

Korzystanie z opieki zdrowotnej przez rodziny z dziećmi w Polsce

Agnieszka Genowska¹, Magdalena Zalewska¹, Martyna Kulesza¹

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Genowska A, Zalewska M, Kulesza M. Korzystanie z opieki zdrowotnej przez rodziny z dziećmi w Polsce. Med. Og. Nauk Zdr. 2017; 23(2): 79–84. doi: 10.26444/monz/74383

Streszczenie

Wprowadzenie. System publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce gwarantuje dzieciom bezpłatny dostęp do świadczeń, boryka się jednak z problemami organizacyjno-finansowymi związanymi z pokryciem kosztów leczenia.

Cel pracy. Poznanie i ocena korzystania z opieki zdrowotnej przez rodziny z dziećmi w Polsce.

Materiał i metoda. Informacje o korzystaniu z opieki zdrowotnej przez gospodarstwa jednorodzinne w Polsce w latach 2009–2015 zostały uzyskane z raportów „Diagnoza Społeczna”. W badaniu analizowano źródła finansowania opieki zdrowotnej, powody rezygnacji ze świadczeń zdrowotnych, wysokość wydatków oraz gotowość do wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Wyniki. Gospodarstwa jednorodzinne najczęściej korzystały z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (93,5%–96,2%), przy czym wysoki odsetek rodzin z 1 lub 2 dziećmi korzystał również z usług finansowanych ze środków prywatnych i abonamentów opłacanych przez pracodawcę. We wszystkich analizowanych typach gospodarstw jednorodzinnych rezygnacje z opieki zdrowotnej z powodów finansowych w największym stopniu dotyczyły wyjazdu do sanatorium, leczenia zębów oraz rehabilitacji. Rodziny niepełne w porównaniu do pozostałych typów gospodarstw jednorodzinnych najczęściej rezygnowały z usług opieki zdrowotnej z powodów finansowych, pomimo występowania takiej potrzeby, a także ponosiły najniższe wydatki na leczenie, badania i leki.

Wnioski. Istnieją różnice w korzystaniu z usług prywatnej opieki zdrowotnej oraz rezygnacji ze świadczeń w zależności od liczby dzieci w rodzinie. Znaczne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej występujące wśród rodzin niepełnych wymagają aktywnych działań instytucji zdrowia publicznego w zakresie tworzenia rozwiązań nakierowanych na ochronę dzieci z rodzin o gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej.

Słowa kluczowe

dzieci, opieka zdrowotna, potrzeby zdrowotne, nierówności w zdrowiu, dostępność, wydatki prywatne, ubezpieczenie dodatkowe

WPROWADZENIE

Zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej i profilaktycznej dzieciom stanowi podstawę ich prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego. Zgodnie z obowiązującym prawem w Polsce świadczeniobiorcy (pacjenci) mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie [1]. Ze świadczeń tych mogą korzystać wszyscy ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodzin, w tym dzieci. Tytuł do ubezpieczenia przysługuje także dzieciom zgłoszonym przez instytucje opiekuńcze oraz szkołę. Formalnymi warunkami dostępu dziecka do świadczeń opieki zdrowotnej jest posiadanie obywatelstwa polskiego, miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wiek do 18. roku życia. Do osiągnięcia pełnoletniości dzieci mogą korzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, a także leków refundowanych [1].

W ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce dzieci powinny mieć równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, jednak system boryka się z problemami organizacyjno-finansowymi związanymi z pokryciem kosztów leczenia [2, 3]. Fakt ten potwierdzają dane dotyczące

wydatków na zdrowie w krajach Unii Europejskiej, które pokazują, że w 2015 roku Polska przeznaczała na ten cel 6,3% produktu krajowego brutto (PKB), co odpowiada jednemu z najniższych wydatków, obok Estonii (6,3%), Łotwy (5,6%) i Rumunii (5,0%). Wśród ogółu wydatków na zdrowie w Polsce udział wydatków prywatnych wynosił 1,8% PKB (tj. 22% wydatków) i był to znaczący udział polskiego społeczeństwa w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Wysoki udział wydatków prywatnych na zdrowie występował głównie w Europie Południowej (na Cyprze 50%, w Grecji 35%, na Malcie 29%, w Portugalii 28%, w Hiszpanii 25%) oraz Wschodniej (w Bułgarii 46%, na Łotwie 39%, na Litwie 31%, na Węgrzech 28%, w Estonii 23%) [4]. Dane te pokazują, że w wymienionych krajach słabsza kondycja publicznego systemu opieki zdrowotnej często nie odpowiada na istniejące potrzeby zdrowotne społeczeństwa, co powoduje konieczność zakupu świadczeń zdrowotnych z własnych środków w systemie prywatnym.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w opracowaniu dotyczącym badań nad dostępem do opieki zdrowotnej podkreśliła, że powszechny dostęp przyczynia się do utrwalenia postępów w zakresie opieki zdrowotnej i jest silnym czynnikiem redukującym nierówności społeczne. Badania WHO ujawniły również, że nie istnieje wzorcowy model oceny dostępności świadczeń medycznych [5]. W szacunkach używa się miar obiektywnych (np. nakłady finansowe na ochronę zdrowia jako % PKB, liczba kadr medycznych na 1 tys. mieszkańców, liczba porad w opiece ambulatoryjnej na 1 tys. mieszkańców) oraz subiektywnych (badania

Adres do korespondencji: Agnieszka Genowska, Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 15-295 Białystok, ul. Szpitalna 37
E-mail: agnieszka.genowska@umb.edu.pl

Nadesłano: 17 Maja 2017; zaakceptowano do publikacji: 2 Czerwca 2017

ankietowe wśród pacjentów dotyczące przyczyn rezygnacji z wizyt, czasu oczekiwania na poradę) [4, 6]. W Polsce ocenę dostępności do świadczeń realizuje się także poprzez internetowy system wojewódzkich oddziałów NFZ, które prowadzą listy oczekujących na świadczenia zdrowotne [7]. Niewiele natomiast jest badań dotyczących oceny korzystania z opieki zdrowotnej przez dzieci.

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie i ocena korzystania z opieki zdrowotnej przez rodziny z dziećmi w Polsce.

MATERIAŁ I METODA

Analiza została opracowana na podstawie informacji o korzystaniu z opieki zdrowotnej przez gospodarstwa jednorodzinne w Polsce. Informacje do analizy uzyskano z raportów „Diagnoza Społeczna”, przygotowywanych cyklicznie w odstępach dwuletnich przez Radę Monitoringu Społecznego za lata 2009 [8], 2011 [9], 2013 [10], 2015 [11]. Badania te są opracowywane w formie panelu na ogólnopolskiej próbie gospodarstw domowych. W kolejnych etapach badania uczestniczą gospodarstwa domowe z poprzednich etapów oraz gospodarstwa z nowej reprezentatywnej próby.

W badaniu analizowano korzystanie z opieki zdrowotnej przez gospodarstwa jednorodzinne w podziale na: rodziny bez dzieci, z 1 dzieckiem, z 2 dzieci, z 3 i więcej dzieci, rodziny niepełne. Analizie poddano informacje dotyczące korzystania z opieki zdrowotnej w podziale na źródła finansowania (środki publiczne, środki prywatne, abonament opłacony przez pracodawcę), powody rezygnacji z opieki zdrowotnej (w zakresie zakupu leków, leczenia zębów, porady lekarskiej, badań diagnostycznych, rehabilitacji, wyjazdu do sanatorium, leczenia szpitalnego) oraz wysokość wydatków na leczenie i badania oraz leki i inne artykuły farmaceutyczne w kwartale poprzedzającym badanie. Ponadto analizowano gotowość do wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w 2015 roku wg wysokości miesięcznej składki ubezpieczeniowej do 100 zł oraz powyżej 100 zł.

WYNIKI

W latach 2009–2015 gospodarstwa jednorodzinne najczęściej korzystały z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przez NFZ, a jednocześnie także z opieki finansowanej dodatkowo ze środków prywatnych i abonamentów opłaconych przez pracodawcę (tabela 1). Odsetek korzystających z usług finansowanych przez NFZ w analizowanym okresie nie wykazywał zmian i przyjmował wartość powyżej 90%. Z usług tych najczęściej korzystały rodziny posiadające 3 i więcej dzieci (przeciętnie 96,2%), nieco rzadziej – rodziny bez dzieci i rodziny niepełne (odpowiednio: 93,2% i 93,5%). Wśród gospodarstw jednorodzinnych systematycznie zwiększało się korzystanie z opieki zdrowotnej opłacanej dodatkowo z własnego budżetu oraz abonamentu. Rodziny posiadające 1 dziecko oraz 2 dzieci wyróżniały się wysoką częstością korzystania z opieki zdrowotnej opłacanej z własnych środków (przeciętnie 61,6% i 61,8%) oraz abonamentu (10,0% i 9,6%). Rodziny niepełne w mniejszym stopniu decydowały się na

Tabela 1. Odsetek gospodarstw jednorodzinnych korzystających z opieki zdrowotnej wg źródła finansowania usług zdrowotnych w latach 2009–2015

Gospodarstwa jednorodzinne	2009	2011	2013	2015
	[%]	[%]	[%]	[%]
Opieka zdrowotna opłacana przez NFZ				
bez dzieci	93,5	92,5	92,5	94,2
z 1 dzieckiem	95,0	93,5	95,1	96,0
z 2 dzieci	94,2	93,7	95,0	94,8
z 3 i więcej dzieci	95,4	95,3	97,5	96,4
rodziny niepełne	93,3	91,7	94,0	94,8
Opieka zdrowotna opłacana dodatkowo z własnego budżetu				
bez dzieci	52,6	52,2	55,2	59,5
z 1 dzieckiem	61,3	60,5	60,3	64,2
z 2 dzieci	61,2	59,6	61,6	64,7
z 3 i więcej dzieci	48,2	51,5	50,4	57,6
rodziny niepełne	40,5	41,4	42,4	43,7
Abonament opłacony przez pracodawcę				
bez dzieci	5,4	6,4	6,7	6,5
z 1 dzieckiem	8,4	9,5	10,8	11,3
z 2 dzieci	7,6	9,6	11,4	9,9
z 3 i więcej dzieci	5,2	6,3	6,1	7,6
rodziny niepełne	3,3	4,8	5,3	5,2

opłacanie opieki zdrowotnej z własnego budżetu (przeciętnie 42,0%) oraz abonamentu (przeciętnie 4,7%).

W okresie 2009–2015 w gospodarstwach jednorodzinnych systematycznie zmniejszało się zjawisko rezygnacji z opieki zdrowotnej w zakresie zakupu leków, leczenia zębów oraz wyjazdu do sanatorium. Zmniejszała się również skala rezygnacji z porad lekarza, badań i rehabilitacji wśród rodzin bezdzietnych oraz z 1 dzieckiem. Natomiast wzrost rezygnacji z rehabilitacji i badań obserwowano w rodzinach niepełnych, a z rehabilitacji – wśród rodzin z 3 i więcej dzieci. Rezygnacje z opieki zdrowotnej z powodów finansowych we wszystkich analizowanych kategoriach najczęściej obserwowano w rodzinach niepełnych. W rodzinach tych najwyższy odsetek rezygnacji dotyczył wyjazdu do sanatorium (przeciętnie 39,5%) oraz leczenia zębów (34,1%). Również u rodzin posiadających 3 i więcej dzieci występował relatywnie wysoki odsetek rezygnacji z wyjazdu do sanatorium i leczenia zębów (odpowiednio 33,0% i 30,1%). Wśród rodzin z 2 dzieci rezygnacje z opieki zdrowotnej zdarzały się rzadziej w przypadku wyjazdu do sanatorium (20,4%), zakupu leków (12,1%), badań (7,0%) oraz leczenia szpitalnego (1,1%). Rodziny z 1 dzieckiem najrzadziej rezygnowały z rehabilitacji (16,2%) i porad lekarza (11,6%). Z leczenia zębów w najmniejszym stopniu rezygnowały rodziny bez dzieci (18,0%) (tabela 2).

W okresie 2009–2015 we wszystkich typach gospodarstw jednorodzinnych wydatki na leczenie i badania systematycznie wzrastały, natomiast wydatki na leki i inne artykuły farmaceutyczne nie wykazywały zmian (tabela 3). Największe wydatki na leczenie i badania ponosiły rodziny posiadające 3 i więcej dzieci (przeciętnie 640 zł), na leki i inne artykuły farmaceutyczne najczęściej wydawały rodziny bez dzieci (przeciętnie 461 zł). Natomiast rodziny niepełne cechowały się najniższym poziomem wydatków na leczenie i badania (przeciętnie 545 zł) oraz leki i inne artykuły farmaceutyczne (przeciętnie 342 zł).

Tabela 2. Odsetek gospodarstw jednorodzinnych, które pomimo wyraźnych potrzeb zdrowotnych zrezygnowały z opieki zdrowotnej z powodów finansowych w latach 2009–2015

Gospodarstwa jednorodzinne	2009	2011	2013	2015
	[%]	[%]	[%]	[%]
Zakup leków				
bez dzieci	20,1	15,9	14,3	9,9
z 1 dzieckiem	15,4	13,9	12,1	9,9
z 2 dziećmi	14,5	13,3	11,4	9,3
z 3 i więcej dziećmi	24,0	23,8	24,7	17,7
rodziny niepełne	30,3	26,5	24,5	23,9
Leczenie zębów				
bez dzieci	21,4	18,9	18,6	13,0
z 1 dzieckiem	20,9	19,9	16,9	16,9
z 2 dziećmi	19,6	19,3	19,3	16,8
z 3 i więcej dziećmi	33,2	32,3	31,2	23,5
rodziny niepełne	38,2	34,2	33,3	30,5
Porady lekarza				
bez dzieci	14,6	14,8	13,7	10,5
z 1 dzieckiem	11,8	12,3	11,7	10,6
z 2 dziećmi	10,2	12,0	10,2	9,0
z 3 i więcej dziećmi	17,3	20,0	21,8	17,0
rodziny niepełne	19,6	25,6	22,4	20,0
Badania				
bez dzieci	11,8	9,6	9,1	6,5
z 1 dzieckiem	9,2	9,7	8,0	6,4
z 2 dziećmi	7,6	7,2	6,9	6,2
z 3 i więcej dziećmi	11,3	14,0	15,1	11,5
rodziny niepełne	15,0	14,7	16,9	18,1
Rehabilitacja				
bez dzieci	20,1	18,2	16,7	13,2
z 1 dzieckiem	16,0	17,0	15,7	15,9
z 2 dziećmi	17,2	16,1	14,6	17,3
z 3 i więcej dziećmi	18,4	23,9	28,9	25,0
rodziny niepełne	24,7	27,1	29,8	34,3
Wyjazd do sanatorium				
bez dzieci	31,8	29,2	25,4	18,3
z 1 dzieckiem	25,1	26,4	22,8	17,6
z 2 dziećmi	23,2	18,0	22,4	18,1
z 3 i więcej dziećmi	34,0	33,8	36,7	27,4
rodziny niepełne	41,7	39,7	38,3	38,3
Leczenie szpitalne				
bez dzieci	2,5	2,8	2,2	1,9
z 1 dzieckiem	1,5	1,9	1,3	2,1
z 2 dziećmi	0,9	1,2	1,4	0,9
z 3 i więcej dziećmi	1,1	1,4	3,2	2,3
rodziny niepełne	3,4	4,3	3,7	2,4

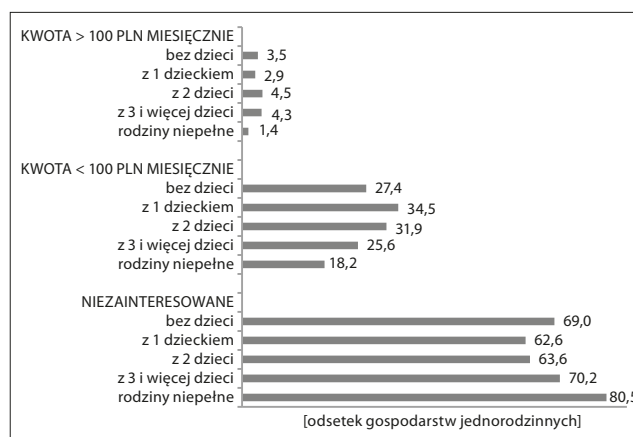
Zdecydowana większość gospodarstw jednorodzinnych nie była zainteresowana wykupieniem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Chęć opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości do 100 zł miesięcznie najczęściej deklarowały rodziny posiadające 1 dziecko (34,5%) lub 2 dzieci (32%). Gotowość do opłacenia składki powyżej 100 zł

Tabela 3. Wysokość wydatków gospodarstw jednorodzinnych na leczenie i badania oraz leki i inne artykuły farmaceutyczne w latach 2009–2015

Gospodarstwa jednorodzinne	2009	2011	2013	2015
Leczenie i badania [PLN]				
bez dzieci	589	566	628	633
z 1 dzieckiem	494	566	625	597
z 2 dziećmi	535	614	657	602
z 3 i więcej dziećmi	604	597	657	700
rodziny niepełne	420	536	576	648
Leki i inne artykuły farmaceutyczne [PLN]				
bez dzieci	479	440	474	451
z 1 dzieckiem	372	370	408	380
z 2 dziećmi	354	344	402	338
z 3 i więcej dziećmi	349	360	379	370
rodziny niepełne	341	317	367	341

* dane o wysokości wydatków w kwartale poprzedzającym badanie

miesięcznie najczęściej występowała w rodzinach z 2 lub 3 dziećmi (odpowiednio 4,5%, 4,3%). Wśród rodzin niepełnych bez względu na kwotę składki zaobserwowano najmniejsze zainteresowania wykupieniem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (rycina 1).

**Rycina 1.** Odsetek gospodarstw jednorodzinnych wyrażających gotowość wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w 2015 roku

DYSKUSJA

Przeprowadzone badanie wskazuje, że skład gospodarstwa jednorodzinnego decydował o możliwościach korzystania ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym i prywatnym, a także z rezygnacji z opieki zdrowotnej pomimo istniejących potrzeb. Wśród badanych gospodarstw jednorodzinnych znaczne ograniczenia w korzystaniu z opieki zdrowotnej występowały w rodzinach niepełnych. W tych gospodarstwach stwierdzono największą skalę rezygnacji we wszystkich badanych kategoriach opieki zdrowotnej z powodów finansowych. Należy również podkreślić, że w rodzinach niepełnych w okresie 2009–2015 systematycznie zwiększał się odsetek rezygnacji z rehabilitacji, ale także badań diagnostycznych. Gorsza sytuacja społeczno-ekonomiczna rodziców samotnie wychowujących dzieci wynikająca z ich niższego poziomu dochodów mogła wiązać się z mniejszymi możliwościami opłacania dodatkowych usług zdrowotnych

w systemie prywatnym, a także niskimi wydatkami na badania i leki [12]. Nierówności dochodowe występujące pomiędzy rodzinami pełnymi i niepełnymi mogą stanowić barierę w dostępie do opieki zdrowotnej dla dzieci z rodzin niepełnych. W konsekwencji dzieci z rodzin niepełnych mogą być w większym stopniu narażone na występowanie chorób [13].

Poza rodzinami niepełnymi, niekorzystną sytuacją pod względem korzystania z opieki zdrowotnej cechowały się także rodziny posiadające 3 i więcej dzieci na utrzymaniu. Świadczy o tym relatywnie wysoki odsetek rezygnacji z opieki zdrowotnej z powodów finansowych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że wysokość dochodu netto na osobę w 2015 roku w rodzinach z 3 i więcej dziećmi jest mniejsza niż w przypadku rodzin z 1 dzieckiem (934 zł vs 1517 zł) [11]. Niższy dochód na osobę w rodzinie może być nie tylko powodem rezygnacji z niezbędnych świadczeń, ale również może stanowić przeszkodę w zakupie dodatkowych usług zdrowotnych w systemie prywatnym. Ponadto rodziny wielodzietne w Polsce są często obciążone zjawiskiem ubóstwa, które wiąże się z gorszym dostępem do opieki zdrowotnej [14, 15]. Rozwiązaniem wychodzącym naprzeciw trudnościom w zaspokajaniu podstawowych potrzeb społecznych i zdrowotnych w rodzinach wielodzietnych jest rządowy program Karta Dużej Rodziny. Od 2014 roku rodziny posiadające 3 lub więcej dzieci mogą korzystać z systemu zniżek obejmującego nie tylko ofertę kulturalną, rekreacyjną i transportową, ale także usługi medyczne [16].

Wśród analizowanych typów gospodarstw jednorodzinnych niskim poziomem rezygnacji z opieki zdrowotnej cechowały się rodziny posiadające 1 lub 2 dzieci. Znaczny odsetek tych rodzin decydował się także na korzystanie z odpłatnych usług medycznych, co jest przejawem wysokiej świadomości zdrowotnej rodziców. Ich troska o stan zdrowia dzieci może wynikać również z przedkładania potrzeb zdrowotnych dzieci ponad potrzeby własne. W przypadku choroby dziecka średni czas oczekiwania na wizytę w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) wynosi jeden dzień. W takiej sytuacji aż 39% rodziców finansowało świadczenia medyczne w systemie prywatnym, 15% zamawiało prywatną wizytę lekarską [17]. Dane te pokazują, że POZ nie gwarantuje poczucia bezpieczeństwa w sytuacji choroby dziecka i skłania rodziców do poszukiwania pomocy w innych placówkach medycznych. Natomiast w rodzinach o słabszej kondycji ekonomicznej brak możliwości uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w POZ powoduje podjęcie decyzji o wizycie w szpitalnym oddziale ratunkowym. Innym rozwiązaniem jest umieszczenie chorego dziecka w opiece stacjonarnej lub skorzystanie z nocnej pomocy lekarskiej [17]. Należy zauważyć, że uzyskiwanie pomocy medycznej w opiece stacjonarnej generuje wysokie koszty, ponieważ hospitalizacja jest znacznie droższa niż opieka ambulatoryjna.

W Polsce ograniczenia w korzystaniu z opieki zdrowotnej przez dzieci odnoszą się do konsultacji medycznych, diagnostyki, odpowiednich zabiegów oraz świadczeń rehabilitacyjnych. Poważnym problemem jest długi czas oczekiwania na wykonanie diagnostyki i leczenia [6, 18, 19]. Z uwagi na fakt, że choroby dziecięce przebiegają inaczej niż u dorosłych, a także ze względu na gwałtowny przebieg niektórych chorób zakaźnych istotny jest moment podjęcia procesu leczenia [20]. W przypadku dzieci brak szybkiej reakcji ze strony systemu opieki zdrowotnej może skutkować pogłębieniem się problemów zdrowotnych i oddalać szansę

na całkowite wyleczenie. Analizy Fundacji WHC wskazują, że czas oczekiwania na poradę specjalistyczną dla dzieci liczony w miesiącach wynosił w przypadku: ortodonta (9,5), reumatologa dziecięcego (5,3), kardiologa dziecięcego (4,0), okulisty i urologa dziecięcego (3,8), neurologa dziecięcego (2,6), ortopedy (1,8), hematologa dziecięcego (1,6), poradni zdrowia psychicznego (1,6), alergologa (1,1), chirurga dziecięcego (0,9), laryngologa dziecięcego (0,8). Niekorzystnym zjawiskiem jest również 8–9-dniowy czas oczekiwania na świadczenia neonatologiczne, których terminowość ma szczególne znaczenie ze względu na nieodwracalność skutków zdrowotnych opóźnionej diagnostyki i terapii schorzeń noworodków [21]. Zgodnie z wynikami rankingu Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia w 2016 roku polski system zdrowotny uzyskał najniższą liczbę punktów w kategorii czasu oczekiwania na leczenie [22]. W tym zakresie czołowe pozycje osiągnęły Belgia, Macedonia i Szwajcaria, jednak Macedonia jest przykładem niezamożnego kraju, w którym dokonały się radykalne zmiany w zakresie dostępności świadczeń. Znaczną redukcję czasu oczekiwania na leczenie osiągnięto poprzez wysoce transparentny system elektronicznej rezerwacji terminów usług medycznych [22].

Istotnym czynnikiem kształtującym dostępność opieki zdrowotnej jest liczebność kadry medycznej. W Polsce występuje znaczny deficyt lekarzy, w przypadku pediatrów współczynnik określający liczbę lekarzy w stosunku do wielkości populacji w 2014 roku był niższy od średniego poziomu osiąganego w Unii Europejskiej (13,5/100 tys. mieszkańców vs 17,2/100 tys. mieszkańców) [23]. Niski poziom zatrudnienia personelu medycznego wynika z niedoboru środków finansowych przekazywanych z NFZ do podmiotów leczniczych. Od 2008 roku NFZ rozlicza kontrakty ze szpitalami na podstawie jednorodnych grup pacjentów i system ten nie uwzględnia, że w przypadku tej samej jednostki chorobowej leczenie dzieci jest bardziej kosztowne niż leczenie dorosłych. Niedoszacowanie procedur pediatrycznych powoduje przemieszczanie się kadry z oddziałów pediatrycznych do POZ z powodu zbyt niskiego poziomu wynagrodzenia w szpitalu. Sytuacja ta prowadzi do zamykania oddziałów pediatrycznych lub ich reorganizacji, co zagraża zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego najmłodszych pacjentów [24, 25].

Innym palącym problemem dotyczącym kadr medycznych są niewystarczające w stosunku do potrzeb limity przyjęć na studia medyczne, co nie zapewnia utrzymania odpowiedniej liczby lekarzy. Niedostatki w kształceniu specjalistów dotyczą m.in. pediatrii, chirurgii dziecięcej, psychiatrii dzieci i młodzieży [26, 27]. W specjalizacjach takich jak pediatria widoczny jest jeszcze jeden problem dotyczący średniego wieku lekarza pediatry wynoszącego 58 lat, co sprawia że zastępowalność w tym zawodzie jest zagrożona [28]. Wskazane deficyty kadrowe mogą być powodem wzrostu problemów zdrowotnych występujących w najmłodszej populacji, tj. nadwagi i otyłości, wad postawy i schorzeń kręgosłupa, chorób oka oraz zaburzeń psychicznych. Wymienione choroby przewlekłe wynikają w dużej mierze ze słabości opieki profilaktycznej świadczonej w POZ [29]. W konsekwencji niezadawalająca opieka medyczno-profilaktyczna wiąże się z pogłębieniem się nierówności w zdrowiu, które obserwuje się wśród dzieci w Polsce [30].

W Polsce wraz ze wzrostem wynagrodzeń stale zwiększają się wydatki na zdrowie zarówno w publicznym systemie finansowanym ze składki zdrowotnej, jak i systemie prywatnym finansowanym bezpośrednio przez pacjenta [31, 32].

Pomimo to system publiczny nie oferował lepszego dostępu do usług medycznych i w analizowanych typach gospodarstw jednorodzinnych obserwowano wzrost korzystania ze świadczeń w systemie prywatnym, a także z abonamentów pracowniczych. Równocześnie zmniejszało się zjawisko rezygnacji, głównie w opiece stomatologicznej, oraz z zakupu leków. Należy jednak podkreślić, że rozszerzenie możliwości korzystania z opieki zdrowotnej poprzez świadczenia odpłatne lub abonamenty pracownicze dotyczy jedynie rodzin/rodziców o lepszym statusie materialnym lub posiadających zatrudnienie. Formy te utrwalają nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w polskim społeczeństwie, szczególnie wśród dzieci pochodzących z ubogich rodzin.

Niewydolność publicznego systemu opieki zdrowotnej powoduje, że 19,5%–34,7% badanych gospodarstw jednorodzinnych wyraziło gotowość wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Korzyściami oferowanymi w ramach polis zdrowotnych są o wiele krótsze kolejki do specjalistów, większe zaangażowanie lekarzy w proces leczenia oraz dogodniejsze godziny przyjęć [19]. W Polsce sektor ubezpieczeń prywatnych jest w fazie rozwoju, w okresie 2009–2014 nakłady w tym sektorze zwiększyły się z 573 mln na 4,869 mln [31, 32]. Rosnące zainteresowanie produktami ubezpieczeniowymi jest wynikiem poczucia niepewności w zakresie dostępu do opieki medycznej w ewentualnej chorobie. Szacuje się, że w latach 2015–2020 wartość polskiego systemu prywatnej opieki zdrowotnej będzie zwiększała się o 7% rocznie, przy czym ubezpieczenia zdrowotne będą najszybciej rozwijającym się segmentem tego rynku [33]. W rezultacie zamożnym rodzinom z dziećmi łatwiej będzie dopasować zakres świadczeń do indywidualnych potrzeb zdrowotnych. Problemem nadal pozostaną niezaspokojone potrzeby zdrowotne dzieci o gorszym statusie materialnym ich rodziców.

WNIOSEK

Ograniczenia rodzin z dziećmi w dostępie do świadczeń w systemie publicznej opieki zdrowotnej powodowały konieczność korzystania z usług prywatnych opłacanych ze środków własnych oraz abonamentów pracowniczych. W zależności od liczby dzieci i struktury rodziny istniały różnicowania w korzystaniu z usług prywatnej opieki zdrowotnej oraz rezygnacji ze świadczeń. Znaczne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej występujące wśród rodzin niepełnych wymagają aktywnych działań instytucji zdrowia publicznego w zakresie tworzenia rozwiązań zorientowanych na ochronę dzieci z rodzin w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Dzieci te potrzebują adresowanych interwencji zdrowotnych opartych na powszechnie dostępnych programach leczniczych i profilaktycznych.

PIŚMIENNICTWO

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
- Łanda K. Dostępność świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care. Wiadomości Ubezpieczeniowe 2013; 4: 13–19.
- Wojtyński B, Goryński P (red.). Sytuacja zdrowotna ludności i jej uwarunkowania. NIZP-PZH, Warszawa 2016.
- Organization for Economic Co-Operation and Development: Health at a Glance – Europe 2016. OECD, Paris 2016.
- World Health Organization: The World Health Report 2013: research for universal health coverage. WHO, Geneva 2013.
- Główny Urząd Statystyczny: Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r. GUS, Warszawa 2014.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Dz.U. nr 200, poz. 1661.
- Czapiński J. Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne. W: Czapiński J, Panek T (red.). Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009.
- Czapiński J, Panek T. Opieka zdrowotna. W: Czapiński J, Panek T (red.). Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011.
- Czapiński J, Panek T. Opieka zdrowotna. W: Czapiński J, Panek T (red.). Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.
- Czapiński J, Panek T. Opieka zdrowotna. W: Czapiński J, Panek T (red.). Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
- Europejska Sieć Przeciwdziałania Ubóstwu i Eurochild: Ku lepszej jakości życia europejskich dzieci. Ubóstwo dzieci w Europie. EAPN i Eurochild, Bruksela 2013.
- Marmot M. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO, Copenhagen 2013.
- Główny Urząd Statystyczny: Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2015 r. GUS, Warszawa 2015.
- Kłos B. Ubóstwo wśród dzieci. W: Szymańczak J (red.). Dzieci z grup ryzyka. Studia BAS. 2009; 1(17): 11–38.
- Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej: Karta Dużej Rodziny. <https://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/karta-duzej-rodziny/> (dostęp: 5.05.2017).
- Borek E, Libura M, Chwiłkowska A, Kołodziej M, Turkiewicz J. Profilaktyka pediatryczna w Polsce z perspektywy rodziców małych dzieci. Fundacja My Pacjenci & Fundacja Nutricia, Warszawa 2014.
- Łanda K, Ciupak-Zarzycka M, Majcherczyk N, Augustyn A. Barometr WHC: Raport dotyczący zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce. Nr 11/2/08/2015.
- Centrum Badania Opinii Społecznej: Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań nr 107/2014. CBOS, Warszawa 2014.
- Hryniewicz W, Albrecht P, Radzikowski A (red.). Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego. Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2017.
- Siwiec J, Majcherczyk N, Augustyn A. Barometr WHC: Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce. Nr 16/1/04/2017.
- Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index 2016 Report. HCP, Sztokholm 2017.
- World Health Organization: Health for All Database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/> (dostęp: 5.05.2017).
- Krysiak L. Zdrowie dzieci naszym wspólnym dobrem. Gazeta Lekarska 2015; 11: 34–35.
- Solecka M. Szczepienia dzieci jak ubezpieczenie OC. Medycyna Praktyczna, materiał prasowy z dnia 13.07.2015.
- Domagała A. Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność? Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2013; 11(2): 148–158.
- Zgliczyński W. Opieka na dziećmi i młodzieżą w systemie ochrony zdrowia w Polsce. W: Zdrowie dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Studia BAS. 2014; 2(38): 65–88.
- Kowalski J, Klinger K. Pediatra po sześćdziesiątce. Czy w Polsce zabraknie lekarzy? Gazeta Prawna, materiał prasowy z dnia 17.02.2014.
- Wojnarowska B, Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy. W: Zdrowie dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Studia BAS. 2014; 2(38): 41–64.
- UNICEF: Innocenti Report Card 13. Równe szanse dla dzieci. Nierówności w zakresie warunków i jakości życia w krajach bogatych. UNICEF, Florencja 2016.
- Główny Urząd Statystyczny: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r. GUS, Warszawa 2012.
- Główny Urząd Statystyczny: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r. GUS, Warszawa 2017.
- Rynek zdrowia: PRM prognozy dla ubezpieczeń na rynku prywatnej opieki zdrowotnej. <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/PMR-prognozy-dla-ubezpieczen-na-rynku-prywatnej-opieki-zdrowotnej,151935,1.html> (dostęp: 8.05.2017).

Use of health care by families with children in Poland

■ Abstract

Introduction. The public health insurance system in Poland guarantees children free access to services; however, the system struggles with organizational and financial problems related to reimbursement of the costs of treatment.

Objective: Recognition and evaluation of the use of health care by families with children in Poland.

Material and method. Information on the use of health care by single-family households in Poland during 2009–2015 was obtained from the reports 'Social Diagnosis'. The sources of financing of health care were analyzed, the reasons for resigning from health services, the amount of expenditure and the willingness to buy additional health insurance.

Results. Single-family households most often used health care financed from public resources (93.5%–96.2%), with a high percentage of families with 1 or 2 children using also services financed from private sources and employer-paid services. In all analyzed types of single-family households, the resigning from health care due to financial reasons most often concerned the stay in a health resort, dental treatment and rehabilitation. Incomplete families, compared to other types of single-family households, most frequently resigned from health and medical services for financial reasons, despite necessity, and also bore the lowest expenses for treatment, examinations and medicines.

Conclusions. There are variations in the use of private health care services and resignation from these services according to the number of children in the family. Considerable barriers in access to health care among incomplete families require the active involvement of public health institutions in developing solutions aimed at protecting children from socio-economic disadvantage.

■ Key words

children, health care, health needs, inequalities in health, availability, private expenses, supplementary insurance