

Praca oryginalna

IWONA BOJAR¹, ALFRED OWOC², JAKUB OWOC³,
ADRIANNA PAWEŁCZAK-BARSZCZOWSKA⁴

KORZYSTANIE Z PRYWATNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE -
MOTYWACJA I ZADOWOLENIE

*USING PRIVATE HEALTHCARE SERVICES IN POLAND -
MOTIVATION AND SATISFACTION*

*ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ПОЛЬШЕ –
МОТИВАЦИЯ И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ*

*ВИКОРИСТАННЯ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ПОЛЬЩІ –
МОТИВАЦІЯ І ЗАДОВОЛЕННЯ*

¹Z Krajowego Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa
Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
Kierownik Obserwatorium i Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. L. W d o w i a k
²Z Lubuskiej Wyższej Szkoły Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze
Rektor: dr hab. n. med. A. O w o c
³Polska Izba Ubezpieczeń
⁴ZENTIVA PL

W artykule przedstawiono wyniki badań 711 osób na temat głównych czynników decydujących o korzystaniu przez nich z prywatnej opieki zdrowotnej.

SŁOWA KLUCZOWE: prywatna opieka zdrowotna, pacjenci, motywy korzystania.

KEY WORDS: private healthcare services, patients, motives for using services.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: частные медицинские услуги, пациенты, мотивы использования.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: приватні медичні послуги, пацієнти, мотиви використання.

W Polsce od czasu rozpoczęcia transformacji ustrojowej w latach 90. ubiegłego wieku widoczne są ciągłe zmiany w sektorze opieki zdrowotnej, w której wymogi gospodarki rynkowej coraz mocniej ingerują w sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Jest to konsekwencja logiki reformy systemu opieki zdrowotnej, która spowodowała zasadniczą ewolucję zasad i mechanizmów jego funkcjonowania w kierunku rynkowym. Rozpoczął się gwałtowny rozwój ilościowy i jakościowy jednostek, tzw. prywatnej opieki zdrowotnej [8].

Pojęcie prywatnej opieki zdrowotnej jest szerokie i nieprecyzyjne, ale trwale funkcjonuje w obiegu społecznym. Oznacza praktycznie, pojedyncze – samodzielne – jednoosobowe, jak również grupowe praktyki lekarskie, ale również jednostki, których działalność jest realizowana w oparciu o zapisy kodeksu

handlowego. W pewnym uproszczeniu można obecnie przyjąć, że wszystkie jednostki tzw. pozapaństwowe (szpitale kliniczne, jednostki resortowe) oraz pozasamorządowe stanowią prywatną opiekę zdrowotną. To uproszczenie może wraz z upływem najbliższych lat jeszcze się dewaluować, ponieważ polityka resortowa wyraźnie sprzyja promocji rozwiązań zmierzających do przekształceń samorządowych, publicznych jednostek w kierunku jednostek działających w oparciu o zapisy kodeksu handlowego. Należy jednak zaznaczyć, że taka teza nie jest próbą oceny sytuacji, czy też skuteczności działań resortu zdrowia, ale uproszczoną prognozą przyjętą na potrzeby tego artykułu. Sfera opieki zdrowotnej podlega jednak mechanizmom ekonomicznym tylko w pewnym zakresie i w specyficzny sposób. Jej efektywność zarówno ekonomiczna jak i organizacyjna jest konsekwencją nie tylko rynkowych działań zarządzających, ale sprowadza się do trudnego do uzyskania zaspokojenia oczekiwań wielu interesariuszy [2].

W Polsce udział wydatków prywatnych w całkowitych nakładach na ochronę zdrowia jest jednym z najwyższych wśród krajów zrzeszonych w Organizacji na Rzecz Współpracy i Rozwoju (OECD) i osiągnął w 2006 r. poziom ok. 30%. Prawdopodobnie Polacy muszą rekompensować sobie w ten sposób niskie nakłady na publiczny system ochrony zdrowia – Polska plasuje się w tym względzie na trzecim miejscu od końca wśród krajów OECD [6]. Znakomita większość wydatków prywatnych przyjmuje formę bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych. Według danych GUS z 2006 roku z 19 mld zł wydatków prywatnych, aż 16,8 mld przypadło na tę właśnie kategorię. Oznacza to, że wydatki mają charakter bardzo rozproszony i trafiają do bardzo wielu podmiotów [3].

CEL BADANIA

Celem pracy była ocena zadowolenia oraz określenie głównych motywów skłaniających pacjentów do korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce.

Oceniano takie elementy jak częstotliwość korzystania z publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej, motywy, dla których badani korzystali z prywatnej opieki zdrowotnej, wydatki w skali roku na prywatną opiekę zdrowotną, a także poziom zaufania do publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej oraz stopień zadowolenia z usług prywatnej służby zdrowia.

METODYKA BADANIA

Badanie przeprowadzono w styczniu 2008 roku wśród różnych grup społecznych z pięciu województw: mazowieckiego, zachodniopomorskiego, śląskiego, lubuskiego i lubelskiego. Badania miały charakter anonimowy.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby niniejszego badania. Pytania zawarte w kwestionariuszu miały charakter zamknięty. Wysłano 1200 kwestionariuszy, otrzymano 711 prawidłowo wypełnionych ankiet. Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Do oceny współzależności między dwoma cechami użyto testu niezależności Chi kwadrat, oraz test niezależności Chi kwadrat z poprawką Yatesa. Przyjęto poziom istotności

$\alpha = 0,05$. Analizowano takie zmienne jak wiek, stan cywilny, posiadane potomstwo, miejsce zamieszkania, wykształcenie, status zawodowy, aktywność zawodowa, uzyskiwane dochody.

Charakterystyka socjodemograficzna badanych przedstawiona jest w tabeli 1.

Tabela I. Charakterystyka socjodemograficzna badanych.

Table I. Sociodemographic characteristics of the surveyed.

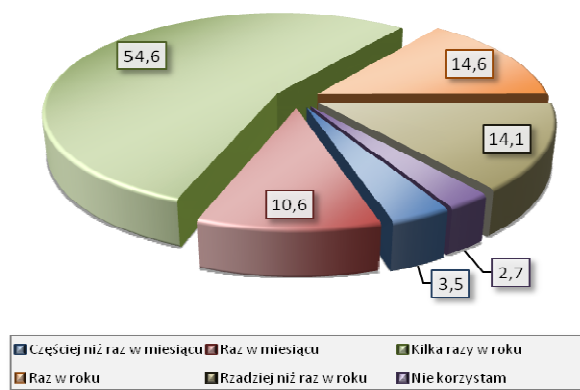
Таблица I. Социодемографическая характеристика исследуемых.

Таблиця I. Соціодемографічна характеристика досліджуваних.

wiek	do 30 rż.	44,72%	wykształcenie	podstawowe/ zas. zawodowe	16,01%	
	31-40 lat	19,27%		średnie	47,68%	
	powyżej 40 rż.	36,01%		wyższe	36,29%	
miesięczny dochód/osobę	do 700 zł	25,32%	stan zdrowia	b. dobry	21,79%	
	701-1300 zł	33,05%		dobry	47,12%	
	1301-1600 zł	15,47%		zadowolający	22,93%	
	1601-2000 zł	11,67%		słaby	6,75%	
	> 2000 zł	14,49%		zły	1,41%	
miejsce zamieszkania	wieś	23,63%	pleć	kobieta	66,39%	
	miasto do 25 tys.	20,53%		mężczyzna		
	25-150tys. miesz.	42,62%				
	>150tys. miesz.	13,22%				

WYNIKI BADAŃ

Z publicznej opieki zdrowotnej badane osoby korzystają najczęściej kilka razy w roku (54,6%), następnie raz w roku (14,6%) i raz w miesiącu (10,6%).



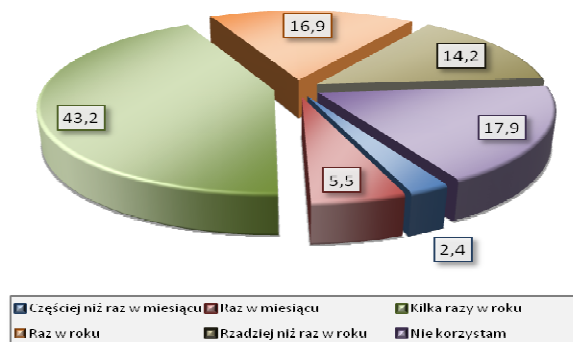
Ryc.1. Częstość korzystania z usług publicznych jednostek opieki zdrowotnej.

Fig. 1. Incidence of utilization of public healthcare services.

Рис. 1. Частота пользования услугами государственных медицинских учреждений.

Мал. 1. Частота користування послугами державних медичних установ.

Z prywatnej opieki zdrowotnej badane osoby korzystają również najczęściej kilka razy w roku (43,2%), następnie raz w roku (16,9%) i rzadziej niż raz w roku (14,2%). Około 18% badanych nie korzysta z prywatnej opieki zdrowotnej.



Ryc.2. Częstość korzystania z usług prywatnych jednostek opieki zdrowotnej.

Fig. 2. Incidence of utilization of private healthcare services.

Рис. 2. Частота пользования услугами частных медицинских учреждений.

Мал. 2. Частота користування послугами приватних медичних установ.

Osoby najgorzej wykształcone częściej nigdy nie korzystały z usług prywatnych jednostek opieki zdrowotnej (37,72%) niż osoby z wykształceniem średnim (16,81%) lub wyższym (10,47%). Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że z usług takich jednostek najczęściej korzystały osoby z wykształceniem wyższym. Stwierdzono wysoce istotną korelację ($p < 0,02$) pomiędzy częstością korzystania z usług prywatnej służby zdrowia a wykształceniem ankietowanych.

Tabela II. Częstość korzystania z usług prywatnych jednostek opieki zdrowotnej w zależności od wykształcenia badanych.

Table II. Incidence of utilization of private healthcare services in relation to level of education of the surveyed.

Таблиця II. Частота пользования услугами частных медицинских учреждений в зависимости от уровня образования исследуемых.

Таблиця II. Частота користування послугами приватних медичних установ залежно від рівня освіти досліджуваних.

Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe		Średnie		Wyższe	
	N	%	N	%	N	%
Częściej niż raz w miesiącu	3	2,62	10	2,96	4	1,55
Raz w miesiącu	5	4,39	15	4,42	19	7,36
Kilka razy w roku	35	30,70	150	44,25	122	47,29
Raz w roku	16	14,04	54	15,93	50	19,38
Rzadziej niż raz w roku	12	10,53	53	15,63	36	13,95
Nie korzystam	43	37,72	57	16,81	27	10,47
Razem	114	100,00	339	100,00	258	100,00
χ^2	7,549					
p	<0,02					

Miejsce zamieszkania w istotny sposób wpływa na częstość korzystania badanych z usług prywatnej opieki zdrowotnej. Respondenci mieszkający w miastach powyżej 25 tys. mieszkańców częściej korzystali z takich placówek niż mieszkańcy mniejszych miast lub wsi. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała korelacje istotne statystycznie na poziomie zaufania większym niż 95% pomiędzy rozkładami procentowymi odpowiedzi udzielonych przez badanych.

Tabela III. Częstość korzystania z usług prywatnych jednostek opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania badanych.

Table III. Incidence of utilization of private healthcare services in relation to place of residence of the surveyed.

Таблица III. Частота пользования услугами частных медицинских учреждений в зависимости от места проживания исследуемых.

Таблиця III. Частота користування послугами приватних медичних установ залежно від місця проживання досліджуваних.

Miejsce zamieszkania	Wieś		Miasto do 25 tys.		Miasto powyżej 25 tys.	
	N	%	N	%	N	%
Częściej niż raz w miesiącu	4	2,38	7	4,80	6	1,50
Raz w miesiącu	5	2,98	9	6,16	25	6,30
Kilka razy w roku	62	36,90	55	37,67	190	47,86
Raz w roku	40	23,81	24	16,44	56	14,11
Rzadziej niż raz w roku	14	8,33	25	17,12	62	15,62
Nie korzystam	43	25,60	26	17,81	58	14,61
Razem	168	100,00	146	100,00	397	100,00
χ^2	6,989					
p	<0,05					

Wraz ze wzrostem dochodu osób biorących udział w badaniu rośnie również częstość korzystania z prywatnych jednostek opieki zdrowotnej. Osoby o najniższych dochodach zdecydowanie najczęściej nie korzystały nigdy z usług takich jednostek. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istnienie korelacji istotnej statystycznie na poziomie zaufania większym niż 95% pomiędzy rozkładami procentowymi odpowiedzi a dochodem tych osób.

Tabela IV. Częstość korzystania z usług prywatnych jednostek opieki zdrowotnej w zależności od dochodu badanych.

Table IV. Incidence of utilization of private healthcare services in relation the level income of the surveyed.

Таблица IV. Частота пользования услугами частных медицинских учреждений в зависимости от доходов исследуемых.

Таблиця IV. Частота користування послугами приватних медичних установ залежно від доходів досліджуваних.

Dochód	Do 700 zł		701-1300 zł		Powyżej 1300 zł	
	N	%	N	%	N	%
Częściej niż raz w miesiącu	4	2,22	4	1,70	9	3,04
Raz w miesiącu	5	2,78	16	6,81	18	6,08
Kilka razy w roku	67	37,22	100	42,55	140	47,30
Raz w roku	31	17,22	43	18,30	46	15,54
Rzadziej niż raz w roku	21	11,67	32	13,62	48	16,22
Nie korzystam	52	28,89	40	17,02	35	11,82
Razem	180	100,00	235	100,00	296	100,00
χ^2	6,951					
p	<0,05					

Na pytanie dotyczące najważniejszych motywów skłaniających ich do korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej badani mieli możliwość udzielenia kilku odpowiedzi. Najczęstszym powodem korzystania z prywatnej służby zdrowia wskazywanym przez badanych była dostępność (64,16%). Ważnym argumentem była też wysoka jakość usług (48,98%). W dalszej kolejności ankietowani wskazywali na: uzupełnianie opieki w publicznej opiece zdrowotnej (19,28%), złą ocenę pracy publicznej służby zdrowia (20,31%), oraz mniejszą ilość formalności (13,99%). Rzadko korzystanie z usług prywatnej opieki zdrowotnej motywowali zachęcającą opinią znajomych/rodziny (7,68%), dogodną lokalizacją (3,75%), możliwościami finansowymi (2,56%) czy też opłacaniem opieki przez pracodawcę (1,54%).

Tabela V. Motywy, dla których badani korzystali z usług prywatnej opieki zdrowotnej.

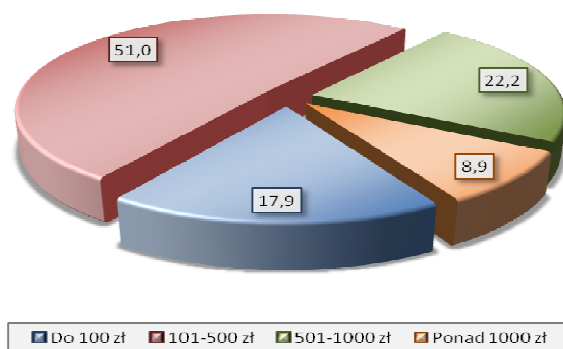
Table V. Purposes for using private healthcare services.

Таблица V. Мотивы, по причине которых респонденты пользовались услугами частной медицинской помощи.

Таблиця V. Мотиви, унаслідок яких респонденти користувалися послугами приватної медичної допомоги.

	N	%
Dostępność	376	64,16
Wysoka jakość usług	287	48,98
Uzupełnianie opieki w publicznej opiece zdrowotnej	113	19,28
Zła ocena pracy publicznej służby zdrowia	119	20,31
Mniejsza ilość formalności	82	13,99
Zachęcająca opinia znajomych/rodziny	45	7,68
Dogodna lokalizacja	22	3,75
Możliwości finansowe	15	2,56
Opłacanie opieki przez pracodawcę	9	1,54

Na pytanie o wydatki na prywatną opiekę zdrowotną udzieliło odpowiedzi 586 respondentów. Połowa osób z tej grupy wydaje na prywatną opiekę zdrowotną od 101 do 500 złotych rocznie. Około 22% wydaje na ten cel od 501 do 1000 złotych, około 18% wydaje do 100 złotych a niecałe 9% ponad 1000 złotych w skali roku.



Ryc.3. Wydatki w skali roku na prywatną opiekę zdrowotną.

Fig. 3. Annual expenses on private healthcare services.

Рис. 3. Расходы в течение года на частную медицинскую помощь.

Мал. 3. Витрати протягом року на приватну медичну допомогу.

Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że wiek badanych w istotny sposób różnicuje ich wydatki na prywatną służbę zdrowia. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, korelację istotną statystycznie na poziomie zaufania większym niż 95% pomiędzy wiekiem respondentów a kosztami poniesionymi na prywatną służbę zdrowia.

Tabela VI. Wydatki w skali roku na prywatną opiekę zdrowotną w zależności od wieku badanych.

Table VI. Annual expenses on private healthcare services in relation to the age of the surveyed.

Таблица VI. Расходы в течение года на частную медицинскую помощь в зависимости от возраста исследуемых.

Таблиця VI. Витрати протягом року на приватну медичну допомогу залежно від віку досліджуваних.

Wiek	Do 30 lat		31-40 lat		Powyżej 40 lat	
	N	%	N	%	N	%
Do 100 zł	47	17,53	26	22,03	32	16,00
101-500 zł	139	51,87	57	48,31	103	51,50
501-1000 zł	56	20,90	24	20,34	50	25,00
Ponad 1000 zł	26	9,70	11	9,32	15	7,50
Razem	268	100,00	118	100,00	200	100,00
χ^2	7,441					
p	<0,05					

Wraz z wielkością miejscowości, w których mieszkali ankietowani rosną także wydatki na prywatną opiekę zdrowotną. Co trzeci ankietowany z dużego miasta (35,69%) wydawał w skali roku powyżej 500 zł, podczas gdy z małego 28,10%, natomiast ze wsi 22,43%. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała zależność pomiędzy wydatkami badanych na prywatną opiekę zdrowotną a miejscem ich zamieszkania.

Tabela VII. Wydatki w skali roku na prywatną opiekę zdrowotną w zależności od miejsca zamieszkania badanych.*Table VII.* Annual expenses on private healthcare services in relation to the place of residence of the surveyed.*Таблица VII.* Расходы в течение года на частную медицинскую помощь в зависимости от места проживания исследуемых.*Таблиця VII.* Витрати протягом року на приватну медичну допомогу залежно від місця мешкання досліджуваних.

Miejsce zamieszkania	Wieś		Miasto do 25 tys.		Miasto powyżej 25 tys.	
	N	%	N	%	N	%
Do 100 zł	32	25,40	30	24,79	43	12,69
101-500 zł	67	53,17	57	47,11	175	51,62
501-1000 zł	18	14,29	19	15,70	93	27,43
Ponad 1000 zł	9	7,14	15	12,40	28	8,26
Razem	126	100,00	121	100,00	339	100,00
χ^2	6,669					
p	<0,05					

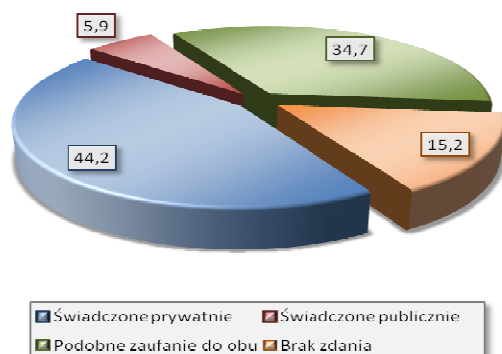
Dochód na jednego członka rodziny w istotny sposób wpływa na wydatki, jakie badani przeznaczają na prywatną służbę zdrowia ($p < 0,02$). Osoby o dochodach najwyższych zdecydowanie częściej przeznaczały ponad 1000 zł rocznie (11,11%) lub od 501-1000 zł (26,82%), niż respondenci dysponujący miesięcznym dochodem w granicach 701-1300zł (odpowiednio 9,23% i 21,03%) oraz poniżej 700 zł (3,85% i 14,62%).

Tabela VIII. Wydatki w skali roku na prywatną opiekę zdrowotną w zależności od dochodu badanych.*Table VIII.* Annual expenses on private healthcare services in relation to the level of income of the surveyed.*Таблица VIII.* Расходы в течение года на частную медицинскую помощь в зависимости от доходов исследуемых.*Таблиця VIII.* Витрати протягом року на приватну медичну допомогу залежно від доходів досліджуваних.

dochód miesięczny/osobę	Do 700 zł		701-1300 zł		Powyżej 1300 zł	
	N	%	N	%	N	%
Do 100 zł	30	23,07	37	18,97	38	14,56
101-500 zł	76	58,46	99	50,77	124	47,51
501-1000 zł	19	14,62	41	21,03	70	26,82
Ponad 1000 zł	5	3,85	18	9,23	29	11,11
Razem	130	100,00	195	100,00	261	100,00
χ^2	8,960					
p	<0,02					

W badaniu ankietowym oceniano także poziom zaufania respondentów do publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. Jedna trzecia badanych podaje, że w jednakowym stopniu ma zaufanie do publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. Około 44% darzy większym zaufaniem prywatne usługi medyczne. Niecałe 6% ankietowanych bardziej ufa opiece w publicznej służbie zdrowia.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność odpowiedzi respondentów na powyższy problem w zależności od wieku, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania badanych.



Ryc.4. Usługi, do których badani mają większe zaufanie.

Fig. 4. Which services are more trustworthy according to the surveyed.

Рис. 4. Услуги, к которым респонденты имеют наибольшее доверие.

Мал. 4. Послуги, до яких респонденти мають найбільшу довіру.

Osoby w wieku do 40 lat zdecydowanie częściej darzyły zaufaniem świadczenia prywatne (49,37% w grupie ankietowanych do 30 roku życia, 49,63% w grupie od 31 do 40 lat) niż respondenci z grupy osób najstarszych (34,77%). Rzadziej natomiast wskazywali na podobne zaufanie zarówno do prywatnych jak i publicznych świadczeń (31,13% i 33,58% wobec 39,84%). Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem a rozkładami procentowymi udzielonych odpowiedzi ($p < 0,05$).

Tabela IX. Usługi, do których badani mają większe zaufanie w zależności od wieku badanych.

Table IX. Which services are more trustworthy in relation to the age of the surveyed.

Таблица IX. Услуги, к которым респонденты имеют наибольшее доверие в зависимости от возраста исследуемых.

Таблиця IX. Послуги, до яких респонденти мають найбільшу довіру залежно від віку досліджуваних.

Wiek	Do 30 lat		31-40 lat		Powyżej 40 lat	
	N	%	N	%	N	%
Świadczone prywatnie	157	49,37	68	49,63	89	34,77
Świadczone publicznie	15	4,72	11	8,03	16	6,25
Podobne zaufanie do obu	99	31,13	46	33,58	102	39,84
Brak zdania	47	14,78	12	8,76	49	19,14
Razem	318	100,00	137	100,00	256	100,00
χ^2	7,549					
p	<0,05					

Wykształcenie ankietowanych w istotny sposób wpływa na zaufanie do usług medycznych świadczonych przez prywatne i państwowe jednostki służby zdrowia ($p < 0,02$). Do świadczeń prywatnych największe zaufanie mają osoby

z wykształceniem średnim (53,93%), natomiast do publicznych – z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (11,40%). Ankietowani najlepiej wykształceni najczęściej ze wszystkich trzech porównywanych grup darzą zaufaniem oba rodzaje świadczeń.

Tabela X. Usługi, do których badani mają większe zaufanie w zależności od wykształcenia badanych.

Table X. Which services are more trustworthy in relation to the level of education of the surveyed.

Таблица X. Услуги, к которым респонденты имеют наибольшее доверие в зависимости от уровня образования исследуемых.

Таблиця X. Послуги, до яких респонденти мають найбільшу довіру залежно від рівня освіти досліджуваних.

Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe		Średnie		Wyższe	
	N	%	N	%	N	%
Świadczone prywatnie	36	31,59	176	51,93	102	39,53
Świadczone publicznie	13	11,40	17	5,01	12	4,65
Podobne zaufanie do obu	41	35,96	101	29,79	105	40,70
Brak zdania	24	21,05	45	13,27	39	15,12
Razem	114	100,00	339	100,00	258	100,00
χ^2	8,899					
p	<0,02					

Wielkość miejsca zamieszkania w istotny sposób wpływa na zaufanie badanych do usług świadczonych przez prywatne i publiczne jednostki służby zdrowia ($p < 0,02$). Mieszkańcy wsi świadczenia prywatne darzyli mniejszym zaufaniem (37,50%) niż mieszkańcy małych (40,42%) i dużych (48,36%) miast.

Table XI. Usługi, do których badani mają większe zaufanie w zależności od miejsca zamieszkania badanych.

Table XI. Which services are more trustworthy in relation to the place of residence of the surveyed.

Таблица XI. Услуги, к которым респонденты имеют наибольшее доверие в зависимости от места проживания исследуемых.

Таблиця XI. Послуги, до яких респонденти мають найбільшу довіру залежно від місця проживання досліджуваних.

Miejsce zamieszkania	Wieś		Miasto do 25 tys.		Miasto powyżej 25 tys.	
	N	%	N	%	N	%
Świadczone prywatnie	63	37,50	59	40,42	192	48,36
Świadczone publicznie	6	3,57	15	10,27	21	5,29
Podobne zaufanie do obu	65	38,69	51	34,93	131	33,00
Brak zdania	34	20,24	21	14,38	53	13,35
Razem	168	100,00	146	100,00	397	100,00
χ^2	8,985					
p	<0,02					

Ogólne zadowolenie badanych jest podobne zarówno stosunku do publicznej jak i prywatnej opieki zdrowotnej. Stwierdzono natomiast istotne różnice

niezadowolenia z tych dwóch form opieki w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania i dochodu badanych.

Wiek ankietowanych nie wpływa na ich zadowolenie z publicznej opieki zdrowotnej. W pięciopunktowej skali badającej stopień niezadowolenia stwierdzono zbliżone wartości średnie we wszystkich trzech porównywanych grupach wiekowych.

Analiza poziomu niezadowolenia z prywatnej opieki zdrowotnej wykazała, że osoby najmłodsze tj. do 30 roku życia, zdecydowanie lepiej oceniały ten rodzaj opieki zdrowotnej (0,80 punktów) niż respondenci w wieku 31-40 lat (1,01) oraz powyżej 40 roku życia (0,96). Analiza statystyczna wykazała różnicę istotną statystycznie na poziomie zaufania większym niż 98% pomiędzy pierwszą a drugą grupą oraz większym niż 95% pomiędzy pierwszą i trzecią.

Tabela XII. Stopień niezadowolenia z publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej w zależności od wieku badanych.

Table XII. Level of dissatisfaction with public and private healthcare services in relation to the age of the surveyed.

Таблица XII. Уровень негативной оценки государственной и частной медицинской помощи в зависимости от возраста исследуемых.

Таблиця XII. Рівень негативної оцінки державної і приватної медичної допомоги залежно від віку досліджуваних.

	Publiczna opieka zdrowotna		Prywatna opieka zdrowotna	
	M	SD	M	SD
Do 30 lat (I)	2,38	1,30	0,80	0,82
31-40 lat (II)	2,18	1,31	1,01	1,05
Powyżej 40 lat (III)	2,34	1,36	0,96	1,00
t(p)	I – II		2,717 (<0,02)	
	I – III		2,281 (<0,05)	
	II- III		0,675 (NS)	

Zarówno kobiety jak i mężczyźni bardzo podobnie ocenili stopień niezadowolenia z publicznej opieki zdrowotnej. W pięciostopniowej skali (0 – zadowoleni, 4 – niezadowoleni) kobiety uzyskały wynik 2,32 punktów natomiast mężczyźni 2,35 punktów. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie pomiędzy tymi średnimi.

Ocena prywatnej opieki zdrowotnej wypadła zdecydowanie lepiej: kobiety oceniły stopień swojego niezadowolenia na 0,81 punktów, natomiast mężczyźni 1,04. Analiza statystyczna wykazała istnienie różnicy istotnej statystycznie na poziomie zaufania większym niż 95% pomiędzy średnimi ocenami uzyskanymi w grupie kobiet i mężczyzn.

Table XIII. Stopień niezadowolenia z publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej w zależności od płci badanych.

Table XIII. Level of insatisfaction with public and private healthcare services in relation to the sex of the surveyed.

Таблица XIII. Уровень негативной оценки государственной и частной медицинской помощи в зависимости от пола исследуемых.

Таблиця XIII. Рівень негативної оцінки державної і приватної медичної допомоги залежно від підлоги досліджуваних.

	Publiczna opieka zdrowotna		Prywatna opieka zdrowotna	
	N	%	N	%
Kobiety	2,32	1,32	0,81	0,92
Mężczyźni	2,35	1,34	1,04	0,94
t	1,200		2,569	
p	NS		<0,05	

Mieszkańcy dużych miast zdecydowanie najczęściej wyrażali swoją dezaprobatę wobec usług świadczonych przez jednostki publicznej opieki zdrowotnej. Pomiedzy tą grupą a grupą mieszkańców małych miast oraz wsi stwierdzono różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$. Nie stwierdzono natomiast żadnej różnicy pomiędzy porównywanymi grupami w przypadku jakości usług świadczonych przez prywatne jednostki opieki zdrowotnej.

Tabela XIV. Stopień niezadowolenia z publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania badanych.

Table XIV. Level of insatisfaction with public and private healthcare services in relation to the place of residence of the surveyed.

Таблица XIV. Уровень негативной оценки государственной и частной медицинской помощи в зависимости от места проживания исследуемых.

Таблиця XIV. Рівень негативної оцінки державної і приватної медичної допомоги залежно від місця проживання досліджуваних.

	Publiczna opieka zdrowotna		Prywatna opieka zdrowotna	
	M	SD	M	SD
Wieś (I)	2,18	1,37	0,93	0,92
Miasto do 25 tys. (II)	2,12	1,32	0,88	0,98
Miasto powyżej 25 tys. (III)	2,46	1,29	0,89	0,93
t(p)	I – II		0,361 (NS)	
	I – III		2,030 (<0,05)	
	II- III		2,471 (<0,05)	
			0,543 (NS)	
			0,524 (NS)	
			0,088 (NS)	

Osoby, których miesięczny dochód na członka rodziny był wyższy niż 1300 złotych zdecydowanie częściej wyrażały swoje niezadowolenie z jakości usług w publicznych jednostkach służby zdrowia. Analiza porównawcza tej grupy z grupami osób o dochodach niższych wykazała istnienie różnicy istotnej statystycznie na poziomie zaufania większym niż 95%. Nie stwierdzono natomiast różnic statystycznych w ocenie prywatnych jednostek służby zdrowia.

Tabela XV. Stopień niezadowolenia z publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej w zależności od dochodu badanych.*Table XV. Level of dissatisfaction with public and private healthcare services in relation to the level of income of the surveyed.**Таблица XV. Уровень негативной оценки государственной и частной медицинской помощи в зависимости от доходов исследуемых.**Таблиця XV. Рівень негативної оцінки державної і приватної медичної допомоги залежно від доходів досліджуваних.*

		Publiczna opieka zdrowotna		Prywatna opieka zdrowotna	
		M	SD	M	SD
Do 700 zł (I)		2,19	1,29	0,92	0,85
701-1300 zł (II)		2,21	1,35	0,88	0,98
Powyżej 1300 zł (III)		2,48	1,31	0,89	0,95
t(p)	I – II	0,124 (NS)		0,400 (NS)	
	I – III	2,071 (<0,05)		0,247 (NS)	
	II- III	2,143 (<0,05)		0,189 (NS)	

DYSKUSJA

Korzystanie z prywatnych usług medycznych jest coraz bardziej popularną formą leczenia w Polsce. Według raportu Money.pl w 2007 roku z prywatnych usług medycznych skorzystało ponad 30% Polaków [5]. Nasze badania przeprowadzone w 2008 roku pokazują, że tylko 18% badanych nie skorzystało ani razu z opieki w prywatnej służbie zdrowia. Z prywatnej opieki zdrowotnej badane osoby korzystały najczęściej kilka razy w roku ze względu na lepszą dostępność, wysoką jakość usług oraz złą ocenę pracy w publicznej opiece zdrowotnej.

W innych badaniach najbardziej cenione cechy usług w niepublicznej opiece zdrowotnej to skrócony czas oczekiwania na wizytę lekarską, wysoka jakość i dostępność usług [9].

Połowa ankietowanych w przeprowadzonym badaniu wydaje na prywatną opiekę zdrowotną od 101 do 500 złotych rocznie. Jest to wyższa kwota przeznaczana przez respondentów na opiekę w prywatnej służbie zdrowia niż średnia z badania w 2007 roku, która wynosiła wówczas 25 zł miesięcznie. Niemniej, co dziesiąty Polak wydał na ten cel około 500 zł w ciągu roku [5].

Ogólne zadowolenie badanych jest podobne zarówno w stosunku do publicznej jak i prywatnej opieki zdrowotnej. Stwierdzono natomiast istotne różnice niezadowolenia z tych dwóch form opieki w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania i dochodu badanych. Około 44% darzy większym zaufaniem prywatne usługi medyczne.

W badaniach przeprowadzonych wśród pacjentek korzystających z opieki ginekologiczno-położniczej w niepublicznych poradniach, wyższy odsetek kobiet był bardzo zadowolony (27,38%) i zadowolony (51,71%) z jakości usług w porównaniu do pacjentek publicznych poradni (bardzo zadowolone – 19,1% i zadowolone – 47,04%). W cytowanym badaniu wyższy odsetek kobiet twierdził, że był raczej zadowolony (30,91%) i były również osoby niezadowolone (2,7%). W badaniach tych potwierdzono wyniki aktualnie prezentowane, stwierdzono, bowiem, że pacjentki korzystające z usług poradni niepublicznych są generalnie

bardziej zadowolone z jej usług niż pacjentki poradni publicznych. Wyraża się to: większym ogólnym zadowoleniem pacjentek zakładów niepublicznych z wyboru danej poradni i z opieki ginekologicznej w tej poradni oraz lepszymi ocenami poszczególnych elementów procesu świadczenia usługi medycznej przez pacjentki korzystające z usług poradni niepublicznych. Respondentki korzystające z usług poradni niepublicznych lepiej oceniają relacje z personelem średnim w poradni, w większym stopniu są zadowolone z ostatniej wizyty u ginekologa w tej poradni oraz z atmosfery podczas wizyty, wyżej też oceniają kompetencje lekarza. Pacjentki poradni publicznych częściej nie mają możliwości zarejestrowania się telefonicznie, dłużej muszą czekać na wizytę przed gabinetem lekarskim, mają też zastrzeżenia do zapewnienia intymności podczas badań [1].

Badania przeprowadzone wśród pacjentek hospitalizowanych na oddziałach ginekologiczno-położniczych również pokazują, że zdaniem badanych poziom usług oferowanych przez szpitale niepubliczne (prywatne) w porównaniu do publicznych szpitali jest wyższej jakości, taką opinię wyraziło 47,5% ankietowanych, przekonanych, że poziom usług był niższy lub takiej samej jakości było odpowiednio 0,97% i 10,41% [7].

Uzyskane wyniki są zgodne z doniesieniami *Lecha* i *Petryki*, według których niepubliczne leczenie otwarte charakteryzowało się poziomem znacznie wyższej satysfakcji niż zakłady publiczne [4].

PODSUMOWANIE

Badani korzystali z prywatnej służby zdrowia ze względu na jej lepszą dostępność, wysoką jakość usług oraz złą ocenę pracy w publicznej opiece zdrowotnej. Zdecydowana większość badanych płaciła każdorazowo podczas korzystania z wizyt w prywatnych jednostkach opieki zdrowotnej. Badani deklarowali większe zaufanie do usług świadczonych prywatnie, niemniej ogólne zadowolenie było podobne zarówno z usług publicznej jak i prywatnej opieki zdrowotnej.

I. Bojar, A. Owoc, J. Owoc, A. Pawełczak-Barszczowska

USING PRIVATE HEALTHCARE SERVICES IN POLAND - MOTIVATION AND SATISFACTION

Summary

The aim of the research was to assess the level of satisfaction and define key motives for using private healthcare services in Poland.

The research was conducted in January 2008 among various social groups from five regions: Mazowieckie, Zachodniopomorskie, Śląskie, Lubuskie i Lubelskie. Author's questionnaire was used as a research tool. Twelve hundred questionnaires have been distributed and 740 ones have been correctly filled out and submitted. The results were statistically analyzed.

The surveyed use private healthcare services several times a year (the most common answer). The key reasons are better access, better quality services and poor opinion on public healthcare services. Most of the surveyed pays fee-for-service. Private healthcare services are more trustworthy, nevertheless both kinds of services enjoy comparable level of satisfaction.

И. Бояр, А. Овоц, Я. Овоц, А. Павелчак - Баршчовска

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ПОЛЬШЕ – МОТИВАЦИЯ И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ

Аннотация

Целью данной работы была оценка удовлетворения, а также определение главных мотивов склоняющих пациентов к пользованию частными медицинскими услугами в Польше.

Исследование проведено в январе 2008 года среди разных общественных групп из пяти воеводств: Мазовецкого, Западнопоморского, Сленского, Любушского и Люблинского. Исследования имели анонимный характер.

Инструментом в исследовании было авторское анкетное интервью, разработанное для нужд данного исследования. Выслано 1200 анкет, получено 711 правильно заполненных анкет. Результаты исследований были подвержены статистическому анализу.

Исследуемые лица чаще всего пользовались частными медицинскими услугами несколько раз в году. Поводы, для которых исследуемые выбирали услуги частных медицинских учреждений - это лучшая доступность, высокое качество услуг и низкая оценка услуг в государственных учреждениях. Подавляющее большинство исследуемых в частных учреждениях предоставляющих медицинскую помощь, платило во время каждого визита. Исследуемые декларировали большее доверие к услугам, которые предоставлялись в частном порядке, однако общее удовлетворение было подобно, как по отношению к государственной, так и по отношению к частной медицинской помощи.

I. Бояр, А. Овоц, Я. Овоц, А. Павелчак - Баршчовска

ВИКОРИСТАННЯ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ПОЛЬЩІ – МОТИВАЦІЯ І ЗАДОВОЛЕННЯ

Анотація

Метою даної роботи була оцінка задоволення, а також визначення головних мотивів схильючих пацієнтів до користування приватними медичними послугами у Польщі.

Дослідження проведене в січні 2008 року серед різних суспільних груп з п'яти воеводств: Мазовецького, Західнопоморського, Сілезького, Любуського і Люблінського. Дослідження мали анонімний характер.

Інструментом в дослідженні було авторське анкетне інтерв'ю, розроблене для потреб даного дослідження. Вислано 1200 анкет, отримано 711 правильно заповнених анкет. Результати досліджень були піддані статистичному аналізу.

Досліджувані особи найчастіше користувалися приватними медичними послугами кілька разів на рік. Приводи, для яких досліджувані вибирали послуги приватних медичних установ - це ліпша доступність, висока якість послуг і низька оцінка послуг в державних установах. Переважна більшість досліджуваних платило під час кожного візиту, в приватних установах тих, що надають медичну допомогу. Досліджувані декларували більшу довіру до послуг, які надавалися в приватному закладі, проте загальне задоволення було подібне, як по відношенню до державної, так і по відношенню до приватної медичної допомоги.

PIŚMIENNICTWO

1. Bojar I., Wdowiak L., Miotła P., Strzemecka J.: Satisfakcja pacjentek z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-polożniczych na terenie miasta Lublina. *Zdrowie Publiczne* 2006, 116 (1), 189-191.

2. Fitzroy, P., & Hubert, J.: *Strategic management. Creating value in turbulent times*. Hoboken: Wiley 2005.

3. GUS 2007: *Badanie budżetów gospodarstw domowych w 2006 r.*

4. Lech M.M., Petryka I.: Ocena poziomu satysfakcji pacjentów z usług świadczonych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. *Wiadomości Lekarskie* 2002, LV Supplement 1, 1, 313.
5. Miśkiewicz M.: Polacy chcą płacić za lepsze leczenie. Raport Money.pl. Wrocław, 2008.
6. OECD 2007: Health at a Glance, 95.
7. Ostrowski T., Wdowiak L., Bojar I., Miotła P.: Zainteresowanie kobiet z regionu lubelskiego ofertą niepublicznych podmiotów opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne* 2004, 114 (2), 135-140.
8. Ostrowski T., Wdowiak L.: Prywatyzacja opieki zdrowotnej w Polsce. *Zdrowie Publiczne* 2002, 112 (1), 86-92.
9. Polacy chcą się leczyć prywatnie. PZU Życie S.A. 2007.

Data otrzymania: 12.06.2009.

Adres Autorów: 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 2, Krajowe Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa.