households by assessment of expenditure on medicines in 2020

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na zakup leków (samoocena) The level of expenditure on medicines (self-assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem Total households	38,1	36,5	22,8	2,7
Miasta Urban areas	35,5	37,3	24,3	3,0
Wieś Rural areas	43,5	34,8	19,7	2,0
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekłe persons with chronic diseases	52,8	35,1	11,7	0,4
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	59,0	27,9	12,9	0,2
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	53,1	33,1	12,9	0,8
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	57,8	29,9	11,0	1,4

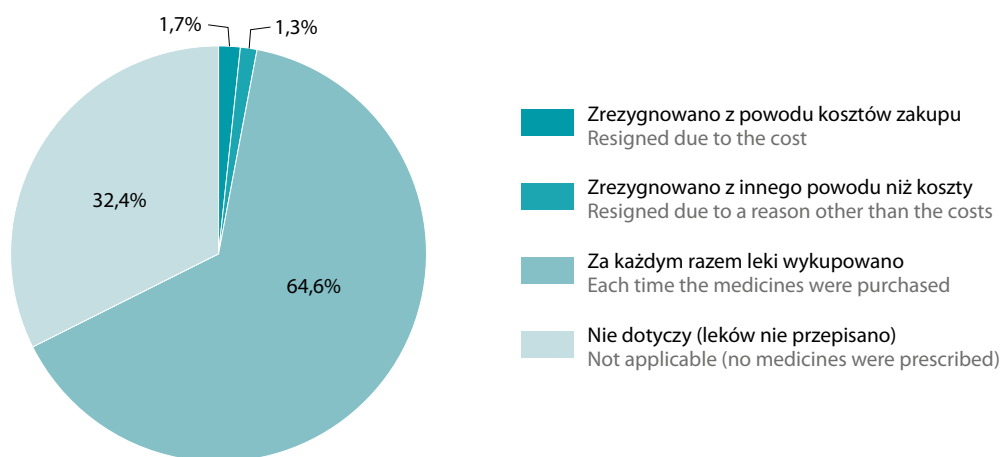
Spośród gospodarstw domowych kupujących leki, 90,2% nabywało w 2020 r. leki przepisane na receptę (w 2016 r. było to 93,0%), jednocześnie 91,2% nabyło leki z własnej inicjatywy (podobnie jak w 2016 r.), a 52,3% – leki zalecane, lecz nie przepisane na receptę (w 2016 r. – 51,5%). Przewyższający 95% odsetek kupujących leki na receptę wśród ogółu kupujących leki odnotowano w 2020 r. m.in. w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne, gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi, z osobami chorymi przewlekłe oraz gospodarstwach liczących 6 lub więcej osób. Podobnie jak we wcześniejszych edycjach badania, zaobserwowano także, że w gospodarstwach emerytów i rencistów częściej niż w przypadku ogółu gospodarstw kupujących leki nabywano leki przepisane na receptę (odpowiednio 96,0% i 95,1%), a jednocześnie nieco rzadziej – leki z własnej inicjatywy (odpowiednio 88,5% i 82,5%).

Prawie 2/3 (65,2%) gospodarstw kupujących w 2020 r. leki na receptę lub zalecane przez lekarza nie miała w tym zakresie ograniczeń finansowych. Z kolei w przypadku 3,9% gospodarstw kupujących takie leki zdarzało się, że nie wystarczało pieniędzy na ich wykupienie (w tym w 0,9% – bardzo często), natomiast 30,9% – 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 2020 r. zróżnicowanie ocen w przekroju opartym o dochód na osobę – w grupach kwintylowych gospodarstw domowych. Ograniczenia finansowe wskazały w znacznym stopniu gospodarstwa utrzymujące się z renty (59,7%), emerytury (46,3%), jednoosobowe (47,6%), z osobami chorymi przewlekle (41,7%) i ze stopniem niepełnosprawności prawnej (od 42,8% do 55,5%) oraz z poważnymi problemami zdrowotnymi (44,8%).

W kwestionariuszu indywidualnym DS-50 I zawarto pytanie dotyczące rezygnacji w 2020 r. z zakupu leków przepisanych przez lekarza. Okazało się, że lekarz nie przepisał leków 32,4% respondentów w 2020 r. Natomiast 64,6% osób wykupowało za każdym razem przepisane leki. Niestety, 1,7% osób zrezygnowało z wykupu z powodu kosztów, a 1,3% z innego powodu niż koszty.

Wykres 52. Osoby według rezygnacji z zakupu leków przepisanych przez lekarza według przyczyny niewykupowania leków w 2020 r.

Chart 52. People by resignation from the purchase of medicines prescribed by a doctor by the reason for not buying medicines in 2020



Badane gospodarstwa domowe proszono także o ocenę poziomu wydatków poniesionych na zakup sprzętu medycznego. Znaczny był odsetek gospodarstw twierdzących, że nie poniosły one w 2020 r. wydatków na ten cel (72,6%). Z pozostałych: 11,4% gospodarstw oświadczyło, że ich wydatki na zakup sprzętu medycznego były małe lub bardzo małe, 9,2% średnie oraz 6,8% duże lub bardzo duże. 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 z poważnymi problemami zdrowotnymi (11,7%) oraz gospodarstwa z osobami chorymi przewlekle (8,3%).

4.4. Wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną

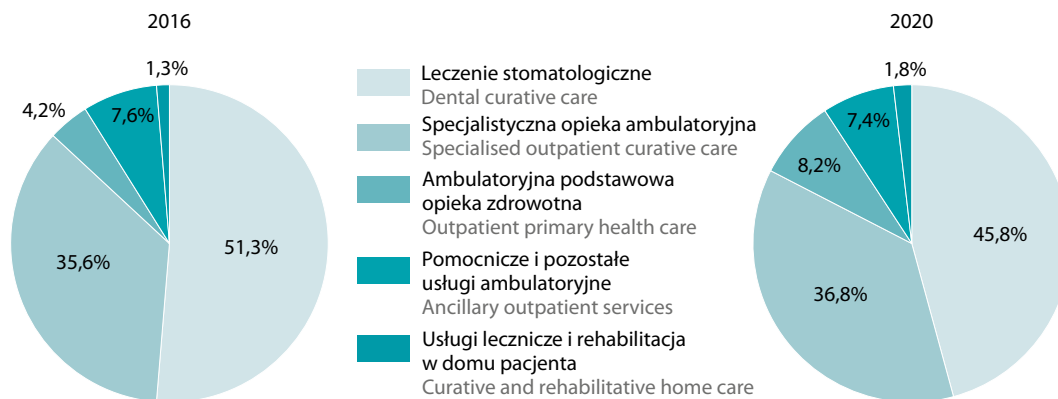
4.4. Expenditure on outpatient health care

Wyliczone na podstawie badania dotyczącego IV kwartału 2020 r. i uogólnione na całą populację gospodarstw domowych w Polsce średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 2020 r. wyniosły 16,66 zł na osobę²⁷. Oznacza to, że wydatki te były o prawie 4% niższe niż w roku 2016 (17,28 zł).

²⁷ 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 2020 r. średnia kwota miesięcznych wydatków na usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem to 16,12 zł na osobę.

Ich poziom w przypadku członków gospodarstw mieszkających w miastach (19,12 zł) był znacznie wyższy niż na wsi (12,84 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.

Wykres 53. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną
Chart 53. Structure of household expenditure on outpatient health care



Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną według rodzajów usług w IV kwartale 2020 r. zmieniła się w niewielkim stopniu w stosunku do obserwowanej w roku 2016. Grupą dominującą pod względem udziału w łącznych wydatkach gospodarstw na charakteryzowaną opiekę pozostają usługi stomatologiczne (leczenie: zachowawcze, protetyczne, ortodontyczne), choć jej udział spadł z 51,3% w 2016 r. do 45,8% w 2020 r., a drugą pod względem udziału była specjalistyczna opieka ambulatoryjna, której udział wzrósł z 35,6% w 2016 r. do 36,8% w roku 2020.

Wydatki na usługi stomatologiczne

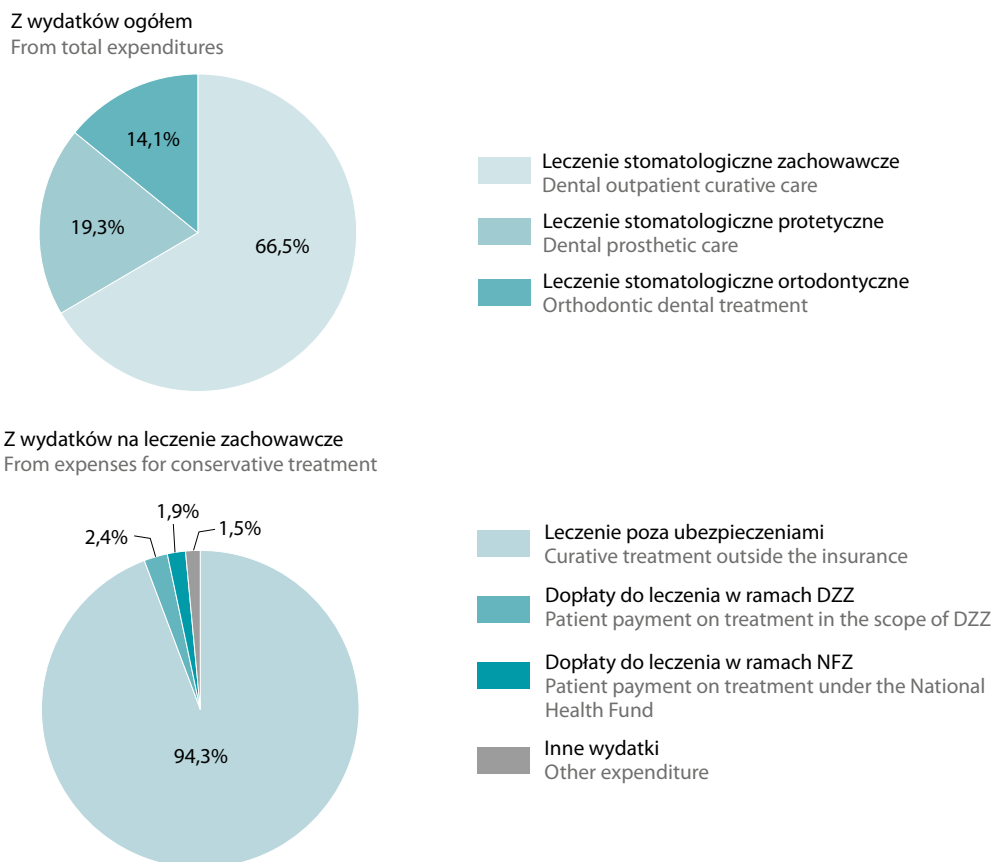
Expenditure on dental curative care

W IV kwartale 2020 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 7,62 zł na osobę i stanowiły 45,8% łącznych miesięcznych wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Ich poziom był o 1,24 zł niższy od notowanego w 2016 r. (8,86 zł), a ich udział w ogóle wydatków gospodarstw na opiekę ambulatoryjną był o 5,5 p. proc. mniejszy niż trzy lata wcześniej. Warto zauważyć, że poziom omawianych wydatków był w 2020 r. w gospodarstwach mieszkających w miastach (9,07 zł na osobę) o prawie 70% wyższy niż na wsi (5,38 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 domowych. Ponadto w ocenie wyników należy wziąć pod uwagę fakt występowania ograniczeń epidemicznych w okresie objętym badaniem, które istotnie wpływały na możliwość świadczenia usług stomatologicznych.

W strukturze bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2020 r., podobnie jak w roku 2016 i latach wcześniejszych, przeważały (stanowiąc 66,5% ogółu) wydatki na leczenie zachowawcze. Przeciętne miesięczne bezpośrednie wydatki na leczenie stomatologiczne zachowawcze w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wyniosły w całej populacji gospodarstw domowych 5,07 zł na osobę. Były to przy tym prawie w całości wydatki na leczenie realizowane poza ubezpieczeniami.

Wykres 54. Struktura wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2020 r.

Chart 54. Structure of household expenditure on dental curative care in outpatient health care in 2020

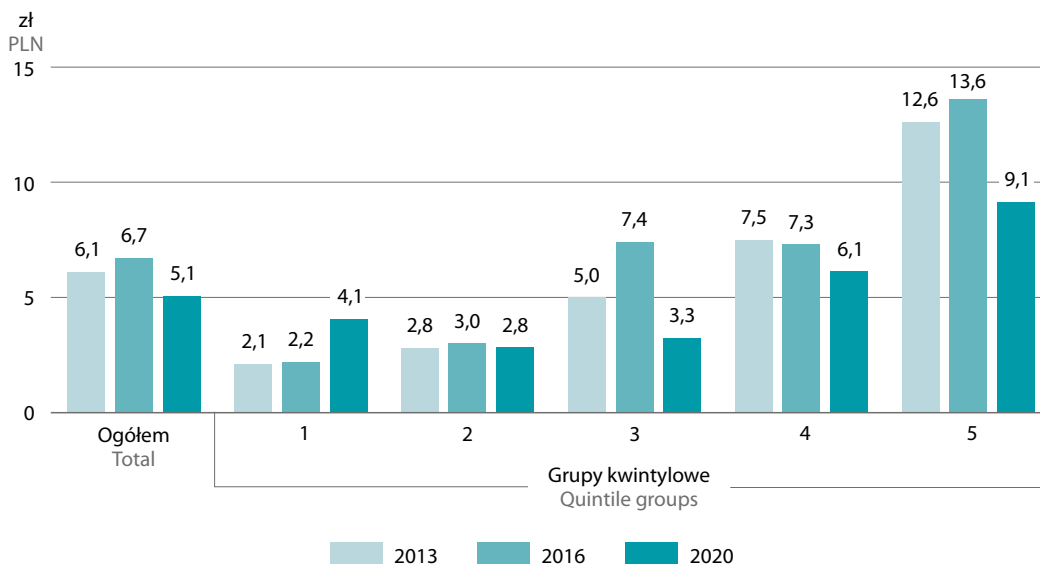


Gospodarstwa domowe wykazują silne zróżnicowanie pod względem wydatków na leczenie stomatologiczne zachowawcze w zależności od dochodów na osobę w gospodarstwie domowym. W 2020 roku przeciętne miesięczne wydatki na ten cel w grupie 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach na osobę (5 grupa kwintylowa) wyniosły 9,13 zł na osobę i były o 80% wyższe od odsetka dla ogółu. W 1 grupie kwintylowej przeciętna kwota wynosiła 4,07 zł.

Opisywane wydatki są (co również zaobserwowano zarówno w ostatniej, jak i wcześniejszych edycjach badania) istotnie zróżnicowane także w przekroju „miasto-wieś”. W 2020 r. w gospodarstwach mieszkających w miastach przeciętne miesięczne bezpośrednie wydatki na leczenie stomatologiczne zachowawcze wyniosły 5,74 zł na osobę i były znacznie wyższe niż w gospodarstwach mieszkających na wsi (4,03 zł).

Wykres 55. Średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjne leczenie stomatologiczne zachowawcze na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych

Chart 55. Average monthly expenditure on outpatient restorative dental treatment per capita by quintile group



W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba korzystała w IV kwartale 2020 r. z leczenia stomatologicznego, płacąc za nie, miesięczne wydatki na ten cel wyniosły na osobę średnio 449,70 zł. Także w tym ujęciu zaobserwowano silne zróżnicowanie przeciętnych miesięcznych wydatków w zależności od miejsca zamieszkania.

Wydatki na usługi specjalistycznej opieki zdrowotnej (z wyłączeniem usług stomatologicznych)

Expenditure on specialised outpatient health care (excluding dental curative care)

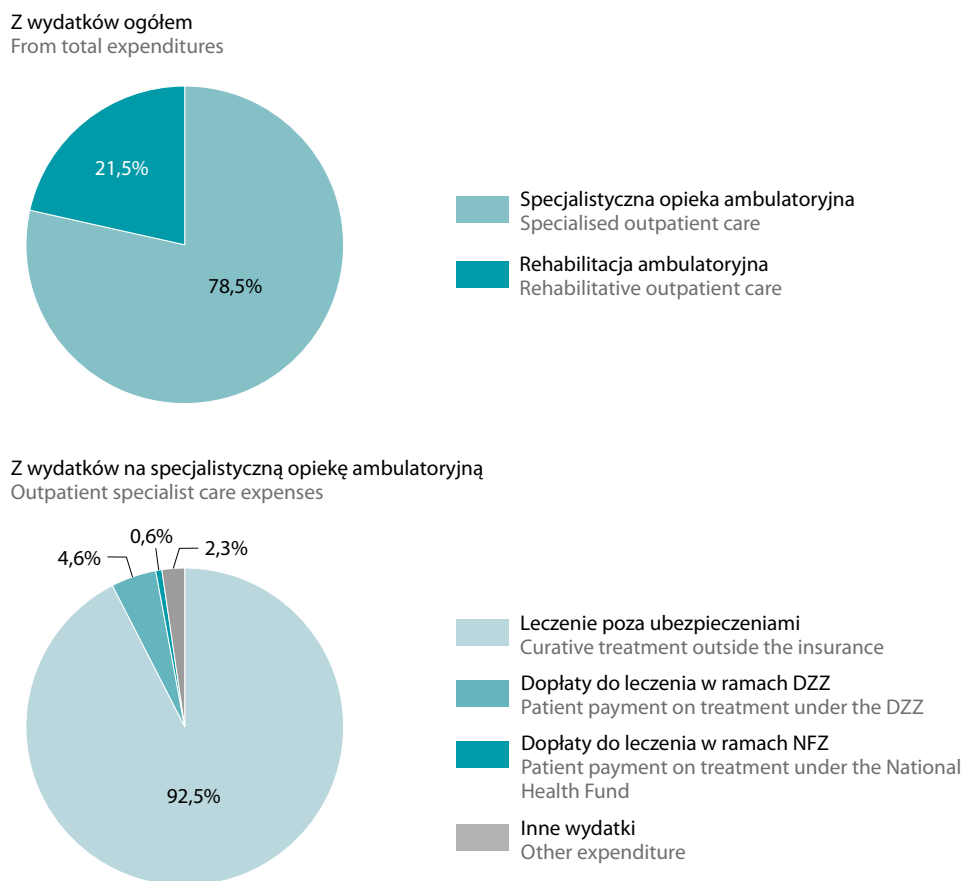
Jak wskazują uogólnione wyniki badania dotyczącego IV kwartału 2020 r., bezpośrednio wydatki gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (z wyłączeniem stomatologii; łącznie z rehabilitacją ambulatoryjną) wyniosły średnio miesięczne 6,13 zł na osobę i stanowiły 36,8% ogółu wydatków gospodarstw na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. W porównaniu z rokiem 2016 przypadająca na osobę kwota tych wydatków była bardzo zbliżona.

Na leczenie specjalistyczne „sensu stricto” średnio miesięcznie gospodarstwa w 2020 r. wydawały 4,81 zł na osobę. Udział wydatków na rehabilitację ambulatoryjną (1,32 zł) w strukturze bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną w 2020 r. wynosił 21,5% i był znacznie większy niż w 2016 r. (o 13,7%).

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 2020 r. w miastach gospodarstwa wydały na charakteryzowaną opiekę średnio 6,79 zł na osobę miesięcznie, natomiast na wsi o prawie jedną trzecią mniej (5,12 zł).

Wykres 56. Struktura wydatków gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (łącznie z rehabilitacją ambulatoryjną) w 2020 r.

Chart 56. Structure of household expenditure on specialised outpatient health care (including rehabilitative outpatient care) in 2020

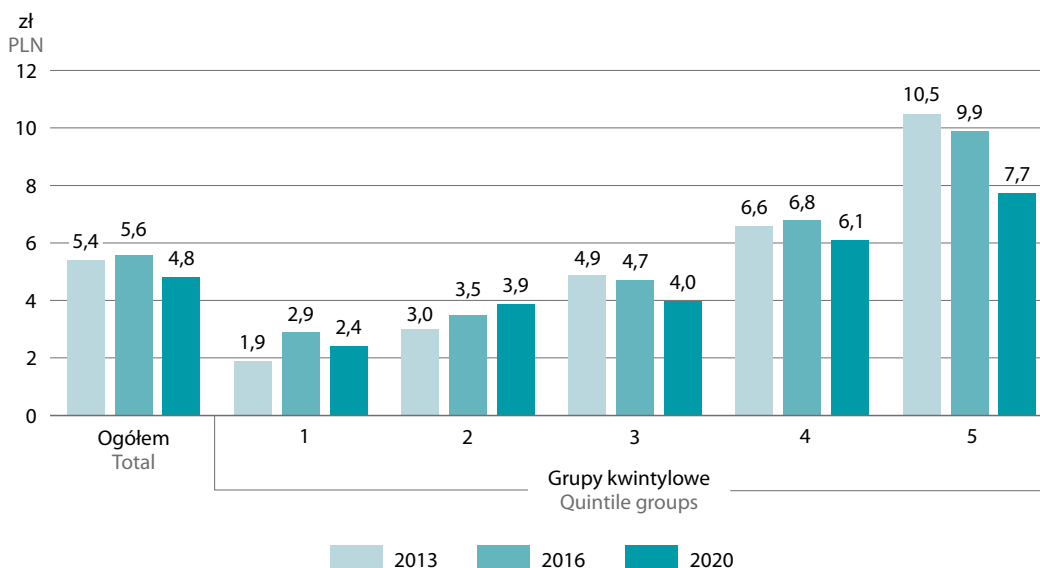


W 2020 r. w ponad dziewięćdziesięciu procentach wydatki na leczenie specjalistyczne „sensu stricto” były finansowane poza ubezpieczeniami.

Wydatki na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną „sensu stricto” są silnie uzależnione od sytuacji dochodowej gospodarstw domowych. Podobnie jak w roku 2016, najwyższe średnie miesięczne wydatki na osobę przeznaczone na charakteryzowaną opiekę zaobserwowano w 2020 r. w gospodarstwach o najwyższych dochodach na osobę (5 grupa kwintylowa). W tej grupie opisywane wydatki wyniosły 7,73 zł i były ponad 3-krotnie wyższe niż w 20% gospodarstw o najniższych dochodach na osobę (2,42 zł).

Wykres 57. Średnie miesięczne wydatki na leczenie w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej (bez usług rehabilitacyjnych) na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych

Chart 57. 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 2020 r. wydatki na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (łącznie z rehabilitacją ambulatoryjną) przeciętne miesięczne wydatki na ten cel wyniosły 108,60 zł na osobę. Tak liczone przeciętne wydatki również wykazywały istotne zróżnicowanie, zwłaszcza w przekroju według grup dochodowych gospodarstw (1 grupa 63,77 zł, 5 grupa 195,21 zł). Wydatki te różniły się także zależnie od miejsca zamieszkania, były one znacznie wyższe dla gospodarstw mieszkających w miastach (154,56 zł) niż na wsi (63,43 zł na osobę).

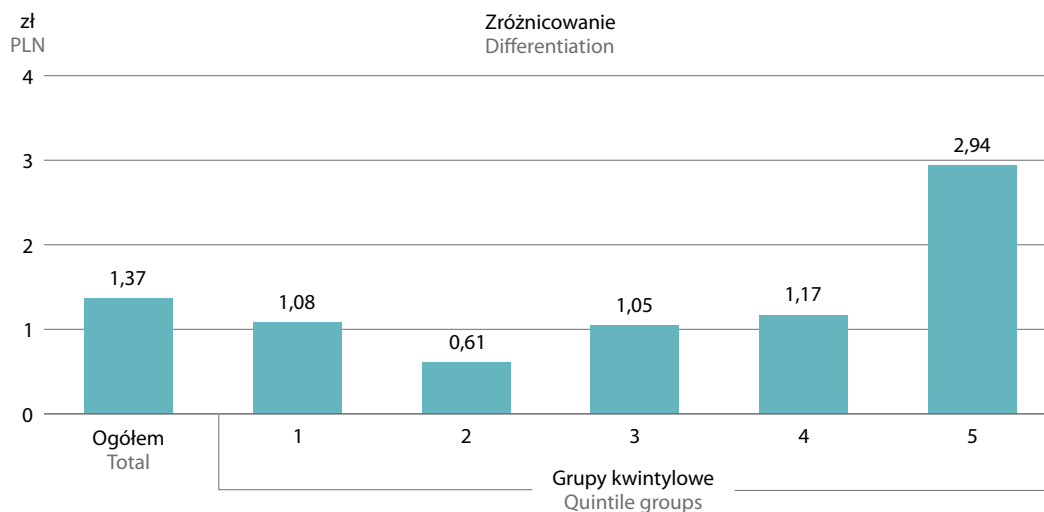
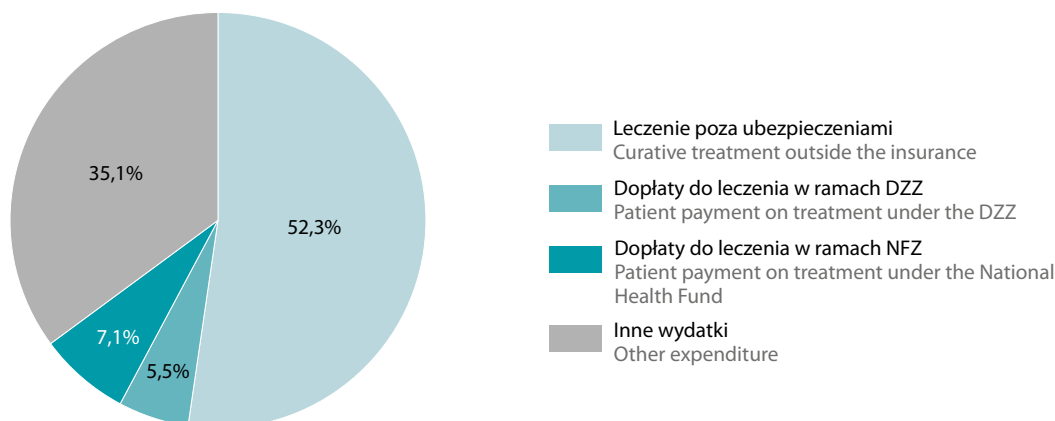
Wydatki na usługi podstawowej opieki zdrowotnej

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 58. Podstawowa opieka ambulatoryjna (POZ) – struktura wydatków gospodarstw domowych oraz średnie miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych w 2020 r.

Chart 58. Primary health care (POZ) – structure of household expenditure and average monthly expenditure per capita by quintile groups in 2020



W 2020 r. średnie miesięczne wydatki przypadające na „statystycznego” członka krajowej populacji gospodarstw domowych na ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną wyniosły 1,37 zł i były wyższe od notowanych w 2016 r. (0,72 zł). Wyższy niż notowany w poprzedniej edycji badania był także udział wydatków na POZ w łącznych miesięcznych wydatkach gospodarstw na ambulatoryjną opiekę zdrowotną, który wyniósł 8,2% (wobec 4,2% w 2016 r.).

W strukturze analizowanych wydatków – ponad połowę ogólnej ich wartości stanowiły w 2020 r. wydatki na leczenie realizowane poza ubezpieczeniami (52,3%). Natomiast dopłaty do leczenia finansowanego z NFZ lub DZZ stanowiły łącznie 12,6%, inne wydatki 35,1%.

W gospodarstwach mieszkających w miastach wydatki na ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną w 2020 r. wyniosły średnio 1,74 zł na osobę miesięcznie, natomiast na wsi 0,79 zł. Znaczną była rozpiętość opisywanych wydatków na osobę między poszczególnymi typami gospodarstw domowych, a w przypadku zaliczanych do 5 grupy kwintylowej przeciętne miesięczne wydatki wynosiły 2,94 zł, a w pozostałych grupach kwintylowych były poniżej średniej dla ogółu populacji.

W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba poniosła w IV kwartale 2020 r. wydatki na ambulatoryjną POZ przeciętne miesięczne wydatki na ten cel wyniosły średnio 53,50 zł na osobę. Wydatki te w miastach (60,43 zł na osobę) były o 47,6% wyższe niż na wsi (40,94 zł).

Należy zauważyć, że poziom wydatków gospodarstw na ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną (POZ) był w 2020 r. ponad czterokrotnie niższy niż poziom wydatków na opiekę ambulatoryjną specjalistyczną (odpowiednio 1,37 i 6,13 zł). 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.).

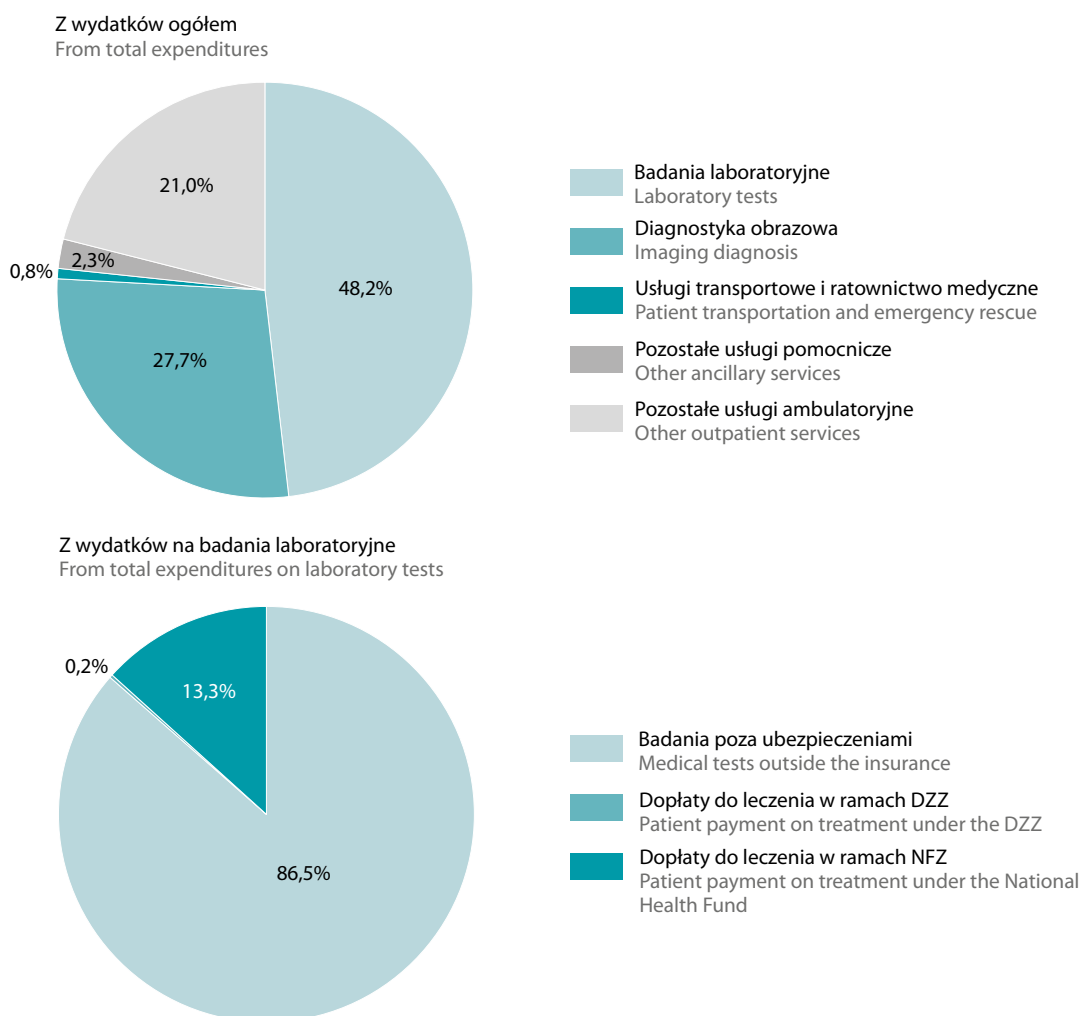
Wydatki na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej

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), a także pozostałe usługi ambulatoryjne. Uogólniony, na podstawie wyników badania dotyczącego IV kwartału 2020 r., średni miesięczny poziom tych wydatków na osobę wyniósł 1,24 zł i był zbliżony do notowanego w 2016 r. (1,31 zł). W strukturze tych wydatków w 2020 r. przeważały, stanowiąc prawie połowę ogólnej wartości, opłaty za badania laboratoryjne. Duży (prawie trzydziestoprocentowy) udział miała tu także diagnostyka obrazowa.

Wykres 59. Struktura wydatków gospodarstw domowych na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej w 2020 r.

Chart 59. Structure of household expenditures on ancillary and other outpatient services in 2020

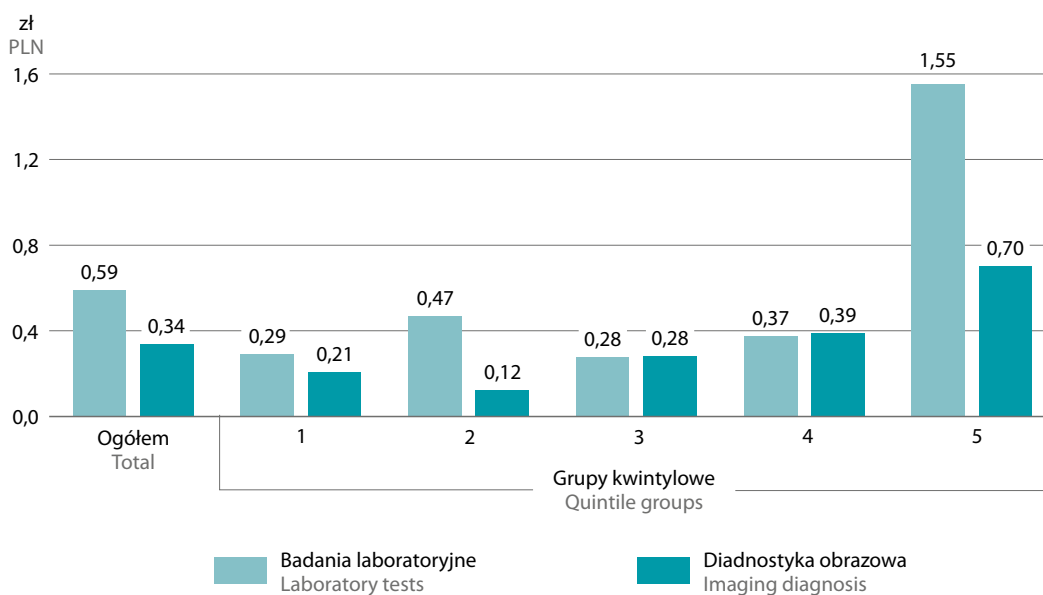


Z ogółu poniesionych przez gospodarstwa domowe w IV kwartale 2020 r. wydatków na badania laboratoryjne prawie dziewięćdziesiąt procent przypadało na badania realizowane poza ubezpieczeniami, a 13,5% – na współfinansowanie badań opłaconych z NFZ lub DZZ. Zbliżoną strukturę miały poniesione w tym okresie przez gospodarstwa domowe 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 2020 r. wynoszącym miesięcznie 0,93 zł na osobę²⁸, ich wartość w 1 grupie kwintylowej (0,50 zł na osobę) była czterokrotnie niższa niż w grupie 5 (2,26 zł).

Wykres 60. Średnie miesięczne wydatki na badania laboratoryjne oraz diagnostykę obrazową na osobę w gospodarstwach domowych według grup kwintylowych w 2020 r.

Chart 60. Average monthly expenditure on laboratory tests and imaging diagnosis per person in households by quintile groups in 2020



W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba poniosła w IV kwartale 2020 r. wydatki na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej przeciętne miesięczne wydatki na osobę na ten cel wyniosły 102,82 zł. Dla gospodarstw mieszkających w miastach było to 116,07 zł, a na wsi – 203,33 zł. Przy ocenie tych wyników należy wziąć pod uwagę, że badanie odnosiło się do okresu, w którym występowały ograniczenia epidemiczne.

Wydatki na leczenie i rehabilitację w domu pacjenta 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 domem²⁹.

Według uogólnionych wyników badania średni miesięczny poziom wydatków na usługi lecznicze i rehabilitację w domu pacjenta w całej zbiorowości gospodarstw domowych w 2020 r. wyniósł 0,31 zł na osobę i był o 41% wyższy w stosunku do 2016 r. (0,22 zł). Jednocześnie w gospodarstwach, w których przynajmniej

²⁸ Tj. łącznie wydatki na badania laboratoryjne (0,59 zł) i diagnostykę obrazową (0,34 zł).

²⁹ Należy zwrócić uwagę, że w badaniu dotyczącym IV kwartału 2020 r. grupa gospodarstw, które zadeklarowały poniesienie wydatków z tej kategorii była stosunkowo mała, a zatem opisane tendencje dotyczące przedmiotowych wydatków należy traktować ostrożnie – raczej jako przypuszczenia, niż twierdzenia.

jedna osoba poniosła wydatki na przedmiotowe usługi średnie miesięczne wydatki na ten cel wyniosły 104,90 zł na osobę i były zbliżone do notowanych w 2016 r. – 107,42 zł.

Wydatki na usługi lecznicze lub rehabilitacje w domu pacjenta na osobę w gospodarstwach domowych, w których wystąpiły osoby chore przewlekle były wyższe niż w gospodarstwach ogółem (0,51 zł). W łącznej wartości wydatków z tej kategorii ponad dziewięćdziesięcioprocentowy udział miały usługi rehabilitacyjne w domu pacjenta (97,5%).

4.5. Ocena wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną

4.5. The assessment of expenditure on outpatient health care

W zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej badane gospodarstwa domowe były pytane m.in. o subiektywną ocenę poziomu swoich wydatków na wizyty u lekarzy (bez rozróżnienia na lekarzy POZ i specjalistów, wyłączając dentystów). Dużą lub bardzo dużą wysokość wydatków tego rodzaju zadeklarowało 16,0% osób, średnią 23,7%, małą lub bardzo małą 22,4%. Nieponoszenie w 2020 r. wydatków na takie wizyty zadeklarowało 37,9% ankietowanych gospodarstw. Dość wysoki był odsetek oceniających poziom wydatków na wizyty u lekarzy jako duży lub bardzo duży wśród gospodarstw, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (29,6%) oraz z osobami chorymi przewlekle (20,0%).

Tablica 7. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u lekarzy (wyłączając lekarzy dentystów) w 2020 r.

Table 7. Households by assessment of expenditure on doctor's consultations (except dentists) in 2020

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na wizyty u lekarzy (bez dentystów; samoocena) The level of expenditure on doctor's consultations (except dentists, self-assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem Total households	16,0	23,7	22,4	37,9
Miasta Urban areas	16,0	23,4	22,2	38,5
Wieś Rural areas	16,0	24,5	22,7	36,8
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	20,0	26,2	21,6	32,2
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	29,6	24,7	20,1	25,7
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	15,6	23,6	21,8	39,0
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	15,4	17,5	20,0	47,0

Gospodarstwa domowe były proszone również o wyrażenie opinii na temat wysokości poniesionych w 2020 r. wydatków na wizyty u lekarzy dentystów (usługi stomatologiczne). Co piąte gospodarstwo określiło wysokość tego rodzaju wydatków jako bardzo dużą lub dużą (20,0%), prawie tyle samo jako średnią (18,8%), a co dziesiąte jako małą lub bardzo małą (10,7%). Ponad połowa gospodarstw (50,6%) nie ponosiła wydatków w 2020 r. na wizyty u lekarzy dentystów. Odsetek gospodarstw oceniających przedmiotowe wydatki

jako wysokie lub bardzo wysokie był większy w miastach (21,3%) niż na wsi (17,3%). Wydatki jako bardzo duże lub duże oceniło 28,2% gospodarstw domowych z osobami z poważnymi problemami zdrowotnymi.

Tablica 8. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u dentystów w 2020 r.
Table 8. Households by assessment of expenditure on dental consultations in 2020

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na wizyty u lekarzy dentystów (samoocena) The level of expenditure on dentals consultations (self-assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem Total households	20,0	18,8	10,7	50,6
Miasta Urban areas	21,3	19,3	10,7	48,7
Wieś Rural areas	17,3	17,6	10,6	54,5
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	19,3	17,2	9,8	53,6
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	28,2	18,3	9,7 ^v	43,7
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	11,2	9,6	10,0	69,2
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	13,4 ^v	.	.	70,8

kropka (.) brak informacji wiarygodnych (mniej niż 20 przypadków z próby)

mała litera ^v zjawisko zaistniało w wielkości większej lub równej 20 ale mniejszej niż 50 przypadków z próby

dot (.) data not reliable (less than 20 sample observations)

small letter ^v the phenomenon occurred in a size greater than or equal to 20 but less than 50 cases in the sample

Wśród gospodarstw, które poniosły koszty badań medycznych 6,6% oceniła wysokość wydatków jako dużą lub bardzo dużą, 13,8% średnią, a 26,2% małą lub bardzo małą. Ponad połowa badanych gospodarstw domowych zadeklarowała, że w 2020 r. nie poniosła wydatków na badania medyczne (53,4%). 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 (13,8%) i gospodarstw z osobami chorymi przewlekle (8,1%).

Tablica 9. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na badania medyczne w 2020 r.
 Table 9. Households by assessment of expenditure on medical tests in 2020

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na badania medyczne (samoocena) The level of expenditure on medical tests (self-assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem Total households	6,6	13,8	26,2	53,4
Miasta Urban areas	6,8	14,3	25,9	53,1
Wieś Rural areas	6,3	12,8	26,8	54,1
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	8,1	15,4	28,5	48,0
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	13,8	19,7	30,6	35,9
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	6,6	13,4	26,1	53,8
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	.	12,3 ^v	26,6 ^v	54,8

kropka (.) brak informacji wiarygodnych (mniej niż 20 przypadków z próby)

mała litera ^v zjawisko zaistniało w wielkości większej lub równej 20 ale mniejszej niż 50 przypadków z próby

dot (.) data not reliable (less than 20 sample observations)

small letter ^v the phenomenon occurred in a size greater than or equal to 20 but less than 50 cases in the sample

W kwestionariuszu uwzględniono także pytanie o ocenę wydatków na zabiegi rehabilitacyjne (bez rozróżnienia rehabilitacji ambulatoryjnej i w domu pacjenta). W tym wypadku 3,6% gospodarstw oświadczyło, że wysokość wydatków była duża lub bardzo duża, 3,0% – średnia, 5,5% – mała lub bardzo mała. Wydatków tego rodzaju nie poniosło 87,9% gospodarstw.

4.6. Wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną

4.6. 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 (Dobrowolne Zabezpieczenie Zdrowotne – 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 2020 r. wyniosły 1,35 zł na osobę miesięcznie i minimalnie wzrosły od 2016 r. (1,28 zł). Prawie 90% gospodarstw domowych w ogóle nie poniosło w 2020 r. tego rodzaju wydatków.

Respondenci zostali poproszeni o doprecyzowanie jaki był sposób finansowania usług w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej i okazało się, że w 2020 r. 53,1% pobytów było finansowanych w ramach NFZ, kolejne 42,3% – poza ubezpieczeniami, a 4,6% – DZZ.

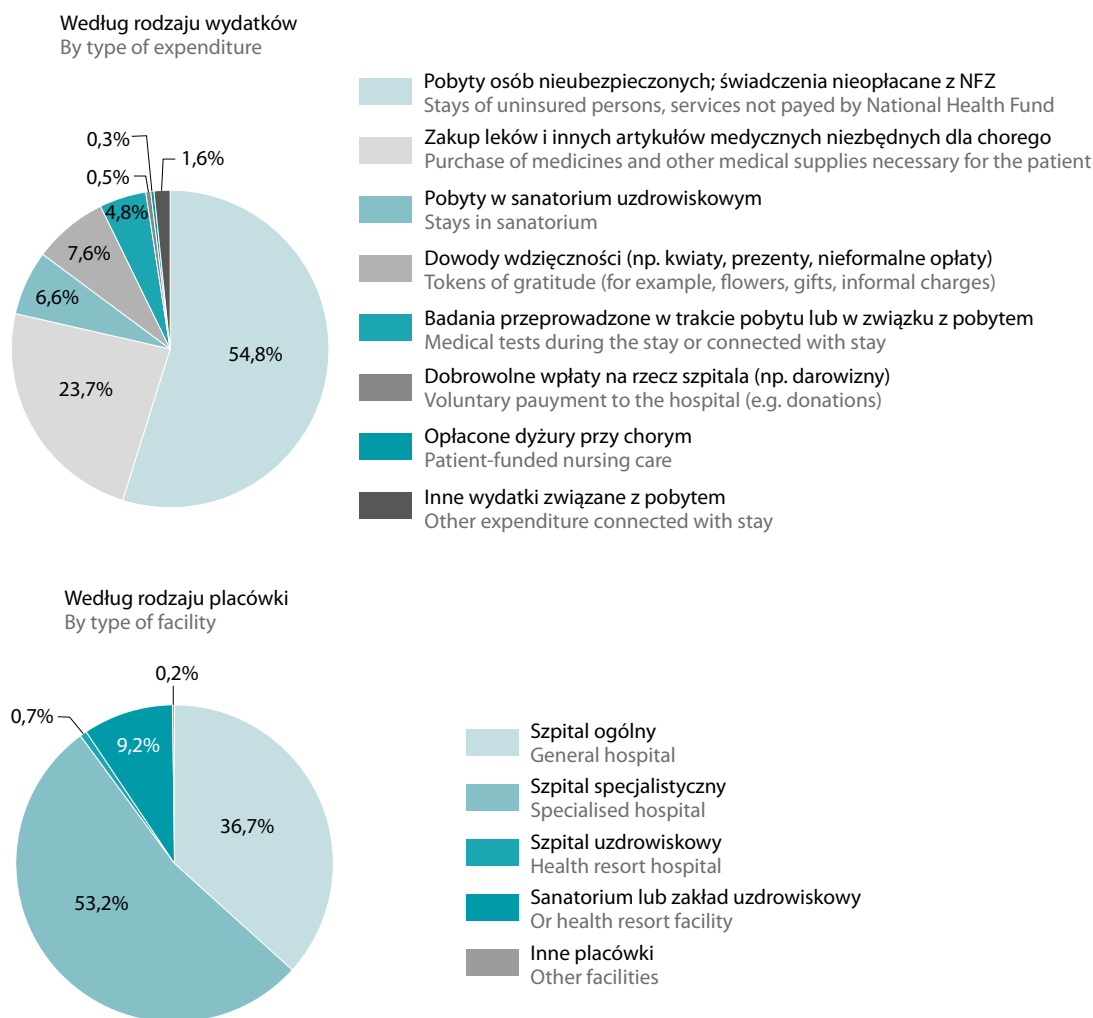
Średnie miesięczne wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną na osobę w populacji gospodarstw, w których przynajmniej jedna ponosiła wydatki na ten cel w 2020 r. wyniosły 8,08 zł i były one znacznie wyższe niż w 2016 r. (4,87 zł).

Ponad połowa wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną w 2020 r. dotyczyła pobytów w szpitalach specjalistycznych (53,2%). Natomiast 36,7% wydatków odnosiło się do pobytów w szpitalach ogólnych, a 9,9% z nich dotyczyło pobytów w sanatorium, zakładzie uzdrowiskowym lub szpitalu uzdrowiskowym.

Znikomy był natomiast udział wydatków dotyczących pobytu członków gospodarstwa w zakładach opieki długoterminowej, szpitalach psychiatrycznych lub innych zakładach typu psychiatrycznego. W przypadku pozostałych rodzajów placówek (domy pomocy społecznej dla przewlekle chorych) nie odnotowano poniesienia w 2020 r. przez gospodarstwa domowe wydatków „bezpośrednio z kieszeni”.

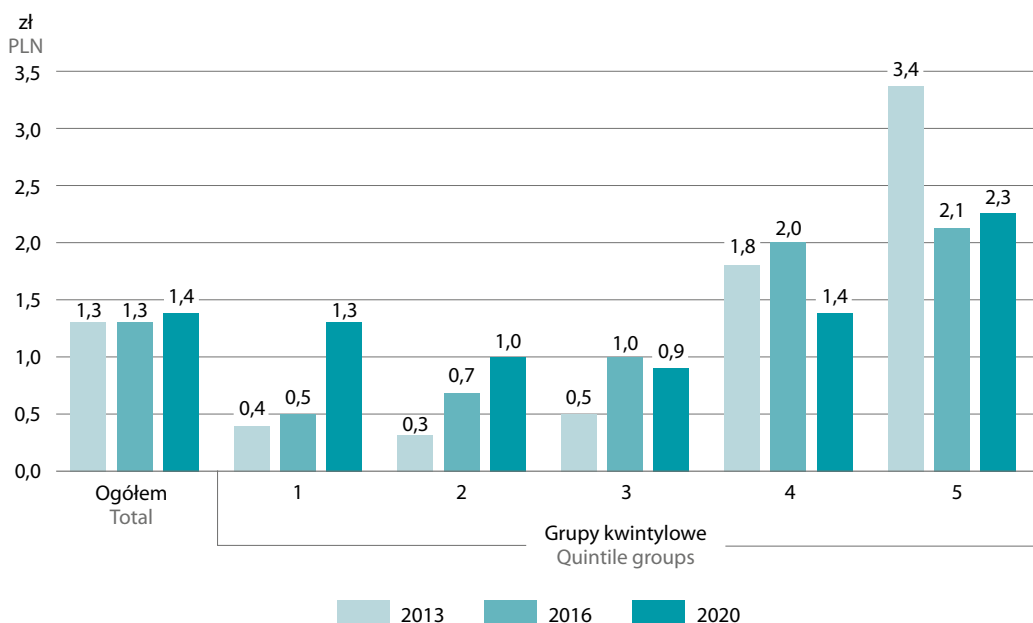
Wykres 61. Struktura wydatków gospodarstw domowych związanych z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2020 r.

Chart 61. Structure of household expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility in 2020



Ponad połowę przeciętnych wydatków na osobę w gospodarstwach domowych ogółem związanych z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej stanowiły koszty świadczeń niefinansowanych przez NFZ oraz koszty pobytu osób nieubezpieczonych (54,8%). Prawie jedna czwarta wydatków przypadła na zakupy leków lub innych artykułów medycznych niezbędnych dla chorego (23,7%). Reszta wydatków dotyczyła badań związanych z pobytem, opłaconych dyżurów przy chorym, dobrowolnych wpłat oraz innych wydatków (21,5%).

Wykres 62. 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 62. Average monthly expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility per capita by quintile groups



Okazuje się, że relatywnie wysoki poziom opisywanych przeciętnych wydatków odnotowano w 2020 r. w gospodarstwach domowych, w których znajduje się osoba z poważnymi problemami zdrowotnymi (3,13 zł miesięcznie), w 5 grupie kwintylowej (2,25 zł), w gospodarstwach, które zamieszkuje emeryt lub rencista (2,14 zł), a także w największych miastach (2,04 zł).

4.7. Ocena wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną

4.7. The assessment of expenditure on inpatient health care

Elementem przeprowadzonego badania była także dokonywana przez gospodarstwa domowe samoocena wysokości wydatków poniesionych na pobyt w szpitalu. Wysokość przedmiotowych wydatków uznało jako duże lub bardzo duże 1,3% respondentów, średnie 1,9%, małe lub bardzo małe 7,6%, a 89,2 % osób nie ponosiło tego rodzaju kosztów.

Tablica 10. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na pobyt w szpitalu w 2020 r.
 Table 10. Households by assessment of expenditure related to a stay in a hospital in 2020

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na pobyt w szpitalu (samoocena) The level of expenditure related to a stay in a hospital (self-assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem Total households	1,3	1,9	7,6	89,2
Miasta Urban areas	1,0 ^v	1,8 ^v	7,1	90,0
Wieś Rural areas	1,8 ^v	2,1 ^v	8,5	87,6
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	1,7 ^v	2,2	9,9	86,2
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	.	3,8 ^v	19,2	73,3
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	.	1,8 ^v	8,3	88,7
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	.	.	.	90,7

kropka (.) brak informacji wiarygodnych (mniej niż 20 przypadków z próby)

mała litera ^v zjawisko zaistniało w wielkości większej lub równej 20 ale mniejszej niż 50 przypadków z próby

dot (.) data not reliable (less than 20 sample observations)

small letter ^v the phenomenon occurred in a size greater than or equal to 20 but less than 50 cases in the sample

4.8. Dodatkowe dobrowolne zabezpieczenia zdrowotne

4.8. 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 począwszy od edycji odnoszącej się do 2006 r. W kolejnych edycjach badania (dotyczących lat 2010, 2013, 2016 i 2020) obserwowane było stopniowe upowszechnianie się tego rodzaju zabezpieczeń, tj. zwiększanie się wydatków na świadczenia medyczne z nich finansowane oraz wzrost odsetka osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ. Proces ten przebiegał jednak, jak dotychczas, raczej powoli i wciąż relatywnie mało było w naszym kraju osób posiadających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ, co może być związane m.in. z wciąż umiarkowanym, choć systematycznie rosnącym, poziomem dochodów Polaków i niewielkim zainteresowaniem pracodawców opłacaniem DZZ dla pracowników.

Odnotowany w 2020 r. odsetek osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ wyniósł 9,2% i znacznie wzrósł (prawie o 3 p. proc.) w stosunku do notowanego w 2016 r. Nieco zwiększył się także odsetek osób deklarujących zamiar wykupienia DZZ – o 2,2 p. proc. – do 8,2%. W 2020 r. 9,1% osób posiadało ubezpieczenia lub abonamenty ambulatoryjne, a 5,0% ubezpieczenia lub abonamenty szpitalne. W przypadku 38,8% osób posiadających w 2020 r. uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ zabezpieczenie zostało opłacone indywidualnie (2016 r. było to 46,4%), a w przypadku 30,2% – przez pracodawcę (wobec 26,7% cztery lata wcześniej). W pozostałych przypadkach DZZ było finansowane częściowo indywidualnie, a częściowo przez pracodawców.

Rozdział 5.

Chapter 5.

Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie gospodarstw domowych (wybrane zagadnienia)

The impact of the COVID-19 pandemic on the functioning of households (selected issues)

W rozdziale opisano zjawisko kwarantanny oraz stosunek do szczepień z perspektywy kluczowych cech członków gospodarstw domowych, takich jak: wiek, wykształcenie, poziom dochodu, główne źródło utrzymania i miejsce zamieszkania. Rozdział zawiera również opis wpływu na stan zdrowia członków gospodarstw domowych, jaki wywarła pandemia COVID-19. Zjawisko to zostało opisane także z perspektywy kluczowych cech członków gospodarstw domowych. Przedstawiono także korzystanie przez członków gospodarstw domowych z telekonsultacji medycznych jako alternatywnego sposobu korzystania ze świadczeń zdrowotnych w związku z COVID-19. W rozdziale nie poruszono natomiast zagadnienia dotyczącego subiektywnej oceny przez członków gospodarstw domowych zabezpieczenia placówek opieki zdrowotnej przed zakażeniem, gdyż otrzymane odpowiedzi dotyczące tego tematu wykazały brak istotnych różnic w rozkładzie wg analizowanych przekrojów³⁰.

Kwarantanna

Quarantine

Wyniki badań pokazały, że w 2020 r. kwarantanną było objętych 15% ankietowanych. Kwarantanna obejmowała w równym stopniu mężczyzn i kobiety. Spośród przebywających na kwarantannie ponad 62% oceniło swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” lub „dobry”, 31% jako „taki sobie, ani dobry ani zły” oraz 6% jako „zły” lub „bardzo zły”. Z grupy 44% osób, które w badaniu zadeklarowały posiadanie jakichkolwiek, długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych trwających przez 6 miesięcy lub dłużej, na kwarantannie przebywało 14% osób z tej grupy. Spośród 39% osób, które zadeklarowały przebywanie pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarzką, kwarantanną objętych było 16% tej grupy. W trakcie badania ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej zadeklarowało 22%. W tej grupie osób odsetek przebywających na kwarantannie wyniósł 15%. Natomiast wśród osób, które zadeklarowały podczas wypełniania kwestionariusza posiadanie stopnia niepełnosprawności (7% badanych), kwarantanną objętych było 14% osób³¹.

Osoby objęte kwarantanną wykazały również istotne różnice ze względu na wiek oraz źródło utrzymania. W grupie wiekowej 25-44 lata oraz 45-59 lat na kwarantannie przebywało odpowiednio 18% oraz 19% osób. Natomiast w grupie wiekowej 60 lat lub więcej na kwarantannie przebywało 8% osób. Najwyższy odsetek osób przebywających na kwarantannie zaobserwowano w grupie osób wykonujących pracę stałą najemną (22%) oraz wykonujących pracę stałą na własny rachunek lub wolny zawód (19%). W innych grupach odnotowano znacząco niższy odsetek przebywających na kwarantannie. Warto zauważyć, że

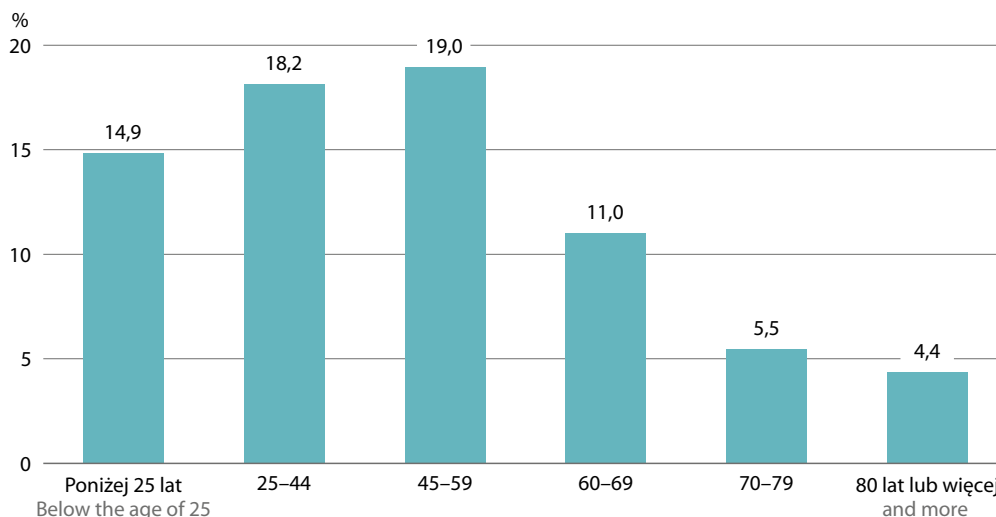
30 W ramach tego zagadnienia respondentom zadano następujące pytanie: „Jeśli Pan/Pani korzystał(-ła) z usług medycznych podczas epidemii, to czy, Pana/Pani zdaniem, zachowano wówczas wystarczające zabezpieczenia przed wirusem?”. Odsetek odpowiedzi pozytywnych wyniósł 48% a negatywnych 25%. Natomiast 27% respondentów wybrało opcję „nie dotyczy”.

31 Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła na koniec marca 2011 r. 4 697,0 tys., co stanowiło 12,2% ludności kraju. Prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności posiadało w 2011 roku przeszło 3,1 mln osób (dokładnie 3 133,5 tys.), co stanowiło 8,13% ludności kraju. Liczebność zbiorowości osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie (jednocześnie) wynosiła 2 652,0 tys. (6,88% ludności kraju), w tym tylko prawnie – 479,5 tys. (1,24% ludności kraju) i tylko biologicznie – 1 565,6 tys. (4,0% ludności kraju). Liczebność osób niepełnosprawnych biologicznie wynosiła 4 217,6 tys. (1,09% ludności kraju).

dwie powyższe grupy osób wyodrębnionych ze względu na główne źródło utrzymania, wśród których zaobserwowano najwyższy odsetek przebywających na kwarantannie, to grupy osób charakteryzujące się często wyższą mobilnością związaną, np. z koniecznością dojazdu do miejsca pracy, a więc narażone na wyższe prawdopodobieństwo zakażenia koronawirusem. Nie zauważono natomiast istotnych różnic w odsetkach przebywających na kwarantannie według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia. Jedynie w grupie osób z wykształceniem gimnazjalnym lub podstawowym wystąpił wyraźnie niższy odsetek przebywających na kwarantannie (7%) niż wśród pozostałych osób (od 15% do 17%), co wiąże się z nadreprezentacją w tej grupie osób objętych obowiązkiem szkolnym (w badaniu brały osoby, które ukończyły 15 rok życia).

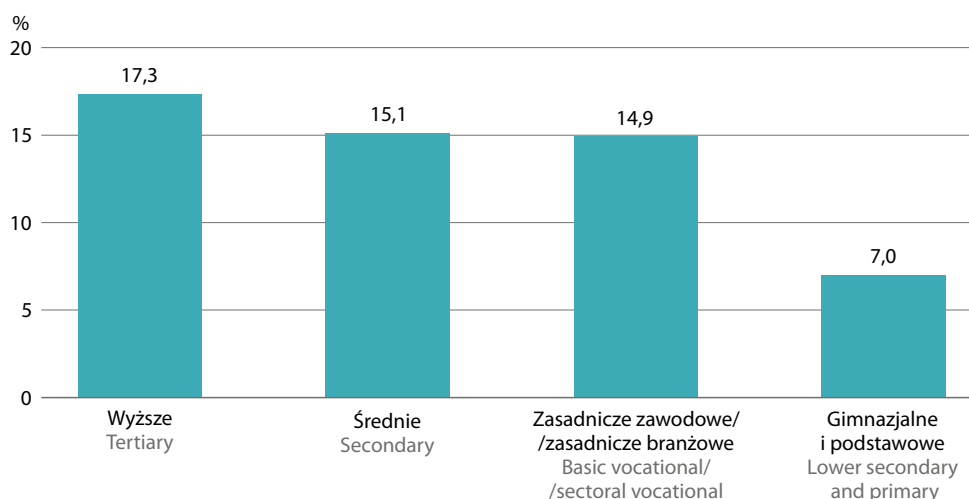
Wykres 63. Odsetek osób przebywających na kwarantannie według wieku w 2020 r.

Chart 63. Percentage of people staying in quarantine by age in 2020



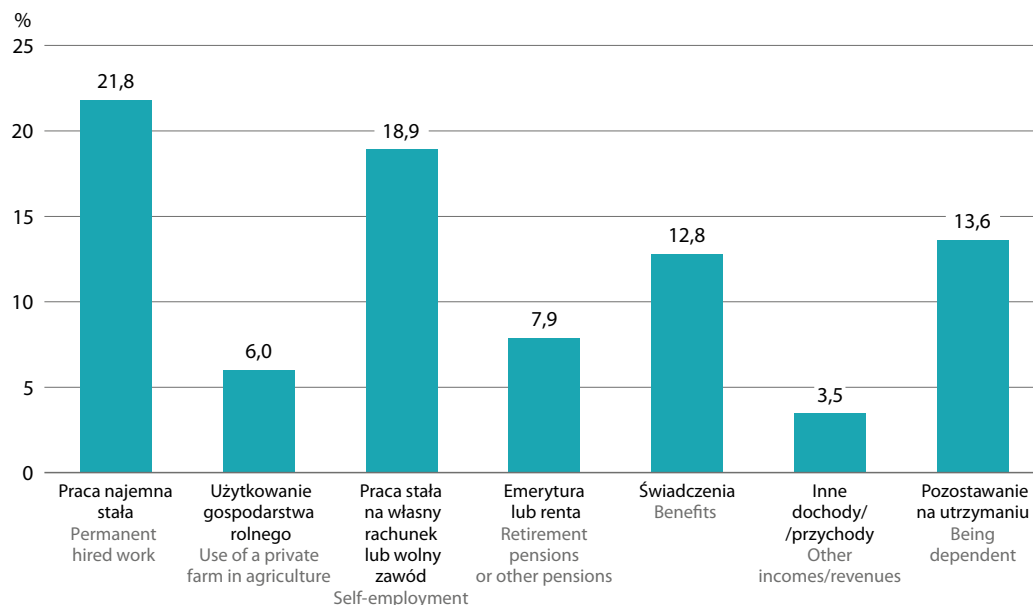
Wykres 64. Odsetek osób przebywających na kwarantannie według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia w 2020 r.

Chart 64. Percentage of people in quarantine by level of education in 2020



Wykres 65. Odsetek osób przebywających na obowiązkowej kwarantannie według głównego źródła utrzymania w 2020 r.

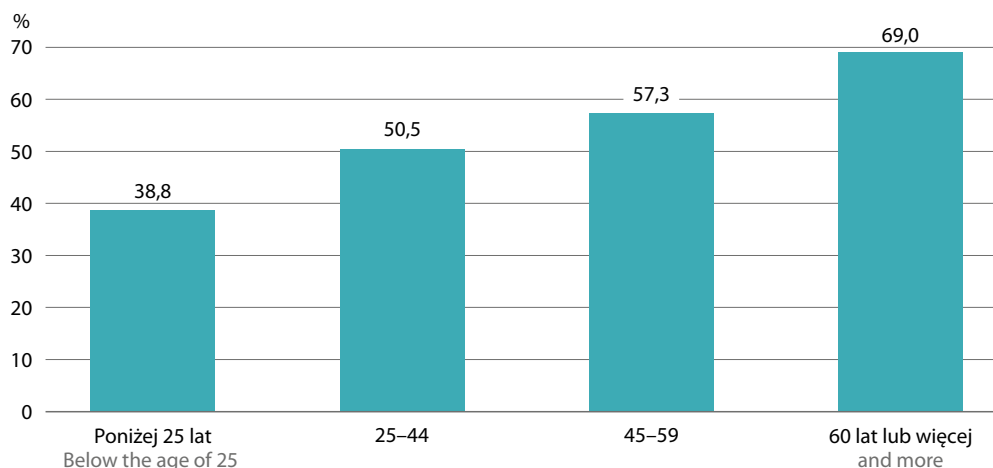
Chart 65. Percentage of people in compulsory quarantine by main source of income in 2020



Szczepienia Vaccinations

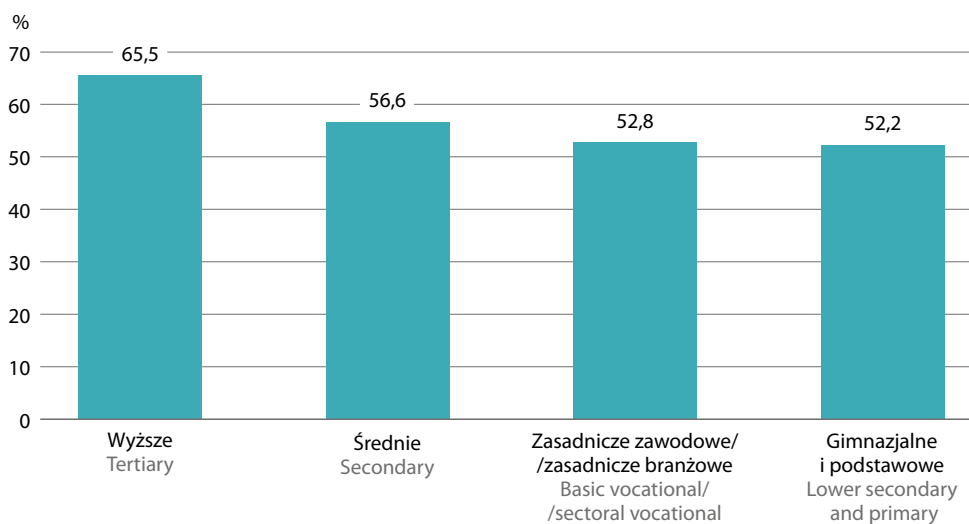
Gotowość do szczepień zgłosiło 58% ankietowanych. Najwyższy odsetek zgłaszających taką gotowość zaobserwowano w grupie osób, które zadeklarowały przebywanie pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską (65%), posiadanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych trwających przez 6 miesięcy lub dłużej (63%) oraz posiadanie ograniczonych zdolności do wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwających 6 miesięcy lub dłużej (63%). Podobnie jak w przypadku kwarantanny, nie zauważono różnic ze względu na płeć zgłaszających gotowość do szczepień. Zaobserwowano natomiast prawidłowość, że gotowość do szczepień rośnie wraz z wiekiem. W grupie wiekowej poniżej 25 lat gotowość do szczepień zadeklarowało 39% osób, podczas gdy w grupie wiekowej 60 lat lub więcej – 69%. Gotowość do szczepień rośnie również wraz z poziomem najwyższego ukończonego wykształcenia. Wśród osób z wykształceniem wyższym gotowość do szczepień zadeklarowało 65%, natomiast w grupie osób z wykształceniem gimnazjalnym lub podstawowym – 52%. Niższy odsetek deklarujących gotowość do szczepień wśród osób z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym może wiązać się z nadreprezentacją w tej grupie osób objętych obowiązkiem szkolnym (w badaniu brały udział osoby, które ukończyły 15 rok życia), które rzadziej chorowały na COVID-19 w pierwszym okresie pandemii.

Wykres 66. Odsetek osób zgłaszających gotowość wykonania szczepienia według wieku w 2020 r.
Chart 66. Percentage of people reporting readiness to vaccinate by age in 2020



Wykres 67. Odsetek osób zgłaszających gotowość wykonania szczepienia według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia w 2020 r.

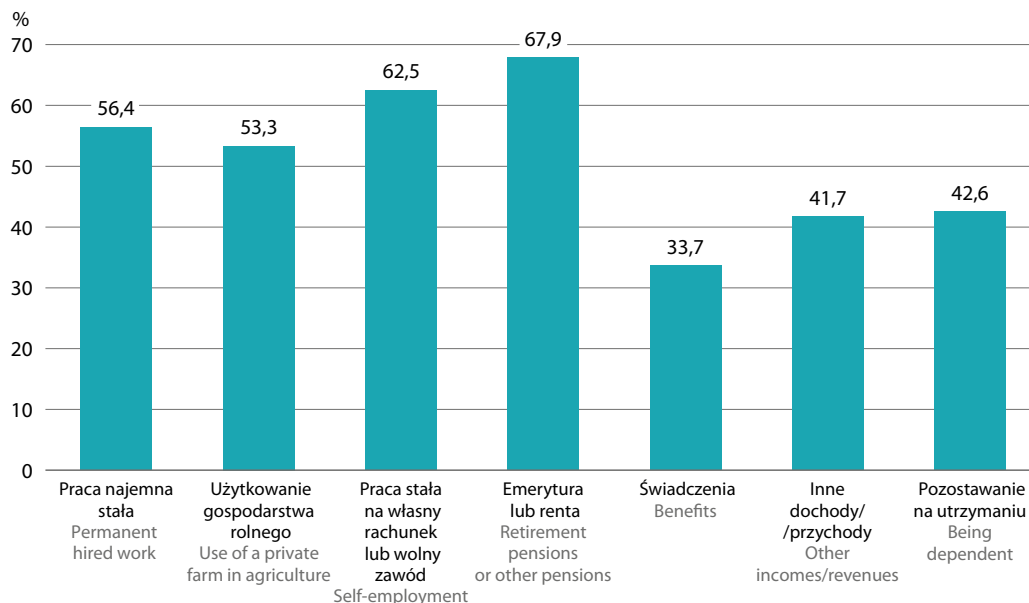
Chart 67. Percentage of people reporting readiness to vaccinate by level of education in 2020



Największy odsetek osób gotowych do poddania się szczepieniu według głównego źródła utrzymania zaobserwowano wśród osób utrzymujących się z emerytury lub renty (68%) oraz osób utrzymujących się z pracy stałej na własny rachunek lub wykonujących wolny zawód (63%). Najniższą gotowość do szczepień wykazały natomiast osoby utrzymujące się ze świadczeń (34%).

Wykres 68. Odsetek osób zgłaszających gotowość wykonania szczepienia według głównego źródła utrzymania w 2020 r.

Chart 68. Percentage of people reporting readiness to vaccinate by main source of income in 2020



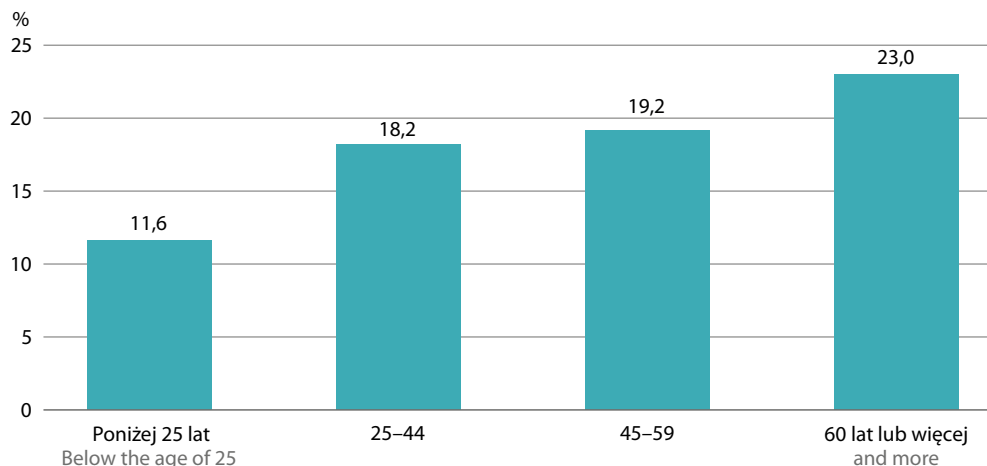
Gotowość do szczepień rośnie wraz ze wzrostem dochodów przypadających na jedną osobę w gospodarstwie domowym. Wśród osób, dla których dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym przekroczył 2 200 zł miesięcznie, odsetek gotowych do poddania się szczepieniom wyniósł 63%. Natomiast w przypadku, gdy dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym nie przekroczył 1 000 zł, odsetek ten wyniósł 54%. Wyższą skłonność do szczepień wykazali mieszkańcy miast niż mieszkańcy wsi. Wśród mieszkańców miast gotowość do szczepień zadeklarowało 61% osób, a wśród mieszkańców wsi – 52%. Spośród miast najwyższą gotowość do szczepień wykazali mieszkańcy miast liczących co najmniej 500 tys. mieszkańców – 71%. Gotowość do szczepień wśród kobiet i mężczyzn kształtuje się na podobnym poziomie (odpowiednio 57% i 59%).

Stan zdrowia Sense of health

Respondenci zostali zapytani o ogólny stan zdrowia. Na pytanie: *Czy z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii zaobserwował(-ła) Pan/Pani pogorszenie stanu zdrowia (nie dotyczy pogorszenia nastroju)?* twierdząco odpowiedziało 18% a negatywnie 72% respondentów. Pozostali (10%) zaznaczyli odpowiedź „nie dotyczy”. Pogorszenie stanu zdrowia częściej zgłaszały kobiety. Wśród osób, których pytanie dotyczyło (90% respondentów) pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii zadeklarowało 21% kobiet oraz 17% mężczyzn. W grupie ankietowanych, którzy zadeklarowali posiadanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych trwających przez 6 miesięcy lub dłużej (44% badanych) pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii zadeklarowało 24% osób. Wśród respondentów znajdujących się pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską (39% badanych) pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii zadeklarowało 23% osób, a wśród osób deklarujących posiadanie ograniczonej zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej (22% badanych) – 28% osób. Zaobserwowano również, że pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii rośnie wraz z wiekiem badanych. W grupie osób w wieku do 24 lat pogorszenie stanu zdrowia zadeklarowało 10% osób. Natomiast wśród osób w wieku 60 lat lub więcej odsetek ten wyniósł 23%.

Wykres 69. Pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu w grupach wiekowych w 2020 r.

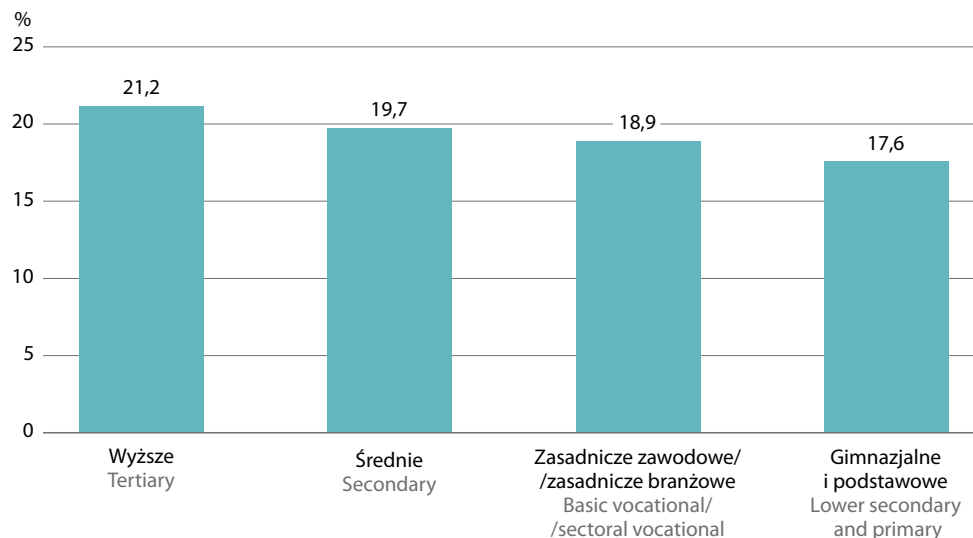
Chart 69. Deterioration of health due to prolonged home stay in age groups in 2020



Pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii różnie również wraz poziomem najwyższego ukończonego wykształcenia. Wśród osób z wykształceniem wyższym odsetek osób deklarujących pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii wyniósł 21%. W grupie osób z wykształceniem gimnazjalnym oraz podstawowym odsetek ten wyniósł 18%.

Wykres 70. Pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu ze względu na poziom najwyższego ukończonego wykształcenia w 2020 r.

Chart 70. Deterioration of health due to prolonged home stay by level of education in 2020

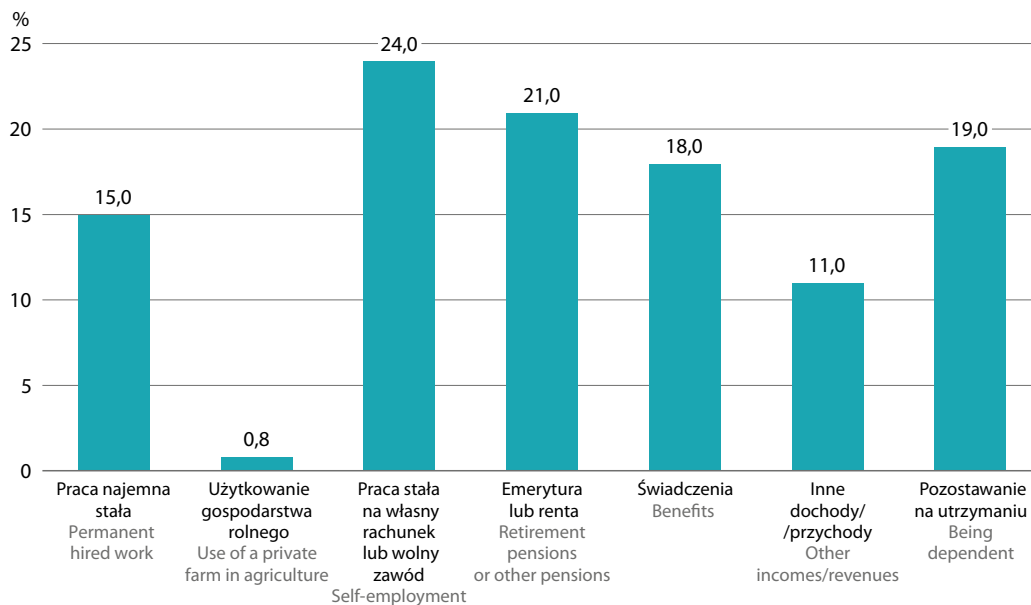


Najwyższą skłonność do deklarowania pogorszenia stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii według źródeł utrzymania wykazywały osoby, dla których źródłem utrzymania była praca stała, na własny rachunek lub wolny zawód (wśród tej grupy deklarację taką złożyło 24% osób) oraz emerytura lub renta (wśród tej grupy deklarację taką złożyło 21% osób). Natomiast wśród osób, dla których główne źródło utrzymania to użytkowanie gospodarstwa rolnego, odsetek osób deklarujących pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii wyniósł mniej niż 1%.

Pogorszenia stanu zdrowia częściej doświadczali mieszkańcy miast niż wsi (odpowiednio 21% i 12%).

Wykres 71. Pogorszenie stanu zdrowia z powodu długotrwałego przebywania w domu ze względu na główne źródło utrzymania w 2020 r.

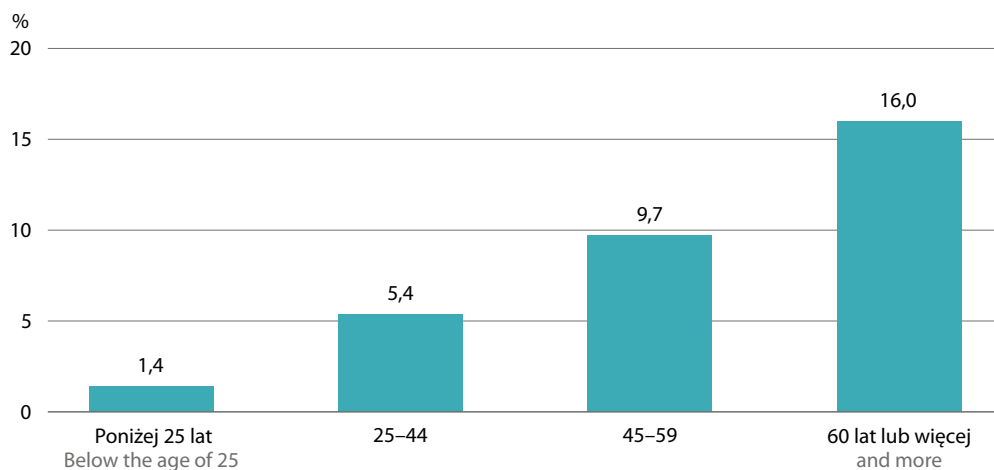
Chart 71. Deterioration of health due to prolonged home stay by main source income in 2020



Respondenci zostali również poproszeni o odpowiedź na pytanie *Czy w związku z epidemią musiał(-ła) Pan/Pani zrezygnować, ograniczyć lub przerwać proces leczenia lub rehabilitacji?* Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 10% ankietowanych. Wśród kobiet odsetek ten wyniósł 11%, a wśród mężczyzn 8%. Podobnie jak w przypadku pytania dotyczącego pogorszenia stanu zdrowia, także i w tym przypadku odpowiedź silnie zależała od wieku badanych. Wśród osób w wieku do 24 lat rezygnację, ograniczenie lub przerwanie procesu leczenia lub rehabilitacji zadeklarował 1% ankietowanych. Natomiast wśród osób w wieku 60 lat lub więcej – 16%.

Wykres 72. Konieczność rezygnacji, ograniczenia lub przerwania procesu leczenia lub rehabilitacji z powodu pandemii COVID-19 w grupach wiekowych w 2020 r.

Chart 72. Necessity to end, limit or interrupt the treatment or rehabilitation process due to the COVID-19 pandemic in age groups in 2020



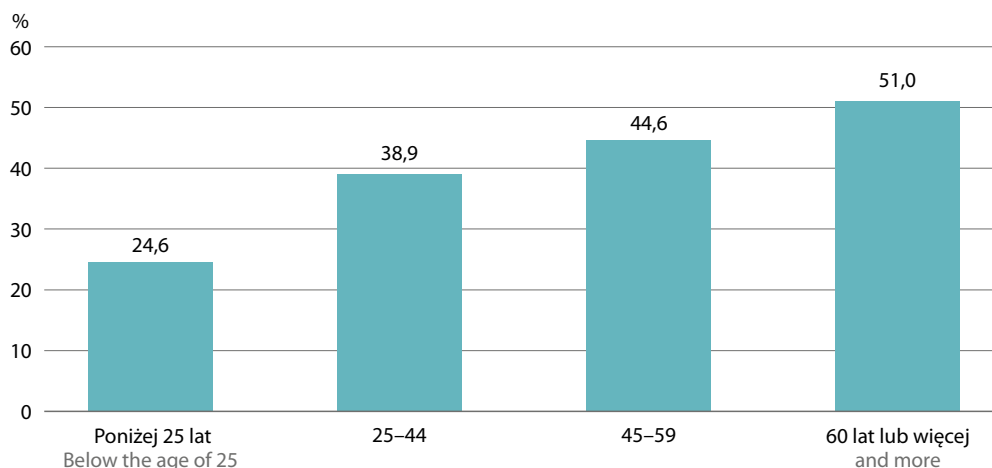
Telekonsultacje

Teleconsultation

Respondentom zadano m.in. pytanie dotyczące oceny jakości opieki zdrowotnej podczas pandemii: Czy konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem telefonicznie, lub także przy wykorzystaniu kamery wideo, ponieważ z powodu epidemii kontakt osobisty był niemożliwy lub zbyt ryzykowny?

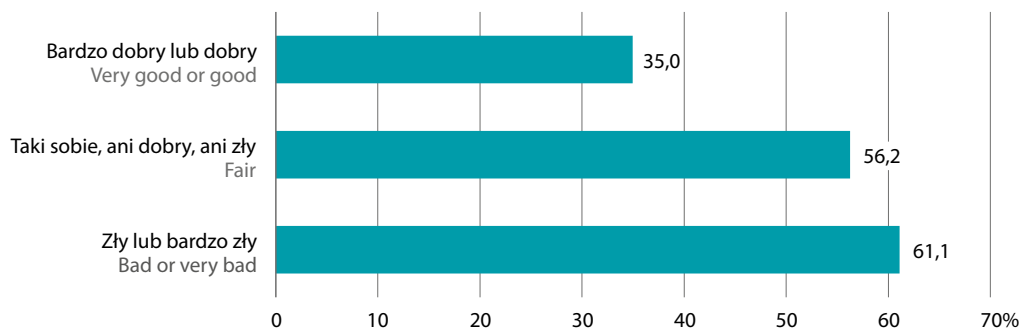
Na pytanie twierdząco odpowiedziało 44% osób. Wśród kobiet odsetek ten wyniósł 47%, a wśród mężczyzn 38%. W grupie wiekowej poniżej 25 lat z telekonsultacji skorzystało 25% osób. W grupie wiekowej 60 lat lub więcej – 51% osób.

Wykres 73. Skłonność do korzystania z telekonsultacji w grupach wiekowych w 2020 r.
Chart 73. Tendency to use teleconsultation in age groups in 2020



Odpowiedź twierdząca na pytanie dotyczące telekonsultacji z lekarzem częściej padała w grupie osób, które oceniały swój stan zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły” oraz „taki sobie, ani dobry ani zły” niż w grupie osób, które oceniły swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” lub „dobry”. Wśród osób, które oceniły swój stan zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły” z telekonsultacji skorzystało 61% osób. Wśród osób, które oceniły swój stan zdrowia jako „taki sobie, ani dobry ani zły” z telekonsultacji skorzystało 56% respondentów. Natomiast odsetek osób, które skorzystały z telekonsultacji w grupie oceniającej stan zdrowia jako „bardzo dobry” lub „dobry” wyniósł 35%.

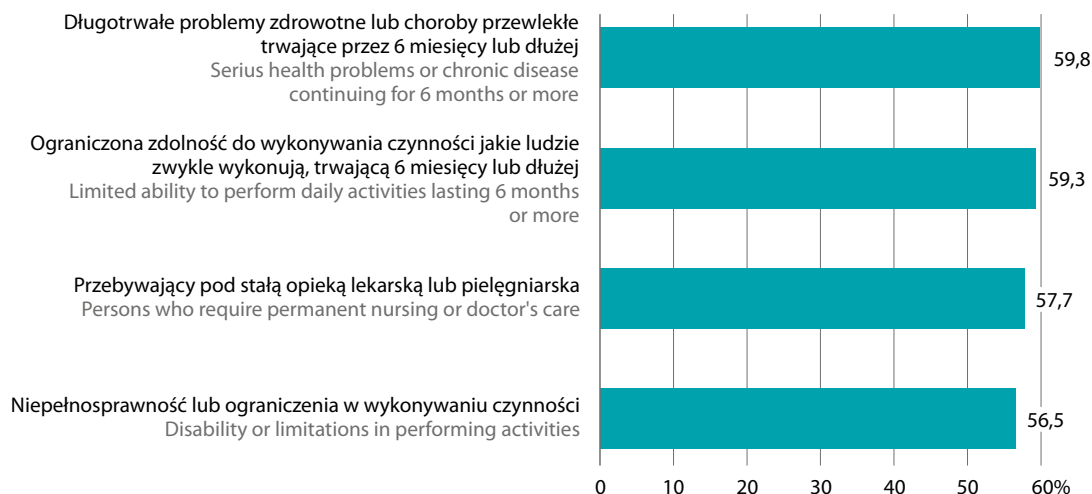
Wykres 74. Korzystanie z telekonsultacji ze względu na samoocenę stanu zdrowia w 2020 r.
Chart 74. Use of teleconsultation by self-assessment of health in 2020



Wyższą od średniej skłonność do korzystania z telekonsultacji potwierdzały również osoby, które zadeklarowały posiadanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych trwających przez 6 miesięcy lub dłużej (60%), ograniczoną zdolność do wykonywania czynności jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej (59%), przebywanie pod stałą opieką lekarską lub pielęgnarską (58%) oraz posiadanie stopnia niepełnosprawności lub ograniczenia w wykonywaniu czynności (57%).

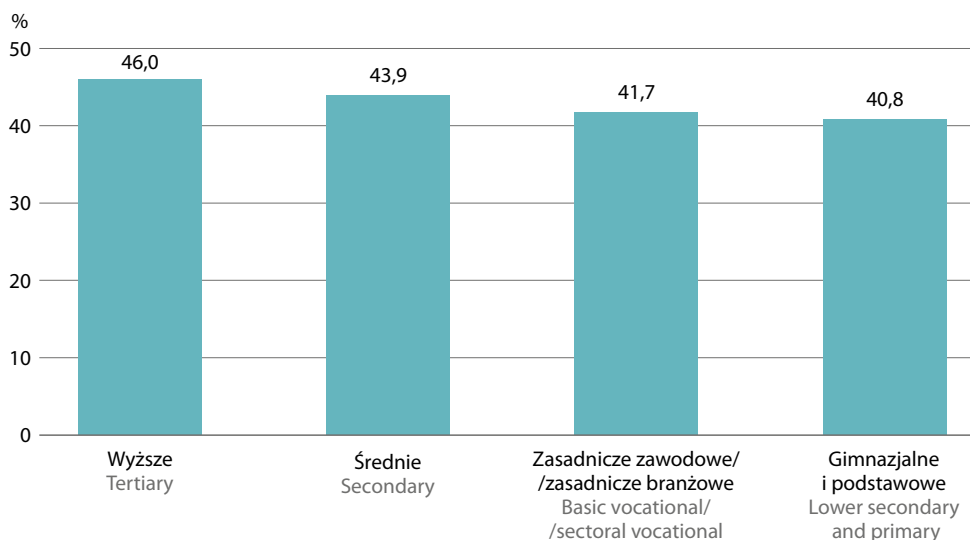
Wykres 75. Skłonność do korzystania z telekonsultacji ze względu posiadanie: długotrwałych problemów zdrowotnych, ograniczonej zdolności do wykonywania czynności jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej oraz stopnia niepełnosprawności lub ograniczenia w wykonywaniu czynności w 2020 r.

Chart 75. Use of teleconsultation by having: long-term health problems, limited ability to perform activities that people usually do, lasting 6 months or more, and the degree of disability or limitations in performing activities in 2020



Wykres 76. Korzystanie z telekonsultacji ze względu na poziom najwyższego ukończonego wykształcenia w 2020 r.

Chart 76. Use of teleconsultation by the level of education in 2020



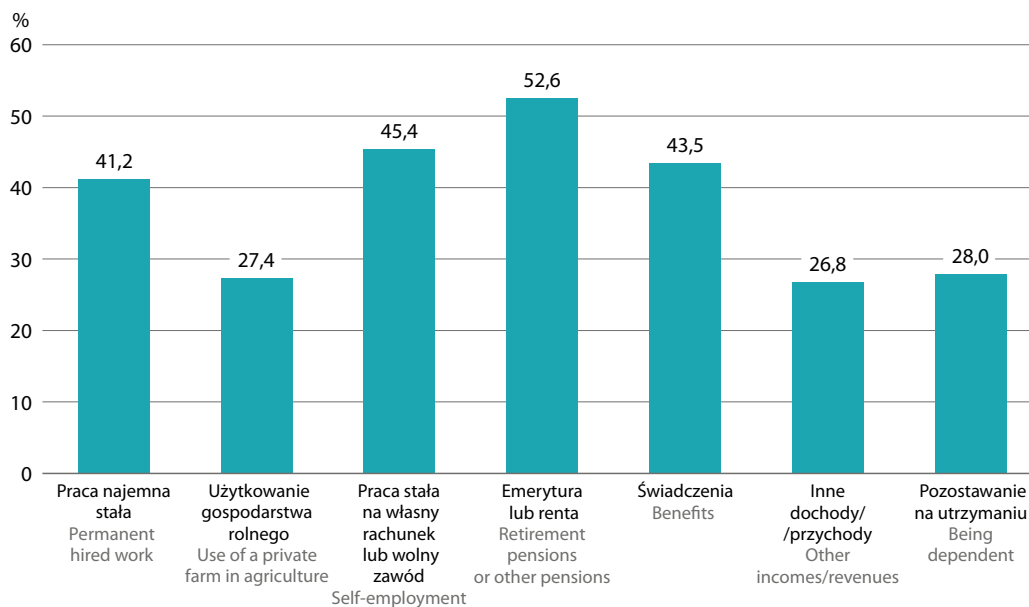
Podobną prawidłowość, jak w przypadku wieku badanych, zauważono w przypadku poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia respondentów. W grupie osób z wykształceniem wyższym korzystanie z tele-

konsultacji wykazało 46% osób, natomiast wśród osób z wykształceniem gimnazjalnymi lub podstawowym odsetek ten wyniósł 41%.

Najwyższy odsetek osób korzystających z telekonsultacji zaobserwowano wśród osób, dla których główne źródło utrzymania to emerytura lub renta (53%), a najniższy – wśród osób, dla których głównym źródłem utrzymania było użytkowanie gospodarstwa rolnego (27%). Nieco mniejszą skłonnością do korzystania z telekonsultacji charakteryzowali się mieszkańcy wsi niż miast (odpowiednio 40% i 46%). Jednak najwyższy odsetek korzystających z telekonsultacji charakteryzował mieszkańców największych miast o wielkości co najmniej 500 tys. – 50%.

Wykres 77. Korzystanie z telekonsultacji ze względu na źródło utrzymania w 2020 r.

Chart 77. Use of teleconsultation by the source of income in 2020



Uwagi metodologiczne

Methodological notes

Charakterystyka metody badawczej i realizacja badania

Characteristics of survey method and response rate

Badanie Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r. było zrealizowane w styczniu 2021 r. i objęło wszystkie gospodarstwa domowe, które wzięły udział po raz drugi w badaniu budżetów gospodarstw domowych (2. próbką) w IV kwartale 2020 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 domowym, które pozwoliły na wyodrębnienie grup kwintylowych³² gospodarstw domowych.

The survey Health care in households in 2020 was conducted in January 2021 and encompassed all the households, which took part a second time in the household budget survey (the second subsample) in the fourth quarter of 2020. 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 1 person in the household were used from the basic survey, which allowed to separate the quintile³² groups of households.

Granice grup kwintylowych według dochodu rozporządzalnego na 1 osobę za 2020 r. (w IV kwartale)

Boundaries of quintile groups by available income per capita in 2020 (in the fourth quarter)

Grupa kwintylowa Quintile group	Dolna i górna granica grupy kwintylowej (dochodu rozporządzalnego na 1 osobę) w zł Lower and upper boundary of quintile group (available income per capita) in PLN
1	do 1 200,00 zł/PLN
2	1 200,00 - 1 650,00 zł/PLN
3	1 650,00 - 2 011,75 zł/PLN
4	2 012,50 - 2 609,75 zł/PLN
5	2 611,35 i więcej and more

Badanie przeprowadzone zostało metodą CATI (wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego), przez ankieterów biorących udział w podstawowym badaniu budżetów.

The survey was carried out using the method CATI (computer-assisted telephone interviewing) by the interviewers participating in the basic survey of household budgets.

32 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 przy uwzględnieniu stosowanych w badaniu wag, a następnie podzielono na 5 równych części co do liczby osób ważonych, które to części stanowią poszczególne grupy kwintylowe. Pierwsza grupa kwintylowa (I) stanowi 20% osób o najniższych dochodach, natomiast piąta grupa kwintylowa (V) – 20% osób o najwyższych dochodach.

32 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 and these groups are individual quintile groups. The first groups quintile (I) consists of 20% of persons with the lowest incomes, while fifth groups quintile (V) – 20% of persons with the highest incomes.

<p>W IV kwartale 2020 r. w badaniu budżetów gospodarstw domowych w 2. podpróbie wzięło udział 4 316 gospodarstw domowych, z którymi przeprowadzono wywiad kwartalny. Z tej grupy w badaniu modułowym Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych uczestniczyło 4 023 (93,2%) gospodarstw. Spośród pozostałych 293 gospodarstw, 254 nie przystąpiły do badania z powodu odmowy. W zbadanych gospodarstwach liczba osób podlegających badaniu wyniosła 10 355 osób. Wyniki badania zostały uogólnione na wszystkie indywidualne gospodarstwa domowe.</p>	<p>In the fourth quarter of 2020, 4 316 households participated in the household budget survey in the second subsample, with which the quarterly interview was conducted. 4 023 (93,2%) households from this group took part in the module survey 'Health care in households'. Among 293 remaining households, 254 did not take part in the survey because of the refusal. The number of persons being the subject of the survey was 10 355 in surveyed households. The results of the survey were generalized to all the private households.</p>
--	---

Narzędzia badawcze	Survey tools
<p>Narzędziem badania były dwa kwestionariusze: „Kwestionariusz gospodarstwa domowego DS-50 G” oraz „Kwestionariusz indywidualny DS-50 I”. Obydwa 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 roczny okres odniesienia od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że niektóre z pytań ograniczone zostały do ostatnich 3 miesięcy, czyli do IV kwartału 2020 r. dotyczyło to w szczególności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, stosowania leków i suplementów diety, wystąpienia poważnych problemów zdrowotnych, wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych.</p>	<p>The survey covered the period from 1 of January 2020 to 31 of December 2020. However, it should be noted that some questions were limited to the last 3 months or 4th quarter of 2020, especially those concerning outpatient care, taking medicines or supplements, occurrence of serious health problems, use of telecommunications and the Internet while using medical services.</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 oraz 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 lub 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 lub więcej, który prawie w całości nie obejmował wywiadów zastępczych, poza pytaniami dotyczącymi zdarzeń niepożądanych. Do osób w wieku 15 lat lub więcej skierowane były również pytania o zdolność wykonywania czynności w odniesieniu do stanu zdrowia, o czynniki, które mają wpływ na stan zdrowia oraz epidemię choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”.</p>	<p>Questionnaire DS-50 I was intended for households members. All people aged 15 and more 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 more did not cover substitute interviews almost entirely, except for questions about adverse events. People aged 15 and more were asked about their capabilities of performance in relation to health condition and about the epidemic of an infectious disease caused by the SARS-CoV-2 virus, referred to as “COVID-19”.</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 (samoceny 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 tej części odnosiły się do całego 2020 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 2020 r., ale dotyczące badań diagnostycznych dotyczyły roku 2020. Po raz pierwszy w ankiecie pojawiły się pytania dotyczące trudności podczas korzystania z usług medycznych, na które napotykają osoby niepełnosprawne. Ponownie pojawił się blok pytań dotyczących wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych. Przedostatni dział dostarczył informacji na temat jakości opieki zdrowotnej w całym 2020 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 korzystania z usług medycznych w szpitalu. W formularzu zamieszczone zostały dodatkowe pytania dotyczące epidemii choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”.</p>	<p>Respondents were asked about entitlement to services financed by the National Health Fund, to services covered by additional health insurance (DZZ) and about entitlement of household members to receive disability pension. 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 part referred to 2020 in its entirety (12 month period prior to interview). Information contained in interview's questionnaire, about usage of outpatient health care referred exclusively to 4th quarter of 2020, but the diagnostic tests concerned the year 2020. For the first time in the survey, there were questions about the difficulties faced by people with disabilities when using medical services. A block of questions about the use of telecommunications and the Internet when using medical services has appeared again. Second to last section provided information in regards to quality of health care throughout 2020 as assessed by respondents. Some of the questions concerned only health care provided under the general health security (National Health Fund) – general health care quality assessment, health services accessibility assessment, waiting time for particular services, relations with doctor. Questions about adverse events related to the use of medical services in a hospital. Questionnaire contains additional questions about the epidemic of an infectious disease caused by the SARS-CoV-2 virus, referred to as “COVID-19”.</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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prawdopodobieństwa wyboru mieszkań i gospodarstw domowych, • strukturę populacji gospodarstw domowych i osób wg bieżących danych demograficznych. 	<p>To estimate the parameters, a method was adapted which takes into account:</p> <ul style="list-style-type: none"> • probability of selecting dwelling or household, • population structure of households and people according to current demographic data.
<p>W związku z powyższym obliczone zostały kolejno następujące wagi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w_1, czyli waga z losowania, • w_2 – waga uwzględniająca strukturę demograficzną gospodarstw domowych i ludności. 	<p>In view of the above, the following weights were calculated in sequence:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w_1 – sampling weight, • w_2 – weight that takes into account demographic structure of households and population.
<p>Waga w_1 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 w_1 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 w_1 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 niewiele mniej niż 100%.</p>	<p>Weight w_1 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>
<p>Wagi z losowania w_1 nie odwzorowują w sposób zadowalający badanej populacji w zakresie struktury ludności i wielkości gospodarstw. Dlatego następnym etapem było obliczenie wag w_2 na podstawie wag w_1. W tym celu zastosowano metodę kalibracji wag³³.</p>	<p>Sampling weights w_1 do not satisfyingly reproduce surveyed population in terms of population structure and household size. For this reason, next stage was to calculate weights w_2 based on weights w_1. In order to do that, weight calibration method was used³³.</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 lub więcej osobach, w podziale na miasto i wieś. Dla ludności wykorzystano informację o płci, grupie wieku (14 pięcioletnich grup wieku oraz grupa 70 lat lub więcej). Wartości tych zmiennych pochodziły z bieżących szacunków demograficznych Narodowego Spisu Powszechnego 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 National Population and Housing Census 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 w_1 tak, aby iloraz ostatecznej wagi w_2 do wagi w_1 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 w_1 as little as possible in such a way that quotient of final weight w_2 to weight w_1 was as close to unity as possible and to make sure that generalizations by means of weights w_2 reproduce established external data.</p>
<p>Stosując terminologię matematyczną, problem kalibracji można sformułować wprowadzając tzw. funkcję odległości:</p>	<p>Using mathematical terminology problem of calibration can be formulated with introduction of so called distance function:</p>
$G\left(\frac{w_2}{w_1}\right)$	$G\left(\frac{w_2}{w_1}\right)$
<p>która będzie kontrolowała odchylenia ilorazu wag od jedynki. Wagi „kalibrowane” w_2 są rozwiązaniem następującego problemu optymalizacji z ograniczeniami:</p>	<p>which will control deviation of weights quotient from unity. “Calibrated” weights w_2 are solution to following optimisation problem with restrictions:</p>
<p>minimum: $\sum_j w_1 G\left(\frac{w_2}{w_1}\right)$</p>	<p>minimum: $\sum_j w_1 G\left(\frac{w_2}{w_1}\right)$</p>
<p>przy ograniczeniach:</p> $\sum_{ij} w_2 x_{rj} = X_r, (r = 1, 2, \dots, p)$	<p>with restrictions:</p> $\sum_{ij} w_2 x_{rj} = X_r, (r = 1, 2, \dots, p)$
<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>X_r - wartość globalna dla zmiennej pomocniczej r</p>	<p>X_r - global value for auxiliary variable r</p>
<p>x_{rj} - wielkość cechy r w gospodarstwie j-tym</p>	<p>x_{rj} - value of r variable in household j</p>

33 Podobna metoda jest stosowana w badaniach EU-SILC i EHIS.

33 Similar method is used in surveys EU-SILC and EHIS.

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 postaci funkcji odległości G . Przy obliczaniu wag dla tego badania użyto metody opartej na funkcji sinusa hiperbolicznego, ze względu na wykazaną w praktyce własność uzyskiwania rozkładów wag kalibrowanych bardzo blisko skupionych wokół wartości wyjściowych.

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 this survey method based on hyperbolic sinus was used due to, demonstrated in practice, trait of obtaining calibrated weights distribution very closely centred around original values.

Imputacja

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 było 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.

Imputation

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 was 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. 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.

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, tzn. że 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.

Missing values were imputed by weighted mean in imputation classes i.e. subsets of surveyed population defined by 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>Przy definiowaniu klas wykorzystane zostały informacje o województwie miejsca zamieszkania 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 voivodship 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 Taylora.</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 Taylor series method is used.</p>
<p>Metoda ta polega na oszacowaniu wariancji estymatora w każdej warstwie w następujący sposób:</p>	<p>The method is based on estimating the variance of the estimator in each stratum as follows:</p>
$\frac{n_h}{n_h - 1} t_h$	$\frac{n_h}{n_h - 1} t_h$
<p>gdzie: n_h – liczba zbadanych jednostek pierwszego stopnia (jps) w warstwie h</p>	<p>where: n_h - number of tested primary sampling unit (psu) in the h stratum</p>
$t_h = \sum_{k=1}^{n_h} (y_{hk} - \bar{y}_h)^2$	$t_h = \sum_{k=1}^{n_h} (y_{hk} - \bar{y}_h)^2$
$y_{hk} = \sum_{j=1}^{n_{hk}} w_{hkj} y_{hkj}$	$y_{hk} = \sum_{j=1}^{n_{hk}} w_{hkj} y_{hkj}$
$\bar{y}_h = \frac{\sum_{k=1}^{n_h} y_{hk}}{n_h}$	$\bar{y}_h = \frac{\sum_{k=1}^{n_h} y_{hk}}{n_h}$

<p>Gdzie j oznacza numer gospodarstwa domowego, h numer warstwy, k numer jps w warstwie, n_{hk} liczbę gospodarstw domowych w k-tej jps w h-tej warstwie, a w_{hjk} wagę gospodarstwa hjk.</p>	<p>Where j is the household number, h is the stratum number, k is the psu number in the stratum, n_{hk} is the number of households in the psu k in the stratum h, and w_{hjk} is the weight of the household hjk.</p>
<p>Estymatorem wariancji dla całej populacji jest suma estymatorów wariancji dla poszczególnych warstw.</p>	<p>The variance estimator for the entire population is the sum of the variance estimators for the individual strata.</p>
$\hat{V}(\hat{y}) = \sum_{h=1}^H \frac{n_h}{n_h - 1} t_h$	$\hat{V}(\hat{y}) = \sum_{h=1}^H \frac{n_h}{n_h - 1} t_h$
<p>Estymatorem błędu bezwzględnego jest:</p>	<p>The absolute error estimator is:</p>
$s = \sqrt{\hat{V}(\hat{y})}$	$s = \sqrt{\hat{V}(\hat{y})}$
<p>Natomiast estymatorem względnego błędu standardowym jest:</p>	<p>While relative standard error estimator is:</p>
$v = \frac{s}{\hat{y}} \cdot 100\%$	$v = \frac{s}{\hat{y}} \cdot 100\%$
<p>W przypadku estymacji wariancji dla ilorazu wartości globalnych dwóch cech konieczne jest zastosowanie metody linearyzacji.</p>	<p>In the case of estimating the variance for the quotient of the global values of two features, it is necessary to use the linearization method.</p>
<p>Niech \hat{x} będzie estymatorem wartości globalnej x, \hat{y} estymatorem wartości globalnej y, a $\hat{r} = \frac{\hat{y}}{\hat{x}}$.</p>	<p>Let \hat{x} be an estimator of the global value of x, \hat{y} an estimator of the global value of y, and $\hat{r} = \frac{\hat{y}}{\hat{x}}$.</p>
<p>Dla każdej jednostki obliczamy wartość nowej zmiennej według podanego poniżej wzoru:</p>	<p>For each unit, we calculate the value of a new variable according to the formula below:</p>
$z_{hi} = (y_{hi} - \hat{r}x_{hi}) / \hat{x}$	$z_{hi} = (y_{hi} - \hat{r}x_{hi}) / \hat{x}$
<p>gdzie y_{hi} i x_{hi} to wartości odpowiednich zmiennych dla jednostki i z warstwy h.</p>	<p>where y_{hi} and x_{hi} are values of the corresponding variables for the unit i in stratum h.</p>
<p>Następnie obliczamy estymator wariancji wartości globalnej zmiennej z metodą opisaną powyżej.</p>	<p>Then we calculate the variance estimate of the global variable with the method described above.</p>
<p>Interpretacja wskaźników błędów losowych (precyzji)</p>	<p>Sampling error rates interpretation (precision)</p>
<p>Względny błąd szacunku (v) mówi o tym, na ile można dane traktować jako wiarygodne.</p>	<p>Relative standard error (v) specifies to what extent data can be treated as reliable.</p>
<p>Szacowane w badaniu parametry mają charakter wartości globalnych (np. „osoby korzystające z ...”) lub średnich (np. „przeciętne wydatki na 1 osobę...”).</p>	<p>Parameters estimated in this survey have character of global values (e.g. “people using ...”) or averages (e.g. “average expenditures per capita on ...”).</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>

<p>Prezentowane dane należy traktować z dużą ostrożnością, gdyż obarczone były znacznym błędem losowym. Dla zorientowania się w problemie, na końcu części tabelarycznej umieszczono tablice precyzji dla wybranych zmiennych.</p>	<p>Presented data should be treated with utmost caution because they were burdened with significant sampling error. To get an idea of the problem, at the end of tabular part precision tables for selected variables are included.</p>
<p>Definicje i objaśnienia</p>	<p>Definitions and explanations</p>
<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 porównywalnej do klasyfikacji funkcjonalnej SHA 2011, uwzględnianych w Narodowym Rachunku Zdrowia. Na potrzeby tego rachunku, usługi wyszczególnione w badaniu podzielono na następujące grupy³⁴:</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, <p>pozostałe usługi pomocnicze, np. pielęgnacja pacjenta czy porada psychologiczna.</p>	<p>2. The survey takes into account the need to obtain information necessary to estimate the expenditure on households on health care in a structure comparable with the functional classification of SHA 2011, 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 groups³⁴:</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, <p>other services the secondary for example patient care or psychological advice.</p>
<p>3. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej³⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> – posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo – odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo – posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo – posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej³⁵. 	<p>3. A primary care physician providing services within the framework of primary care³⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> – holds the title of specialist in family medicine, or – is undergoing a specialization training in the field of family medicine, or – has a second degree specialization in general medicine, or – has a 1st or 2nd degree specialization or the title of specialist in the field of paediatrics, provided that he has completed a course in the field of family medicine³⁵.

34 Zastosowana klasyfikacja usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej utworzona została w oparciu o klasyfikację funkcjonalną stosowaną w narodowych rachunkach zdrowia według metodologii SHA 2011 opracowanej przez OECD, Eurostat i WHO.

34 The applied classification of outpatient health care services is based on the functional classification used in the national health accounts according to SHA 2011 methodology developed by OECD, Eurostat and WHO.

35 Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2021 poz. 1050).

35 The Act of 27 October 2017 on primary health care (Journal of Laws of 2021 item 1050).

<p>4. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta³⁶.</p>	<p>4. Out-patient health 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 residence³⁶.</p>
<p>5. Szpital – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo wydzielona jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, z wyłączeniem zakładów leczniczych podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne).</p>	<p>5. Hospital – a health care unit of the therapeutic entities or organizational units of health care unit in which an entity conducts medical activity in kind of hospital services. Health care unit of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours (day care hospitals) are excluded.</p>
<p>6. Pobyt dzienny – usługi medyczne i paramedyczne świadczone w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej pacjentom w ciągu jednego dnia (bez noclegów).</p>	<p>6. 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>7. Pobyt stacjonarny – pobyt w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej z noclegiem.</p>	<p>7. Inpatient care – care provided in a healthcare facility to patients formally admitted and requiring an overnight stay.</p>
<p>8. Zakład opiekuńczo-leczniczy – udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem <u>pielęgnację i rehabilitację</u> pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych³⁷.</p>	<p>8. Chronic medical care home – providing 24-hour health care services which cover the scope of <u>nursing and rehabilitation</u> of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents and medical materials, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self-care and personal care at home³⁷.</p>
<p>9. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy – udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem <u>pielęgnację, opiekę i rehabilitację</u> pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych³⁸.</p>	<p>9. Nursing home – providing 24-hour health care services which cover the scope of <u>nursing, care and rehabilitation</u> of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents needed for continuation of a treatment, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self-care in a domestic environment³⁸.</p>

36 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711).

36 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (Journal of Laws 2021 item 711).

37 jw.

37 ibid.

38 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711).

38 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (Journal of Laws 2021 item 711).

<p>10. 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 MONAR-em. 	<p>10. 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>11. 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 medycznej³⁹.</p>	<p>11. 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 university³⁹.</p>
<p>12. 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>12. 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>13. Pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia. Udziela świadczeń zdrowotnych w ramach systemu: Państwowe Ratownictwo Medyczne, jako zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego⁴⁰.</p>	<p>13. 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 provides health services within the framework of state: Emergency Medical Service, as emergency rescue team or aerial emergency rescue team⁴⁰.</p>
<p>14. Transport sanitarny – przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu⁴¹.</p>	<p>14. Sanitary transport – transportation of people or biological materials as well as materials used for providing medical services, demanding special transportation conditions⁴¹.</p>
<p>15. 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 społecznej⁴².</p>	<p>15. 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 integration⁴².</p>
<p>16. Artykuły medyczne – materiały i preparaty opatrunkowe np. gaza, wata; środki dezynfekcyjne, np. spirytus salicylowy, jodyna.</p>	<p>16. Medical goods – materials and preparations for dressings ex. gauze, cottonwool, disinfectants ex. salicylic alcohol, iodine.</p>

39 Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. 2021 poz. 866).

39 The Act of 27 July 2001 on laboratory diagnostics (Journal of Laws 2021 item 866).

40 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2021 poz. 2053).

40 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (Journal of Laws of 2021 item 2053).

41 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 poz. 1285).

41 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (Journal of Laws of 2021 item 1285).

42 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2021 poz. 573).

42 The Act of 27 August 1997 on Occupational Rehabilitation and Employment of Disabled (Journal of laws of 2021 item 573).

<p>17. Produktem leczniczym (lekiem) jest substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne⁴³.</p>	<p>17. A medicinal product (medicine) is a substance or a mixture of substances presented as having the properties for preventing or treating disease in humans or animals, or administered to make a diagnosis, or to restore, improve or modify physiological functions of the body through a pharmacological, immunological or metabolic action⁴³.</p>
<p>18. 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 farmaceutycznego⁴⁴.</p>	<p>18. 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 law⁴⁴.</p>

43 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977).

43 The Act of 6 September 2001 the Pharmaceutical Law (Journal of Laws of 2021 item 1977).

44 Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. 2020 poz. 2021).

44 The Act of 25 August 2006 on Safety of food and nutrition (Journal of Laws of 2020 item 2021).

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 ^{a)} (kwestionariusz DS-50 I)		
---	--	--

^{a)} 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 2020 ROKU

4. Czy w 2020 r. ktoś z Pana/Pani gospodarstwa kupował leki? (łącznie z lekami na receptę całkowicie bezpłatnymi)	tak	1	→ pyt. 11
	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 2020 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 zmianę 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 2020 r.		
bardzo często się zdarzało, że nie mieliśmy pieniędzy na wykupienie leków	1	
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	→ pyt. 12

9. Czy w 2020 r. gospodarstwo ubiegało się w pomocy społecznej o zwrot kosztów zakupionych na receptę leków?	tak	1	→ pyt. 11
	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 2020 r.? (w złotych)	
--	--

12. Ile złotych łącznie wydaliście Państwo w IV kwartale 2020 r. na leki i inne wyroby medyczne? (w złotych)	
---	--

13. Jaka była wysokość wydatków w 2020 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 2020 r. ktokolwiek z członków gospodarstwa domowego korzystał z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ?	tak	1	→ pyt. 17
	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 ^{a)}	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

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

17. Czy w 2020 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 2020 r. ktoś z gospodarstwa domowego korzystał z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej?	tak nie	1 2	→ pyt. 22			
21. Ile zapłacono za usługi z zakresu medycyny niekonwencjonalnej w 2020 r.?						
22. Czy w 2020 r. gospodarstwo domowe poniosło jakieś wydatki związane z leczeniem osoby spoza gospodarstwa domowego?	tak nie	1 2	→ pyt. 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	→ pyt. 28			
25. Jaka była łączna wartość świadczenia za 2020 r.? (w złotych)						
26. Kto głównie sprawuje opiekę nad tą osobą?						
odpłatnie osoby spoza gospodarstwa domowego	1	} → pyt. 28				
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 2020 r.? (w złotych)						
28. Czy w 2020 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?						
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 2020 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 dentyków	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 2020 r.? (nie dotyczy zakupu leków za granicą)	tak nie	1 2	→ pyt. 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 2020 r.?			
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	11M		
37. Czas trwania wywiadu (w minutach)			
Uwagi ankietera:			

Numer ankietera

□ - □□ - □□□□□□

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

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

Dział 3.KORZYSTANIE Z USŁUG MEDYCZNYCH

Stacjonarna opieka zdrowotna w okresie 01 I 2020 – 31 XII 2020

20. Czy w 2020 r. korzystał(-ła) Pan/Pani ze stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitalnej lub pozaszpitalnej)?	tak	1	→ pyt. 21
	nie	2	

Proszę o scharakteryzowanie każdego pobytu.

Numer pobytu	Rodzaj jednostki			Okres pobytu liczony w		Przyczyna pobytu	Wysokość wydatków w złotych										
	w ramach NFZ	w ramach DZZ ¹⁾	poza ubezpieczeniami	nocach (dla pobytów stacjonarnych)	dniach (dla pobytów dziennych)		1. poród 2. wypadek 3. choroba 4. obserwacja i diagnozowanie 5. rehabilitacja, w tym poszpitalna 6. operacja, pobyt pooperacyjny 7. kuracja leczenia uzdrowskiego 8. zapewnienie opieki pielęgnacyjnej 9. inne (np. komplikacje)	dobrowolna wpłata na rzecz szpitala (np. darowizna)	opłacone dyżury przy chorym	zakup leków lub innych wyrobów medycznych niezbędnych dla chorego	dla pobytów w sanatorium uzdrowskowym		na dowody wdzięczności (np. kwiaty, prezenty, nieformalne opłaty gotówkowe) dla:		na badania przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu lub innej jednostce stacjonarnej opieki zdrowotnej lub w związku z tym pobylem	innych wydatków związanych z pobylem w szpitalu (np. usługi ponadstandardowe)	osób nieubezpieczonych lub ubezpieczonych korzystających ze świadczeń nieopłacanych przez NFZ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

¹⁾ Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty).

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne w IV kwartale 2020 r.

21. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w IV kwartale 2020 r.?	tak	1	→ pyt.26
	nie	2	

Proszę określić, ile razy korzystał(-ła) Pan/Pani w ciągu IV kwartału 2020 r. z wyszczególnionych poniżej usług i ile wyniosły związane z tym wydatki (w złotych).

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

22. Porady lekarskie i usługi pielęgniarskie w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:

22.1 podstawowej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.2 specjalistycznej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.3.1 leczenie stomatologiczne zachowawcze	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.3.2 leczenie stomatologiczne protetyczne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.3.3 leczenie stomatologiczne ortodontyczne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				
22.4 pozostałe usługi ambulatoryjne	liczba porad	a				
	opłaty ^{b)}	b				
	inne wydatki ^{c)}	c				

23. Usługi lecznicze w domu pacjenta:

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

24. Usługi rehabilitacyjne:

24.1 rehabilitacja ambulatoryjna	opłaty ^{d)}				
24.2 rehabilitacja w domu pacjenta	opłaty ^{d)}				

25. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej:

25.1 badania laboratoryjne	opłaty ^{d)}				
25.2 diagnostyka obrazowa	opłaty ^{d)}				
25.3 usługi transportowe i ratownictwo medyczne	opłaty ^{d)}				
25.4 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).

Badania diagnostyczne w 2020 r.

Pytania 26–30 nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacji.

Rodzaje badań laboratoryjnych	26. Czy w ciągu 2020 r. wykonywał (-ła) Pan/Pani następujące badania laboratoryjne?		27. 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	28. Czy w ciągu 2020 r. wykonywał(-ła) Pan/Pani następujące badania?		29. Jeśli Tak, to czy ostatnie wykonane badanie było finansowane w ramach:				30. 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) urografia	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	

Korzystanie z usług w związku z chorobą. Odpowiadają osoby, które chorowały w 2020 r. na daną chorobę stwierdzoną przez lekarza.

31. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z usług medycznych z tytułu niżej wymienionych chorób?				
Choroby	w ramach NFZ	w ramach DZZ	poza ubezpieczeniami	nie wiem/ odmawiam odpowiedzi
1) cukrzyca	1	2	3	4
2) choroba Parkinsona	1	2	3	4
3) stwardnienie rozsiane	1	2	3	4
4) padaczka, stan padaczkowy	1	2	3	4
5) nadciśnienie tętnicze	1	2	3	4
6) choroba niedokrwienna serca	1	2	3	4
7) choroby naczyń mózgowych, udar mózgu	1	2	3	4
8) zapalenie płuc	1	2	3	4
9) astma oskrzelowa, stan astmatyczny	1	2	3	4
10) przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych inne niż astma (włączając przewlekłe obturacyjne choroby płuc)	1	2	3	4
11) choroby wątroby	1	2	3	4
12) reumatoidalne zapalenie stawów	1	2	3	4
13) choroby zwyrodnieniowe stawów	1	2	3	4
14) osteoporoza	1	2	3	4
15) niewydolność nerek	1	2	3	4
16) kamica moczowa	1	2	3	4

32. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani w 2020 r. z programów profilaktycznych?	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 Odotyoniowych (w tym POChP)	1	2
7) Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego	1	2
8) inne	1	2

33. Czy w IV kwartale 2020 r. stosował(-ła) Pan/Pani suplementy diety lub 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

Rezygnacja z usług medycznych i zakupu leków

34. Czy w 2020 r. zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z zakupu leków przepisanych przez lekarza?	
nie dotyczy (nie przepisano mi leków)	1
zrezygnowałem (-łam) z powodu kosztów zakupu	2
zrezygnowałem (-łam) z innego powodu niż koszty	3
za każdym razem wykupiłem (-łam) leki	4

35. Rezygnacja z usług medycznych w 2020 r. pomimo, że istniała rzeczywista potrzeba skorzystania	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Pielęgniarki	Badań diagnostycznych, leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5	6
nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania	1	1	1	1	1	1
tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam)	2	2	2	2	2	2
zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby	3	3	3	3	3	3

W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pytaniu 35 proszę odpowiednio o odpowiedź na pyt.36

36. 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 dentysty	Pielęgniarki	Badań diagnost., leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5	6
z powodu kosztów (braku pieniędzy)	1	1	1	1	1	1
długi czas oczekiwania na termin wizyty	2	2	2	2	2	2
brak skierowania	X	3	3	3	3	3
brak czasu	4	4	4	4	4	4
niedostosowany czas przyjęć (np. w godzinach pracy)	5	5	5	5	5	5
trudności z dotarciem	6	6	6	6	6	6
obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem, szpitalem	7	7	7	7	7	7
warunki zagrożenia epidemicznego choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”	8	8	8	8	8	8
wolałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy miną bez konieczności wizyty	9	9	9	9	9	9
nie znam żadnego dobrego lekarza	10	10	10	X	10	10
brak lekarza	11	11	11	11	11	11
odmowa związana z moją niepełnosprawnością	12	12	12	12	12	12
inne	13	13	13	13	13	13

Kolejne dwa pytania dotyczą osób, które zadeklarowały stopień niepełnosprawności i/lub ograniczenia zdolności wykonywania czynności.

37. Czy korzystając z usług medycznych w 2020 r. natrafił(-ła) Pan/Pani na dane trudności techniczne, które okazały się dla Pana/Pani istotne:	Tak	Nie	Nie korzystałem(-łam) z usług
1) bariery architektoniczne budynków	1	2	3
2) trudności techniczne w rejestracji wizyty (niedostosowanie systemu)	1	2	
3) trudności w podpisaniu dokumentów	1	2	
4) trudności z zapoznaniem się z dokumentacją medyczną	1	2	
5) brak asystenta dla osoby z niepełnosprawnością	1	2	
6) brak specjalistycznego sprzętu (np. foteli stomatologicznych, ginekologicznych)	1	2	

38. Czy korzystając z usług medycznych w 2020 r. natrafił(-ła) Pan/Pani na dane trudności w kontaktach z personelem:	Tak	Nie	Nie korzystałem(-łam) z usług
1) trudności w komunikacji/porozumieniu/rozmowie z lekarzami	1	2	3
2) niezrozumienie potrzeb pacjenta przez lekarzy	1	2	
3) trudności wynikające z niezrozumienia informacji od lekarzy	1	2	
4) trudności w komunikacji/porozumieniu/rozmowie z innymi niż lekarze pracownikami placówki opieki zdrowotnej (np. pielęgniarkami, pracownikami rejestracji)	1	2	
5) niezrozumienie potrzeb pacjenta przez innych pracowników placówki opieki zdrowotnej	1	2	
6) trudności wynikające z uprzedzeń lub stereotypów pracowników placówki wobec osób z niepełnosprawnością (np. niechęć lub nadmierna troska)	1	2	
7) trudności wynikające z postaw innych pacjentów (lęk/niepewność lub przesadna troska/pomoc)	1	2	
8) podważanie zdolności pacjenta do wyrażania świadomej zgody na leczenie lub zabieg	1	2	

Kolejne pytanie dotyczy wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych

39. Proszę określić wykorzystanie telekomunikacji/Internetu	Tak	Nie
1) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy i informacji o chorobach, sposobach leczenia	1	2
2) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania opinii na temat lekarzy	1	2
3) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy o zdrowym stylu życia	1	2
4) korzystałem(-łam) w 2020 r. ze sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej	1	2
5) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-łam) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne telefonicznie	1	2
6) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-łam) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne poprzez stronę internetową	1	2
7) w ciągu ostatnich 3 miesięcy wykonywałem(-łam) badania i otrzymałem(-łam) wyniki drogą internetową (aplikacja mobilna)	1	2

Dział 4. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2020 ROKU

Uwaga: Pytania 40–46 obejmują jedynie opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

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

40. Proszę ocenić na podstawie własnego doświadczenia jakość opieki zdrowotnej w 2020 r. (w porównaniu z poprzednim rokiem)		41. Proszę ocenić na podstawie własnych doświadczeń czas oczekiwania na poniższe świadczenia:	Bez-zwło- cznie (do godz.)	W ciągu 1 dnia	Do tyg.	Do 2 tyg.	Do mies.	Do 2 mies.	Do 3 mies.	Do pół roku	Po- wyżej pół roku	Nie doty- czy
pozostała bez zmian	2	2) wizytę u lekarza dentysty	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
poprawiła się	3	3) pobyt w szpitalu (nie dotyczy przypadków bardzo pilnych np. poród, wypadek)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie mam zdania . .	4											

42. 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 pielęgniarskiej 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

Kolejne cztery pytania dotyczyć będą usług lekarza POZ.

43. Czy jest Pan/Pani zadowolony(-na) z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry?	
zdecydowanie zadowolony(-na)	1
raczej zadowolony(-na)	2
raczej niezadowolony(-na)	3
zdecydowanie niezadowolony(-na)	4
nie dotyczy	5 → pyt. 47

44. Czy lekarz POZ podczas wizyt zalecał zdrowy tryb życia np. ćwiczenia fizyczne, dietę?	tak	1
	nie	2

45. Czy lekarz POZ pytał o emocjonalne problemy, które mogą mieć wpływ na Pana/Pani zdrowie (np. stres)?	tak	1
	nie	2

46. Proszę określić relację z lekarzem POZ:	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko lub nigdy
1) lekarz zna historię mojego leczenia	1	2	3	4
2) lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	1	2	3	4
3) lekarz angażuje mnie w stopniu oczekiwanym w podejmowanie decyzji dot. mojej opieki i leczenia	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

Pytania 47–50 dotyczą wszystkich badanych bez względu na wiek, dopuszcza się wywiad zastępczy.

47. Czy doświadczył(-ła) Pan/Pani w 2020 r. zdarzenia niepożądanego w szpitalu? (dotyczy pobytów dziennych oraz stacjonarnych, wyłączając poradnie przyszpitalne)	tak	1	→ pyt. 51
	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.

Zakażenie związane z opieką zdrowotną – dowolna choroba lub patologia związana z obecnością zarazka lub jego produktów w związku z korzystaniem z usług opieki zdrowotnej, zabiegami.

Wyszczególnienie	Wystąpienie zdarzenia w szpitalu		
	tak	nie	nie wiem
48. Proszę o 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.			
1) zakażenie	1	2	3
2) błędy dotyczące leków (rodzaj, dawka)	1	2	3
3) nieporozumienie, np. w relacji lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent	1	2	3
4) błąd w diagnozie (rozpoznanie)	1	2	3
5) awaria sprzętu medycznego	1	2	3
6) chirurgia/zabieg operacyjny	1	2	3
7) uszkodzenie okołoporodowe	1	2	3
8) drobne zabiegi bez znieczulenia	1	2	3
9) inne	1	2	3

49. Czy w wyniku zdarzenia (w tym zakażenia) stan zdrowia Pana/Pani uległ pogorszeniu?	tak	1
	nie	2
	nie wiem	3

50. Jakie działania zostały podjęte w związku z doświadczonym zdarzeniem niepożądanym? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	
poinformowano pacjenta, że doszło do zdarzenia	1
przepraszono 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
zgłoszono skargę	6
nie podjęto żadnych działań ze strony placówki	7

Dział 5. Epidemia choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”.

Pytanie dotyczy osób w wieku 15 lat i więcej. Pytania proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat i więcej.

51. Proszę o dodatkowe informacje związane z epidemią	Tak	Nie	Nie dotyczy
1) Czy z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii zaobserwował(-ła) Pan/Pani pogorszenie stanu zdrowia (nie dotyczy pogorszenia nastroju)?	1	2	3
2) Czy w związku z epidemią przebywał(-ła) Pan/Pani na obowiązkowej kwarantannie?	1	2	X
3) Czy w związku z epidemią musiał(-ła) Pan/Pani zrezygnować, ograniczyć lub przerwać proces leczenia lub rehabilitacji?	1	2	X
4) Czy konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem telefonicznie, lub także przy wykorzystaniu kamery wideo, ponieważ z powodu epidemii kontakt osobisty był niemożliwy lub zbyt ryzykowny?	1	2	X
5) Czy w 2020 r. miał(-ła) Pan/Pani objawy takie jak: suchy kaszel, duszności, gorączka powyżej 38°C?	1	2	X
6) Czy miał(-ła) Pan/Pani kontakt z osobą, która miała objawy j.w.?	1	2	X
7) Czy jeżeli zgłosił(-ła) się Pan/Pani do służb medyczno-epidemiologicznych w celu wykonania testu na obecność koronawirusa został on przeprowadzony?	1	2	3
8) Czy w związku z chorobą COVID-19 przebywał(-ła) Pan/Pani w szpitalu?	1	2	3
9) Jeśli Pan/Pani korzystał(-ła) z usług medycznych podczas epidemii, to czy, Pana/Pani zdaniem, zachowano wówczas wystarczające zabezpieczenia przed wirusem?	1	2	3
10) Czy planuje Pan/Pani skorzystać ze szczepienia na koronawirusa?	1	2	X

52. Czas trwania wywiadu (w minutach)	
--	--

Uwagi ankietera

Numer ankietera

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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