



CENTRUM BADANIA OPINII SPOŁECZNEJ

SEKRETARIAT 629 - 35 - 69, 628 - 37 - 04 UL. ŻURAWIA 4A, SKR. PT.24
ZESPÓŁ REALIZACJI 00 - 503 W A R S Z A W A
BADAŃ 621 - 07 - 57, 628 - 90 - 17 TELEFAX 629 - 40 - 89
INTERNET: <http://www.cbos.pl> E-mail: sekretariat@cbos.pl

BS/116/97/95

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W OPINII POLAKÓW

KOMUNIKAT Z BADAŃ

WARSZAWA, CZERWIEC '95

PRZEDRUK MATERIAŁÓW CBOS W CAŁOŚCI LUB W CZĘŚCI ORAZ WYKORZYSTANIE DANYCH EMPIRYCZNYCH
JEST DOZWOLONE WYŁĄCZNIE Z PODANIEM ŹRÓDŁA

Już od dłuższego czasu reforma służby zdrowia jest kulą u nogi kolejnych ekip rządzących naszym krajem. Wydaje się, że bezpłatność świadczeń medycznych, jakkolwiek nie całkiem realizowana, należy do przywilejów socjalnych szczególnie zakorzenionych w świadomości Polaków. W tej sytuacji gremia sprawujące władzę obawiają się silnych napięć społecznych, spowodowanych - naturalną dla systemu ubezpieczeń zdrowotnych - bezpośrednią partycypacją obywateli w kształtowaniu środków finansowych przeznaczonych na zdrowie. Blisko stutysięczna grupa zawodowa, jaką stanowią w Polsce lekarze, wykazuje pewne opory przed szybkim wprowadzeniem zmian. Ubezpieczenia zdrowotne są bowiem takim systemem organizacyjnym, który obnażyłby liczne obszary szarej strefy naszego systemu medycznego.

Wspomnianym przeszkodom towarzyszą spory ekspertów, dotyczące wysokości pobieranej składki, zakresu świadczeń medycznych objętych podstawowym ubezpieczeniem oraz organizacyjnego kształtu instytucji ubezpieczeń zdrowotnych. Od pewnego czasu szczególnie silnie zarysował się konflikt między ekspertami w dziedzinie opieki zdrowotnej skupionymi przy NSZZ "Solidarność" a doradcami i urzędnikami Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Przedmiotem sporów jest przede wszystkim zakres rekompensaty składki ubezpieczeniowej z podatków. Strona solidarnościowa domaga się pełnej rekompensaty (a więc przyjęcia zasady, że podatki zostają zastąpione składką ubezpieczeniową na zdrowie - bez ponoszenia przez społeczeństwo dodatkowych kosztów). W tej kwestii strona rządowa, inspirowana przez przedstawicieli Ministerstwa Finansów, reprezentuje więcej chłodnego realizmu. Uważa bowiem, że zasada pełnej rekompensaty składki nie pozwoli na jakkolwiek poprawę sytuacji finansowej opieki zdrowotnej, a społeczeństwo musi ponieść więcej ciężarów związanych ze zdrowiem.

Innym przedmiotem sporu jest zagadnienie struktury organizacyjnej kas ubezpieczeniowych. W tej dziedzinie spór jest bardzo ostry. O ile strona solidarnościowa domaga się utworzenia w kraju, na bazie samorządów lokalnych, licznych (ok. 350) kas chorych, o tyle eksperci MZiOS - ogólnokrajowej reprezentacji ubezpieczalni.

W myśl proponowanych rozwiązań ministerialnych, terenowe oddziały ubezpieczalni opierałyby się na układzie regionalnym, tworzonym przez zasięg działania 11 Akademii Medycznych, które skupiają najwięcej specjalistów lekarskich. Ponadto w celu wyrównywania - niekiedy głębokich - różnic terytorialnych w ochronie zdrowia ma powstać Krajowy Związek Kas Ubezpieczeń Zdrowotnych, którego zadaniem będzie lokowanie funduszu wyrównawczego ubezpieczalni w taki sposób, aby poziom świadczeń zdrowotnych w całym kraju był w miarę możliwości zbliżony. Uważa się bowiem, że utworzenie dużej liczby małych i zapewne niezbyt sprawnych organizacyjnie kas chorych spowoduje bardzo poważne różnice w standardzie opieki zdrowotnej. Kasy chorych usytuowane w regionach strukturalnego bezrobocia oraz niskich dochodów ludności znalazłyby się w bardzo trudnej sytuacji finansowej. Istnieje realne niebezpieczeństwo, iż od kilkuset tysięcy obywateli nie zebralibyśmy środków finansowych, które w pełni zabezpieczałyby ich potrzeby zdrowotne.

Wymieniono tu najistotniejsze przyczyny braku zgody co do zasad rozwoju polskiej służby zdrowia. Między stronami konfliktu istnieją także niewielkie różnice zdań, dotyczące m.in. poziomu zakresu świadczeń gwarantowanych przez ubezpieczalnię, zasad tworzenia tzw. dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, zabezpieczającego Polaków w trybie dobrowolnym w razie wystąpienia potrzeb zdrowotnych, które nie są wpisane w pakiet świadczeń gwarantowanych przez powszechne ubezpieczenia.

W sondażu CBOS¹ starano się tak zredagować pytania, aby odpowiedzi respondentów koncentrowały się na priorytetach konkurujących ze sobą programów reformatorskich. Podjęto też próbę ustalenia, jakie ciężary finansowe na rzecz własnego zdrowia Polacy są gotowi ponieść, jaki jest poziom solidaryzmu społecznego, związanego z potrzebą utrzymania przez zdrowych i bogatych - licznej rzeszy chorych i znacznie biedniejszych.

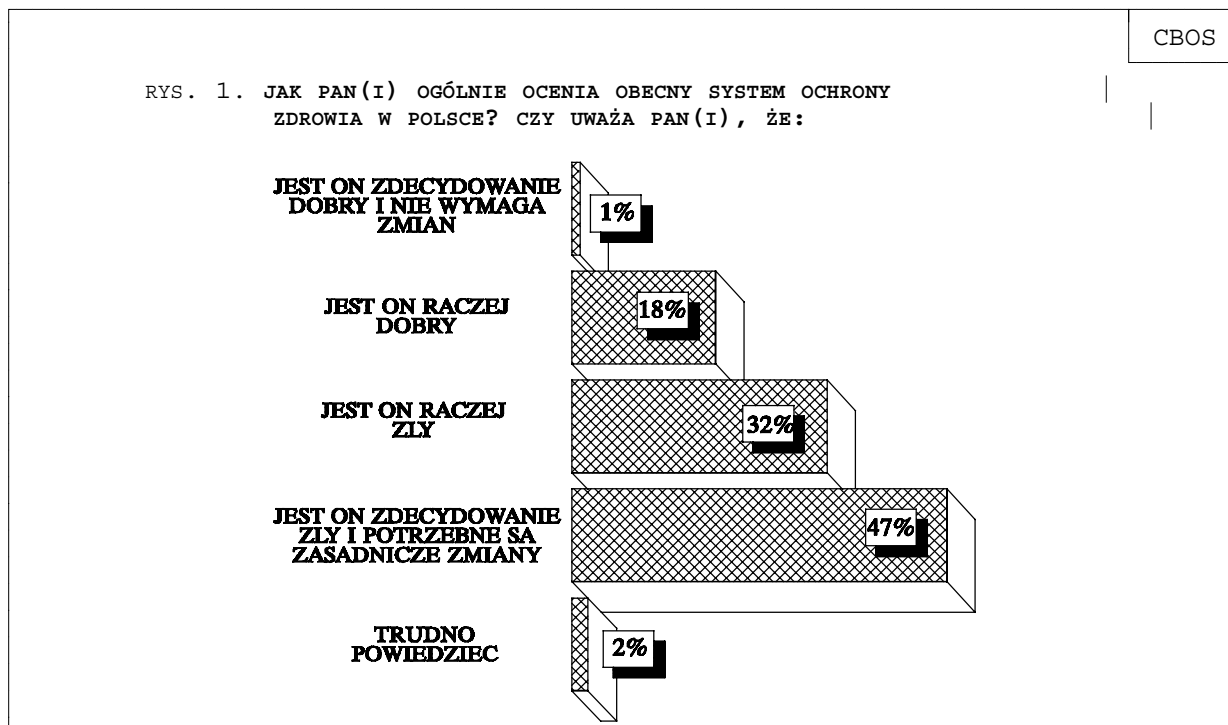
W grupie 20 pytań sondujących opinie o ubezpieczeniach zdrowotnych znalazły się i takie, które odnosiły się do funkcjonowania obecnego systemu opieki zdrowotnej, źródeł jego finansowania oraz potrzeby zmian reformatorskich. Interesowały nas również kwestie udziału

¹ Badanie "Co o tym myślisz?" zrealizowano w dniach 7-11 kwietnia '95 na 1177-osobowej, reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

sektora prywatnego w systemie ubezpieczeń zdrowotnych oraz wysokość nieformalnych wydatków ponoszonych w związku z leczeniem się w placówkach publicznej służby zdrowia. Niezbędnym uzupełnieniem zasobu podstawowych informacji o respondentach stały się pytania o ocenę stanu zdrowia, jego zmiany w ciągu ostatnich 5 lat oraz o najważniejsze dolegliwości i choroby, które występują wśród reprezentantów badanej próby losowej².

Ocena funkcjonowania obecnego systemu opieki zdrowotnej

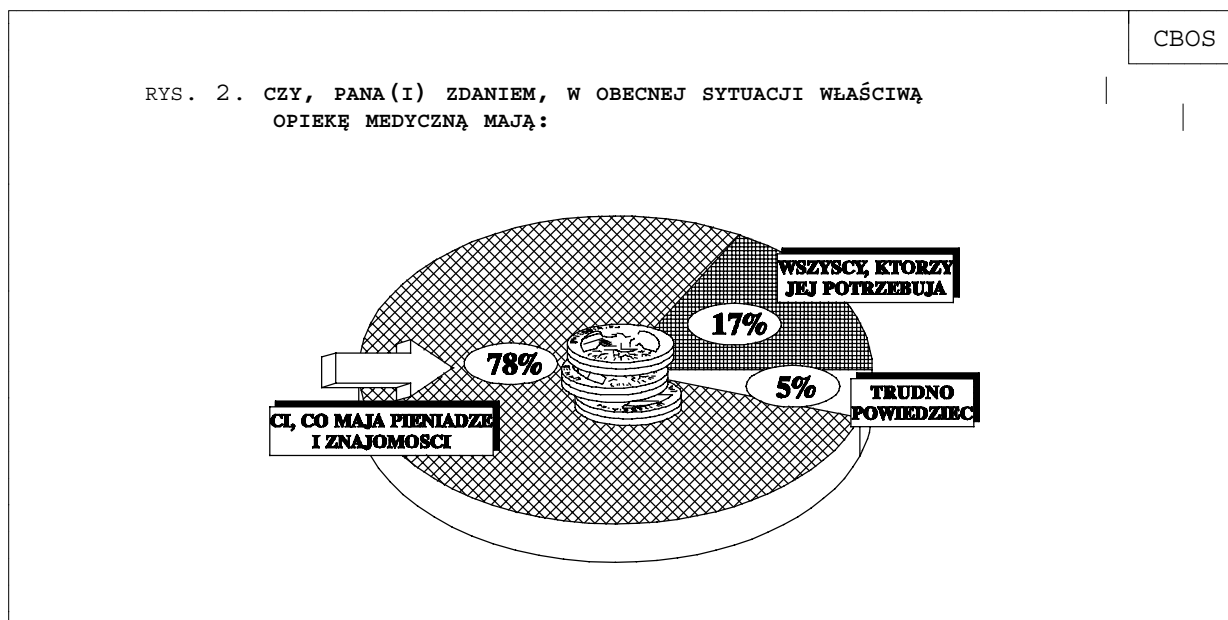
Interesowała nas m.in. ogólna ocena naszego systemu ochrony zdrowia. Uzyskane odpowiedzi świadczą o tym, iż Polacy są wobec niego bardzo krytyczni.



Prawie połowa badanych wybrała skrajnie pesymistyczną ocenę, blisko jedna trzecia uznała, że system jest raczej zły, a tylko niespełna jedna piąta - że jest on raczej dobry.

² Por. komunikat CBOS "Stan zdrowia Polaków", maj '95.

Sondaż wykazał również sceptycyzm Polaków wobec sztanarowej wartości powojennej służby zdrowia, jaką był powszechny dostęp do świadczeń medycznych.



Tylko prawie jedna piąta respondentów jest przekonana, że w obecnej sytuacji właściwą opiekę medyczną mają wszyscy, którzy jej potrzebują. Zdecydowana większość jednak nie wierzy w powszechny dostęp do świadczeń medycznych i wyraża pogląd, iż właściwą opiekę mają ci, którzy mają pieniądze i znajomości.

Rozkład opisanych tu odpowiedzi wśród poszczególnych kategorii społecznych ujawnia pewną (obserwowaną też w innych sondażach) prawidłowość. Otóż osoby, które z obiektywnego punktu widzenia znajdują się w lepszej sytuacji, jeśli chodzi o dostęp do świadczeń medycznych (np. mają wyższe wykształcenie, lepsze warunki materialne lub stanowisko służbowe), są równocześnie bardziej krytyczne wobec różnych aspektów funkcjonowania opieki zdrowotnej. Innymi słowy, uprzywilejowani znają lepiej tajniki dostępu do odpowiednich świadczeń, upośledzeni zaś najmniej zdają sobie sprawę z barier, jakie oddzielają ich od pożądaných świadczeń medycznych.

I tak naszą opiekę zdrowotną jako zdecydowanie złą częściej oceniają osoby z wykształceniem wyższym (58%) niż podstawowym (39%). Najbardziej krytyczni są prywatni przedsiębiorcy (68%), kadra kierownicza i inteligencja (67% badanych spośród tych grup społeczno--zawodowych). Najrzadziej źle oceniają nasz system opieki zdrowotnej rolnicy (38%) i robotnicy niewykwalifikowani (46%).

Okazało się również, że zarówno obiektywny wskaźnik sytuacji materialnej (dochód przypadający na osobę w rodzinie), jak i ocena własnych warunków materialnych determinują stosunek do działalności placówek medycznych. Możemy zauważyć wyraźną skłonność do złych ocen wśród osób bogatszych (57% wśród tych, którzy osiągają dochód powyżej 325 zł na osobę, a 35% - wśród tych, których dochód na osobę wynosi 125-199 zł) lub dobrze oceniających swoje warunki materialne (58%, przy średnio 46% dla oceniających je gorzej).

Naturalnie najmniej krytyczni są mieszkańcy wsi (36% złych ocen), a najbardziej (58%) - mieszkańcy miast średniej wielkości (od 21 do 100 tys. ludności).

Najwięcej zarzutów pod adresem opieki zdrowotnej mają mieszkańcy regionu północnego (55%) i południowo-zachodniego (52%), a więc pasa koncentracji polskiej anomii. Najrzadziej złe oceny wystawiali mieszkańcy regionu wschodniego (41%) i środkowo-zachodniego (45%), który skupia przede wszystkim mieszkańców Wielkopolski.

O ile w pierwszym przypadku mamy zapewne do czynienia z relatywnie obniżonym poziomem sceptycyzmu wśród mieszkańców wschodniej Polski, o tyle w odniesieniu do tradycyjnie bardziej gospodarnej Wielkopolski spadek ocen krytycznych można tłumaczyć wyższym zapewne poziomem organizacyjnym miejscowej opieki zdrowotnej.

Należałoby również dodać, iż gorzej oceniają opiekę zdrowotną mężczyźni niż kobiety, a także osoby deklarujące orientację prawicową i centrową (52%) niż lewicową (45%). Oczywiście na wzmożoną krytykę mogą sobie pozwolić przede wszystkim osoby w wieku aktywności zawodowej (od 35 do 64 lat).

Odpowiedzi na pytanie o ocenę równej dostępności świadczeń medycznych wśród społeczeństwa wykazują wpływ analogicznych do opisanych wyżej czynników społecznych.

Przekonani o braku powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej są bowiem przede wszystkim przedstawiciele górnych warstw społeczeństwa. Pogląd, iż o dobrym leczeniu decydują pieniądze i znajomości częściej wyrażają osoby z wykształceniem średnim (82%) i wyższym (81%) niż z podstawowym (73%) i zasadniczym zawodowym (78%). Wśród grup społeczno-zawodowych kadra kierownicza i inteligencja częściej (86%) dostrzega drastyczność podziałów społecznych w dostępie do świadczeń medycznych niż robotnicy niewykwalifikowani (72%).

W przypadku oceny powszechnej dostępności naszego systemu zdrowotnego należy odnotować wyraźny przypływ krytycyzmu wśród rolników. O ile rzadziej niż ogół Polaków źle oceniali oni całość systemu, o tyle w przypadku oceny stopnia upowszechnienia jego świadczeń są bardziej krytyczni niż ogół mieszkańców kraju (83% wskazań, że o prawidłowym leczeniu decydują pieniądze i znajomości - przy 78% średniej krajowej).

Dobra sytuacja materialna nieco wzmacnia przekonanie o tym, iż pieniądze i znajomości są niezbędne do właściwego leczenia (78% wśród postrzegających swoje warunki materialne jako złe i średnie w porównaniu z 81% wskazań wśród tych, którzy oceniają je dobrze).

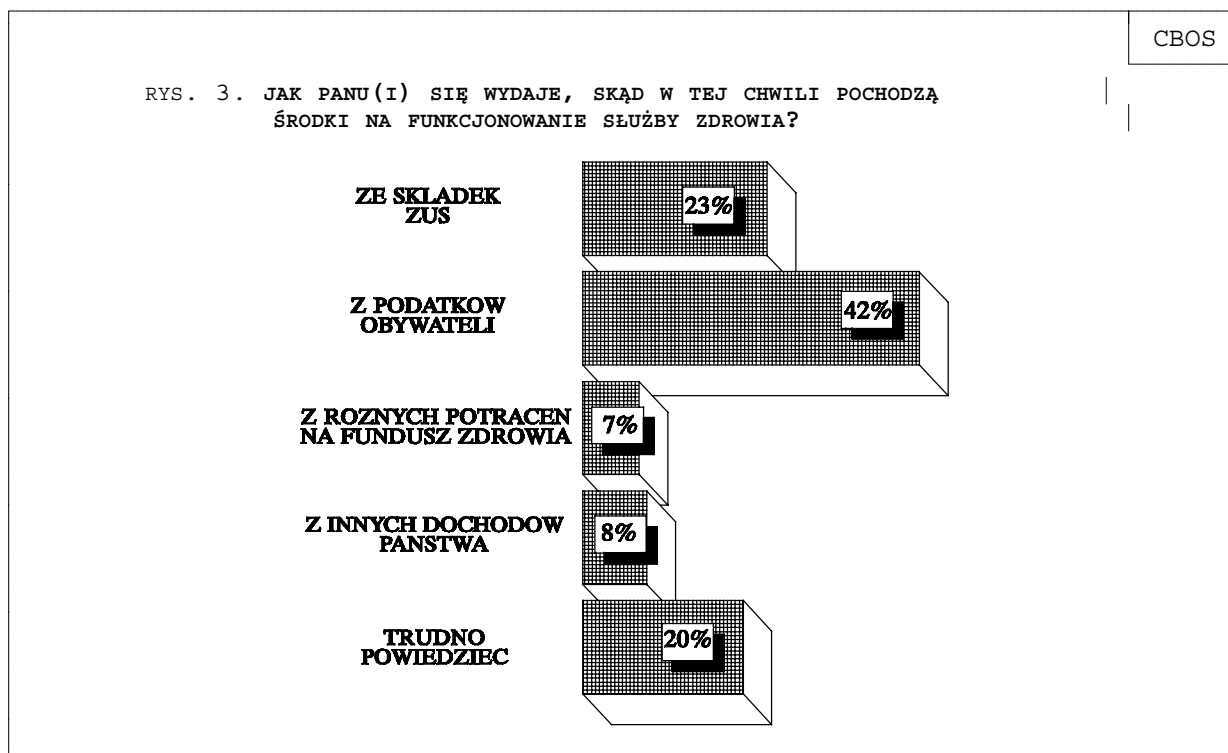
Rola pieniądza i znajomości w leczeniu jest bardziej dostrzegana przez osoby mniej aktywne religijnie lub też zgoła nie uczestniczące w praktykach religijnych. O ile znaczenie pieniędzy dla zdrowia dostrzega 66% praktykujących kilka razy w tygodniu, o tyle aż 84% tych, którzy chodzą do kościoła kilka razy w roku i 81% zdecydowanych ateistów. Jednakże w tę zależność uwikłany jest czynnik wykształcenia - osoby deklarujące się jako wierzące mają bowiem relatywnie niższe wykształcenie.

Przekonania polityczne badanych są również istotnym determinantem opinii o stopniu anarchizacji systemu opieki zdrowotnej. Okazało się bowiem, że osoby o orientacji lewicowej (które rzadziej źle oceniały działanie systemu) są bardziej krytyczne, jeżeli chodzi o stopień równości w dostępie do usług medycznych.

Badani o prawicowych poglądach politycznych tylko w 77% uważają, że w przypadku choroby decydującą rolę odgrywają pieniądze i znajomości, osoby o poglądach centrowych dostrzegają znaczenie tych elementów sytuacji społecznej w 82%, lewicowych zaś już w 84%.

Źródła finansowania służby zdrowia

Złym ocenom funkcjonowania naszego systemu opieki zdrowotnej towarzyszy brak merytorycznej wiedzy o zasadach jego działania.



Obecnie, jak wiadomo, ochrona zdrowia w Polsce jest finansowana z podatków obywateli. Świadomość tego faktu ma jedynie ponad dwie piąte społeczeństwa. Pozostali mylnie sądzą, iż pieniądze na funkcjonowanie służby zdrowia pochodzą ze składek ZUS (23% odpowiedzi) lub z innych dochodów państwa bądź potrąceń na Fundusz Zdrowia (15%). Aż jedna piąta respondentów szczerze przyznaje się do braku podstawowej wiedzy w tym zakresie. Fałszywe przekonanie, że ochrona zdrowia jest finansowana ze składek ZUS, a co za tym idzie, ma charakter ubezpieczeniowy, jest dość silnie ugruntowane w naszym społeczeństwie. Są dwa powody tego nieporozumienia. Po pierwsze, płacenie składki ZUS jest formalną podstawą uprawnienia do bezpłatnego korzystania ze świadczeń służby zdrowia. Po wtóre, każda z osób objętych prawem do takich świadczeń otrzymuje "Legitymację Ubezpieczeniową", która służy różnym celom informacyjnym oraz czysto formalnym. Użyta w tytule książeczki terminologia

oraz skojarzenie z koniecznym do uprawnienia warunkiem płacenia składek na ZUS sprawiają, że nawet wśród pracowników służby zdrowia jest wiele osób, które ulegają fałszywym stereotypom.

Rozkład odpowiedzi na pytanie o podstawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wśród poszczególnych kategorii wykształcenia i grup społecznych wskazuje na interesującą prawidłowość. Brak wiedzy w tej dziedzinie jest uzależniony od poziomu wykształcenia i przynależności społecznej. Dobitym tego przykładem jest fakt, iż uchyliło się od odpowiedzi 32% badanych z wykształceniem podstawowym i tylko 9% - z wyższym.

Wśród kategorii społeczno-zawodowych brakiem takiej wiedzy ("trudno powiedzieć") wyróżniają się przede wszystkim rolnicy (24%) oraz robotnicy niewykwalifikowani (18%). Kadrze kierowniczej i inteligencji pytanie to sprawiło trudność aż dwukrotnie rzadziej (10%).

Deklarowanie prawidłowej odpowiedzi (źródłem finansowania służby zdrowia są podatki od obywateli) jest również zależne od statusu majątkowego i poziomu edukacji badanych. Wskazało ją 38% osób z wykształceniem podstawowym oraz 50% ze średnim i wyższym. Częściej też wybierali ją robotnicy niewykwalifikowani (46%) niż rolnicy (35%).

Opłaty nieformalne w publicznej służbie zdrowia

Innym pośrednim wskaźnikiem oceny funkcjonowania opieki zdrowotnej stały się odpowiedzi na pytania dotyczące udziału respondentów w różnorodnych działaniach nieformalnych, których efektem finalnym jest ponoszenie kosztów w związku z korzystaniem z publicznej - teoretycznie bezpłatnej - służby zdrowia.

		CBOS
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy Pan(i) lub ktoś z Pana(i) rodziny poniósł jakie koszty związane z leczeniem w państwowej służbie zdrowia?		
Tak		29%
Nie		71%

Prawie trzech na każdych dziesięciu badanych potwierdziło fakt ponoszenia takich kosztów w ciągu ostatniego półrocza.

W porównaniu z wcześniejszymi sondażami z ostatniej dekady, w których poruszano tę drażliwą kwestię, możemy obserwować systematyczny wzrost nieformalnej komercjalizacji świadczeń medycznych.

Częściej koszty nieformalne ponoszą (w postaci opłat dobrowolnych, wymuszonych lub łapówek) mężczyźni (33%) niż kobiety (26%). Być może jednym z czynników kształtujących ten brak równowagi jest rekordowo wysoki udział prywatnych przedsiębiorców (43%) wśród osób opłacających swe leczenie w publicznej służbie zdrowia.

Związane z wyższym wykształceniem stosunki i znajomości są prawdopodobnie ekwiwalentem płatności, gdyż bardzo często (32% odpowiedzi) nieformalnie płaciły osoby z wykształceniem podstawowym. Podobnie często koszty uzyskania świadczeń w placówkach publicznej służby zdrowia ponosiły osoby legitymujące się wykształceniem średnim (33%). Najrzadziej za leczenie płacili respondenci z wykształceniem zasadniczym zawodowym (23%) oraz wyższym (27%).

Odpowiedzi ankietowanych wskazują, iż elity społeczne pokonują bariery w dostępie do świadczeń medycznych raczej przez wykorzystanie znajomości niż bezpośredni, nieformalny zakup usługi. Kadra kierownicza i inteligencja stosunkowo rzadko przyznawała, że nieformalnie wpłacała pieniądze (24%, a więc poniżej średniej krajowej - 29%). Najczęściej płacili pracownicy umysłowi niższego szczebla (35%), robotnicy wykwalifikowani (36%) i wspomniani już biznesmeni (43%).

Błędne jest przekonanie, iż częściej płacą w placówkach publicznej służby zdrowia ci, których na to stać, którzy mają więcej zasobów. Okazało się, iż wśród osób o dobrej i średniej samoocenie warunków materialnych 28% badanych wносиło nieformalne opłaty za leczenie, wśród najgorzej oceniających swoją sytuację - 32%.

Użycie obiektywnego miernika dobrostanu materialnego, jakim jest dochód przypadający miesięcznie na członka rodziny, wykazało, iż opłaty nieformalne najczęściej wносиły osoby osiągające średnie dochody - 34% wśród badanych o dochodach od 200 do 274 zł, natomiast

33% - wśród najbogatszych (325 zł i powyżej), 28% zaś wśród najbiedniejszych (poniżej 125 zł). I w tym przypadku widać, iż wysoka lokata w tabeli dochodów nie oznacza automatycznie skłonności do wnoszenia opłat nieformalnych. Opłaty takie powoduje zapewne nagła potrzeba zdrowotna, przy jednoczesnym braku możliwości wykorzystania znajomości i innych personalnych powiązań.

Podział regionalny kraju wskazuje na zdecydowany prymat Wielkopolski, jeśli chodzi o unikanie opłat nieformalnych.

W regionie środkowozachodnim tylko 20% badanych nieformalnie płaciło określone kwoty w placówkach służby zdrowia. Najczęściej płacono w regionach południowo-wschodnim (33%) i północnym (32%).

Opłaty nieformalne najczęściej (34%) wnosili mieszkańcy małych miast (od 21 tys. do 100 tys. ludności), natomiast najrzadziej (21%) - dużych miast (500 tys. ludności i więcej). Jednakże ta ostatnia prawidłowość jest zwodnicza i może prowadzić do mylnych wniosków. Przy mniejszej intensywności badanego zjawiska można bowiem w dużych miastach obserwować przepływ znacznie większych kwot pieniężnych. Przy średniej krajowej nieformalnych wpłat, opiewającej na 3 mln 456 tys. starych zł, na wsi wpłacano średnio jedynie 2 mln 927 tys.zł, a w dużych miastach aż 6 mln 999 tys.zł. Przegląd średnich kwot wpłacanych nieformalnie za usługi medyczne również uściśla wnioski dotyczące częstości takich zachowań.

Respondenci z wykształceniem podstawowym wpłacili średnio 2 mln 424 tys. zł, a więc dwukrotnie mniej niż osoby z wykształceniem wyższym - 5 mln 758 tys. zł. Ciekawe, iż wśród osób z wykształceniem poniżej średniego najwięcej wpłacali robotnicy niewykwalifikowani (5 mln 582 tys.zł).

Wśród biernych zawodowo wszelkie rekordy wysokości wnoszonych nieformalnie opłat pobiły gospodynie domowe, które wpłaciły służbie zdrowia w ciągu ostatniego półrocza średnio aż 8 mln 38 tys.zł.

Rozkład konkretnych kwot wpłacanych nieformalnie w placówkach medycznych pozwala zweryfikować informacje dotyczące częstości takich zachowań. Wspomniano wcześniej, że na uiszczenie takiej opłaty częściej decydowały się osoby deklarujące lewicowe poglądy polityczne. Jednakże należy dodać, że badani o orientacji prawicowej wpłacali znacznie większe kwoty. Okazało się, iż ci ostatni rzadziej wnosząc nieformalne opłaty *de facto* dokonywali znacznie większych wpłat (badani o poglądach lewicowych wpłacili średnio w ciągu ostatniego półrocza 2 mln 945 zł, a o orientacji prawicowej - kwotę ponad 1,5 raza większą - 4 mln 821 tys. zł).

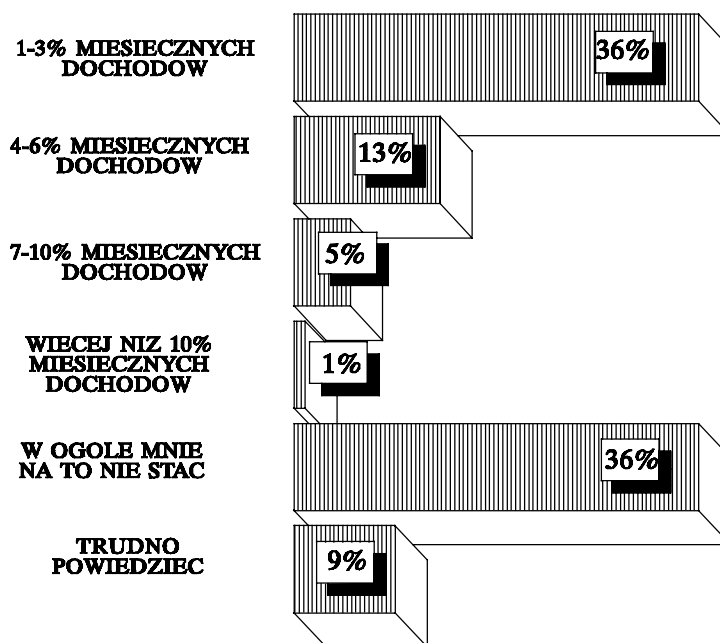
Jednakże najbardziej spektakularne różnice w rozkładzie wpłacanych nieformalnie kwot ujawnia podział na regiony kraju. Największe kwoty przepływają z prywatnych kieszeni pacjentów do publicznych placówek medycznych w regionie środkowym, gdzie występuje szczególna koncentracja specjalistycznej bazy medycznej. Średnia wpłacana kwota wynosiła w tym regionie 4 mln 934 zł, podobnie w regionie południowo-zachodnim (4 mln 176 tys.). Najmniej wpłacano tam, gdzie i wpłaty były rzadkie, tzn. w regionie środkowozachodnim (średnia wpłata wynosiła zaledwie 1 mln 462 tys. zł).

Na zakończenie należy również odnotować większy dystans między kobietami a mężczyznami - o ile kobiety deklarowały wpłatę średnio 2 mln 893 tys. zł, o tyle mężczyźni ponad 1 mln więcej (3 mln 976 tys. zł).

Finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych

Badanych pytaliśmy o wysokość obciążeń finansowych, jakie byliby w stanie ponosić miesięcznie w postaci składek ubezpieczeniowych. Odpowiedzi sformułowano w ten sposób, iż różnica między poszczególnymi deklaracjami (procentowy odpis od miesięcznych dochodów) wynosiła 3%.

RYS. 4. ŚRODKI FINANSOWE, JAKIE PAŃSTWO MOŻE PRZEZNACZYĆ Z POBIERANYCH PODATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA SĄ NIEWYSTARCZAJĄCE. PLANUJE SIĘ STWORZENIE UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH, W KTÓRYCH KAŻDY Z OBYWATELI BYŁBY OBCIĄŻONY SKŁADKĄ UBEZPIECZENIOWĄ NA POKRYCIE KOSZTÓW LECZENIA. JAK PAN (I) SĄDZI, JAKI PROCENT SWOICH MIESIĘCZNYCH DOCHODÓW MÓGLBY (MOGŁABY) PAN (I) PRZEZNACZYĆ NA TAKĄ SKŁADKĘ?



Najniższą składkę zadeklarowała ponad jedna trzecia badanych, wyższą (4-6%) - prawie co ósmy respondent, najwyższą zaś (7-10%) - zaledwie 5% społeczeństwa. Więcej niż 10% miesięcznych dochodów gotów jest płacić tylko 1% badanych.

Należy jednak podkreślić, iż ponad jedna trzecia ankietowanych stwierdziła, iż w ogóle ich nie stać na płacenie składki ubezpieczeniowej. Widać więc, że zwolennicy składki w wysokości do 6% miesięcznych dochodów stanowią mniejszość wobec potencjalnych przeciwników wprowadzenia ubezpieczeń.

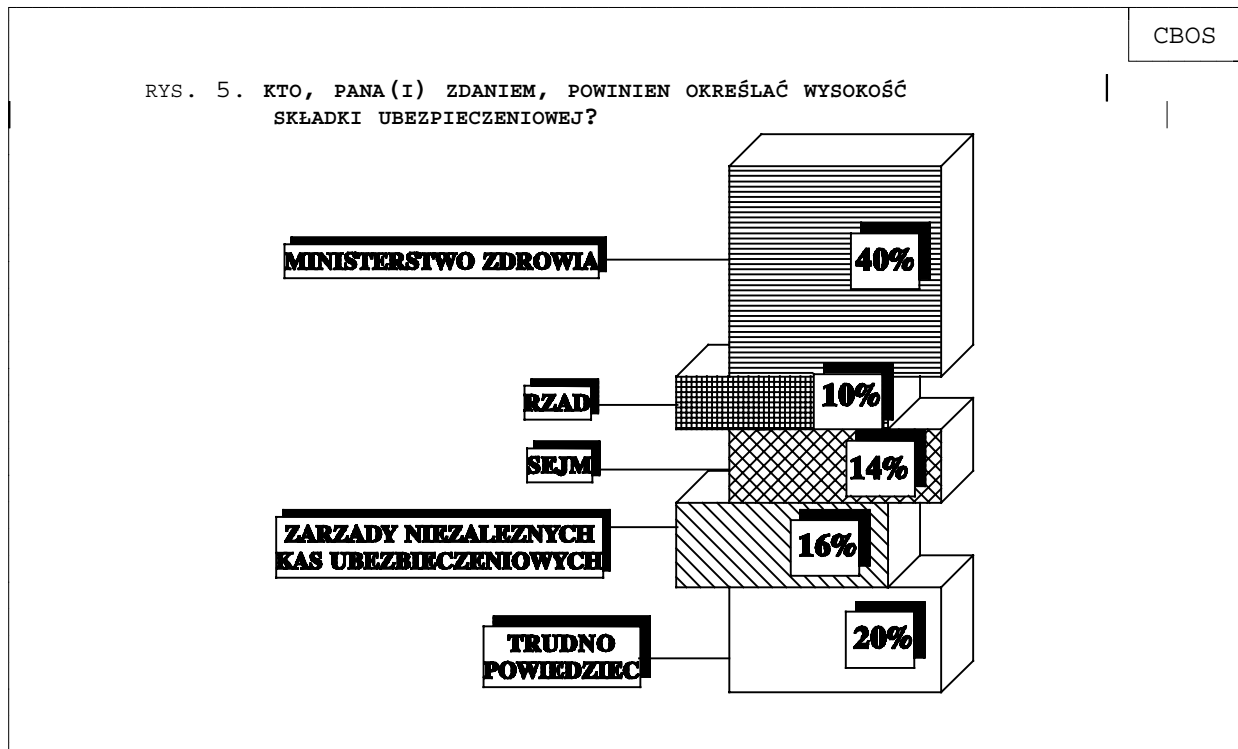
Planom reformatorskim w służbie zdrowia nie mogą sprostać (odpowiedzi "w ogóle mnie na to nie stać") przede wszystkim osoby z wykształceniem podstawowym (51%), zasadniczym zawodowym (36%) i średnim (26%). Najrzadziej deklarują, że nie są w stanie płacić składki osoby z wykształceniem wyższym (13%). Deklarowanie najniższej składki ubezpieczeniowej nie

jest uzależnione od poziomu wykształcenia ani oceny własnych warunków materialnych, natomiast deklarowanie wyższej (4-6%) wskazuje na silną zależność od cech statusu materialnego (6% deklarujących tę wysokość wśród osób mających złą sytuację materialną, 15% - średnią i 28% dobrą).

Stosunkowo najniższe składki ubezpieczeniowe deklarowali mieszkańcy regionów wschodnich, najwyższe zaś - zachodnich.

Struktura organizacyjna kas i kontrola nad poborem składek

Interesowało nas, kto w opinii respondentów ma określać wysokość pobieranych składek.



Ankietowani opowiedzieli się zdecydowanie za prymatem Ministerstwa Zdrowia w tej dziedzinie (40%). Dużo mniej wskazań (16%) zyskały zarządy niezależnych kas ubezpieczeniowych oraz Sejm (14%) i rząd (10%). Zaufanie do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej przejawia się też w zdecydowanym wyborze centralnego modelu organizacyjnego kas

ubezpieczeniowych (38% odpowiedzi). Po jednej piątej badanych opowiedziało się za regionalnymi oddziałami kas jako podstawową jednostką organizacyjną i niedużymi, lokalnymi kasami. Taki układ odpowiedzi oznacza tęsknotę za państwem opiekuńczym, którego zadaniem jest organizacja i nadzór nad opieką zdrowotną.

JAK ZORGANIZOWAĆ POLSKI SYSTEM UBEZPIECZEŃ, ABY SKŁADKI OBYWATELI BYŁY DOBRZE ZARZĄDZANE?		CBOS
Zorganizować centralną kasę ubezpieczeniową o zasięgu ogólnokrajowym	38%	
Zorganizować kilka kas ubezpieczeń o zasięgu 3-4 województw	19%	
Zorganizować bardzo wiele niedużych kas ubezpieczeń o zasięgu paru gmin	20%	
Trudno powiedzieć	23%	

Podobną tendencję odnotowano w badaniach OBOP sondujących opinie o kompetencji gmin. Okazało się, że szpitale i placówki służby zdrowia to obiekty, które respondenci najrzadziej skłonni byłiby przekazać samorządom terytorialnym. Za silną rolę MZiOS w kształtowaniu finansów ubezpieczalni opowiedzieli się przede wszystkim badani niżej wykształceni (47% z wykształceniem zasadniczym zawodowym wobec 20% z wyższym).

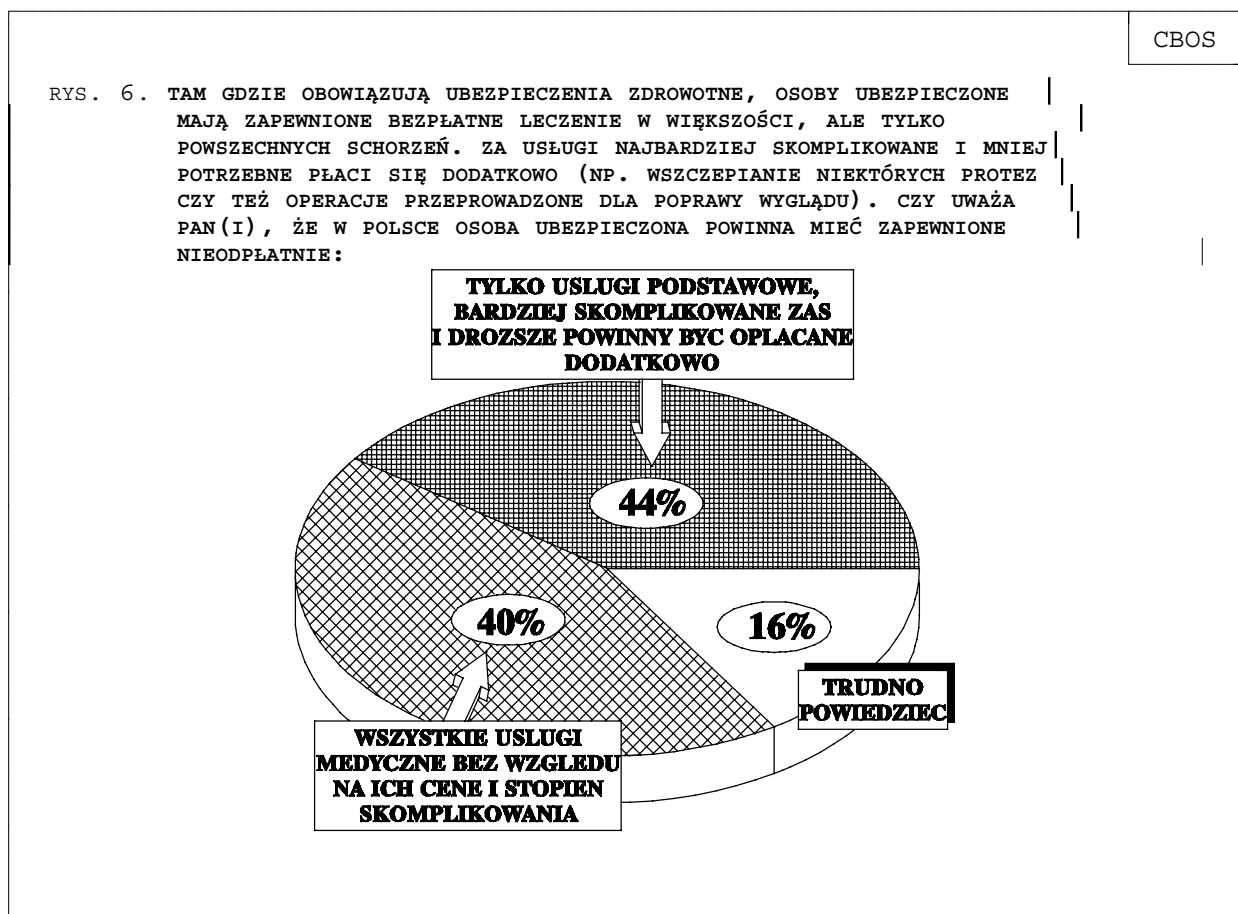
Najczęściej doceniają wpływ MZiOS na ubezpieczalnię robotnicy wykwalifikowani i niewykwalifikowani, najrzadziej zaś - prywatni przedsiębiorcy. Bardzo podobne cechy społeczne sprzyjają zaufaniu do centralistycznie zorganizowanej ubezpieczalni. Wśród entuzjastów silnej, ogólnokrajowej ubezpieczalni wyróżniają się zwłaszcza rolnicy.

Przeciwnikami centralnej ubezpieczalni są najczęściej mieszkańcy regionu północnego (22%), najbardziej zaś sprzyjają tej idei mieszkańcy Wielkopolski i regionu wschodniego (po 43%).

Ciekawe, iż wypowiedzi w obydwu tych generalnych kwestiach nie są - wbrew pozorom - zdeterminowane preferencjami politycznymi badanych.

Zakres świadczeń ubezpieczalni a dodatkowe ubezpieczenia

Na całym świecie twórcy systemu ubezpieczeń zdrowotnych stają przed trudnym wyborem, czy objąć ubezpieczeniem całość świadczeń czy też tylko niektóre - bardziej potrzebne, a za najbardziej skomplikowane żądać dodatkowych opłat.



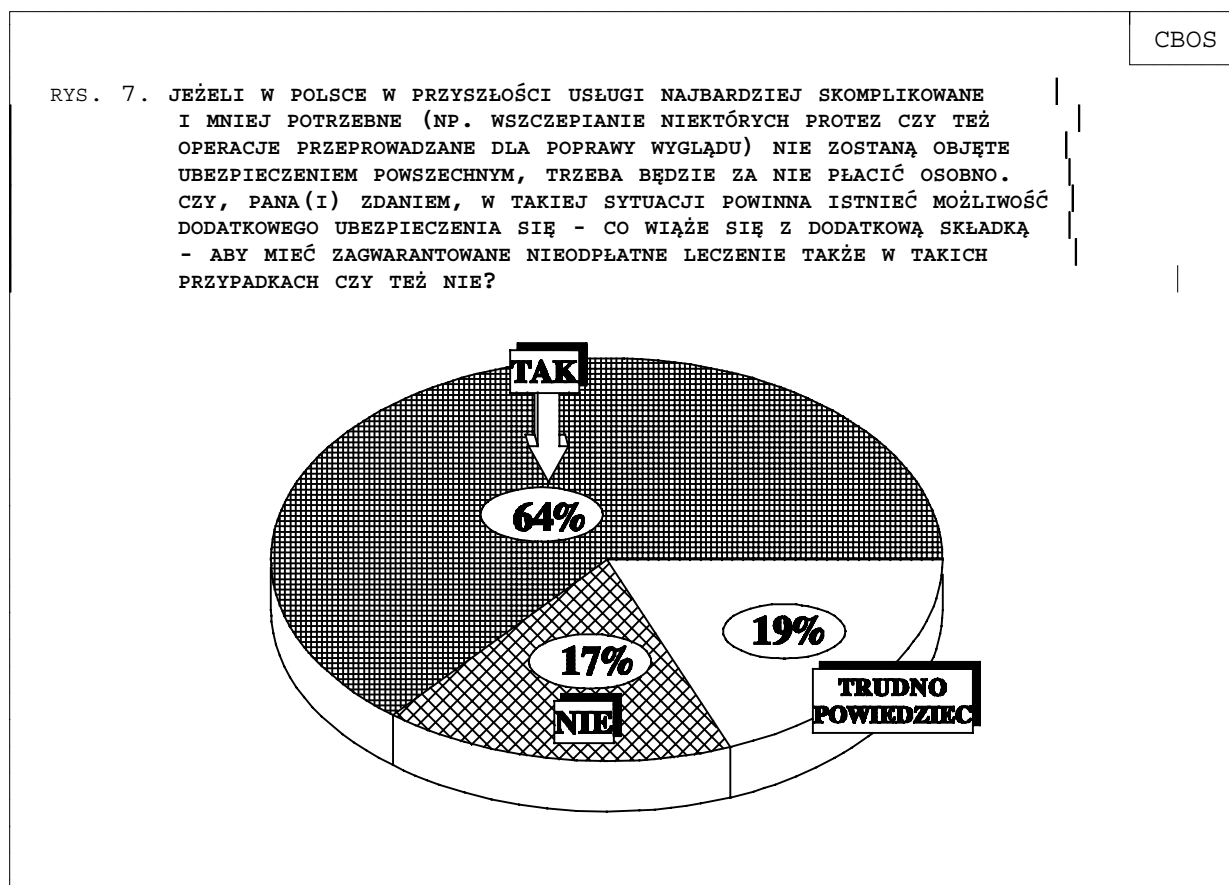
Nieznaczną większość wskazań (44%) uzyskała opcja dodatkowych opłat za skomplikowane i droższe usługi medyczne, natomiast zwolennikami rozszerzenia ubezpieczenia na wszelkie usługi było 40% badanych.

Jak można się było spodziewać, pełny zakres bezpłatnych świadczeń w ramach ubezpieczalni aprobowały przede wszystkim osoby niżej wykształcone i biedniejsze (zwłaszcza czynniki materialne różnicowały odpowiedzi respondentów - za bezpłatnymi świadczeniami opowiedziało się 44% badanych mających złą sytuację materialną i jedynie 27% dobrze oceniających swoje warunki).

Kwestia zakresu świadczeń ubezpieczalni silniej zależy od preferencji politycznych badanych niż wybór jej modelu organizacyjnego. Pogląd, że osoba ubezpieczona powinna mieć zapewnione wszystkie usługi medyczne (bez względu na ich cenę) częściej podzielali ankietowani o lewicowych poglądach politycznych.

Ubezpieczenia dodatkowe

Konsekwencją przyjęcia zasady wprowadzenia pełnej odpłatności za niektóre świadczenia jest stworzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń, które objęłyby bardziej skomplikowane usługi.



Prawie dwie trzecie respondentów bardzo jednoznacznie stwierdziło, że powinna istnieć możliwość dodatkowego ubezpieczenia się, niespełna jedna piąta zaś była odmiennego zdania. Niestety, duży odsetek badanych nie wyraził swojej opinii w tej kwestii, co oznaczać może przede wszystkim niezrozumienie istoty problemu.

Wyższy status społeczny ankietowanych bardzo wyraźnie sprzyja koncepcji utworzenia ubezpieczalni zdrowotnej, która przejęłaby świadczenia najbardziej specjalistyczne. (Wśród osób z wykształceniem podstawowym wybrało tę odpowiedź 53% badanych, a wśród respondentów z wyższym wykształceniem - 84%). Podobnie wyraźny kontrast stanowią odpowiedzi robotników niewykwalifikowanych (49%) i inteligencji (82%).

Za utworzeniem odpowiedniej instytucji i możliwością dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego opowiadają się też częściej osoby bogatsze (72%) niż biedne (61%).

Badanych pytaliśmy także, czy zdecydowaliby się na dodatkowe ubezpieczenie, aby mieć zagwarantowane nieodpłatne korzystanie z bardziej skomplikowanych usług medycznych.

		CBOS
CZY PAN(I) SAM(A) ZDECYDOWAŁ(A) BY SIĘ NA DODATKOWE UBEZPIECZENIE, ABY MIEĆ ZAGWARANTOWANE NIEODPŁATNE KORZYSTANIE Z BARDZIEJ SKOMPLIKOWANYCH USŁUG MEDYCZNYCH?		
Tak	45%	
Nie	39%	
Trudno powiedzieć	16%	

Ponad dwie piąte ankietowanych odpowiedziało twierdząco. Wśród osób preferujących takie rozwiązanie dwukrotnie częściej są przedstawiciele najwyższych warstw społeczeństwa (32% osób z wykształceniem podstawowym i 64% z wyższym). Podobne proporcje różnic utrzymują się także przy zastosowaniu innych kryteriów opisu pozycji społecznej badanych.

Ubezpieczenie powszechne a prywatny sektor medyczny

Wyraźne wahanie wykazali respondenci w kwestii możliwości pokrywania przez publiczne kasy ubezpieczeniowe kosztów świadczeń prywatnych gabinetów lekarskich, klinik czy małych szpitali. Poglądy badanych na ten temat są podzielone. Zbliżony jest odsetek osób uważających za słuszne opłacanie usług sektora prywatnego z ubezpieczenia powszechnego (43%) i tych, którzy mają odmienne zdanie (41%).

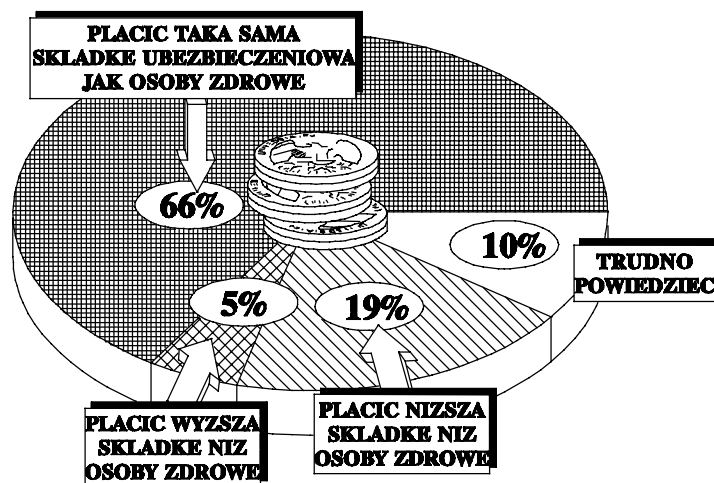
Po raz kolejny można dostrzec wyraźny wpływ poziomu wykształcenia, cech statusu społecznego oraz pozycji materialnej na poglądy związane z funkcjonowaniem ubezpieczeń zdrowotnych. Wysoka pozycja społeczna i materialna sprzyja większemu poparciu dla sektora prywatnego w medycynie.

Zgodnie z opisanymi prawidłowościami, zdecydowanie bardziej chętni kooperacji ubezpieczalni zdrowotnej z prywatnym sektorem są mieszkańcy Wielkopolski, Śląska i zachodniej części kraju.

Solidaryzm społeczny i podmiotowy zakres ubezpieczeń społecznych

Badanym zadaliśmy pytanie dotyczące ich poczucia solidaryzmu społecznego. Interesowało nas, czy osoby, które często chorują, powinny płacić składkę ubezpieczeniową taką samą jak osoby zdrowe, wyższą czy też niższą. Okazało się, że jesteśmy społeczeństwem lubiącym reguły proste i sprawiedliwe, gdyż aż dwie trzecie badanych uznało, że składka powinna być dla wszystkich ubezpieczonych jednakowa. Zdaniem prawie jednej piątej respondentów, często chorujący powinni płacić mniej. Taki pogląd jest szczególnie upowszechniony wśród osób z wykształceniem podstawowym, osiągających najniższe dochody oraz bezrobotnych (po 26%).

RYS. 8. CZY UWAŻA PAN(I), ŻE OSOBY, KTÓRE CZĘŚCIEJ CHORUJĄ POWINNY:



Najbardziej opiekuńczy - gotowi rekompensować chorym straty związane z utratą zdrowia - są mieszkańcy wsi (23%) i małych miast (24%). Na marginesie należy dodać, że właśnie te kategorie społeczne przejawiają skłonność do ambiwalencji postaw w tej dziedzinie, gdyż częściej wybierały one poglądy, że osoby często chorujące powinny płacić więcej (odpowiednio 6% i 11% wobec 2% takich odpowiedzi w wielkich miastach). Popadanie w te skrajności spowodowało, iż mieszkańcy wsi i małych miast najrzadziej opowiadają się za regułą równości opłat od osób zarówno często, jak i rzadko chorujących (w małych miastach 51% wskazań, że składka powinna być jednakowa dla wszystkich, przy 73% w dużych miastach).

Niski poziom wykształcenia wyraźnie sprzyja postawom opiekuńczym (26% odpowiedzi, iż często chorujący powinni płacić mniej wśród osób z wykształceniem podstawowym i tylko 11% wśród respondentów z wykształceniem wyższym).

Akceptacja reguły równych opłat od chorujących i nie chorujących wzrasta wraz z poziomem wykształcenia badanych (od 53% odpowiedzi wśród osób z wykształceniem podstawowym do 75% z wyższym).

Identyczny z opisanym wyżej mechanizmem jest wpływ warunków materialnych - zła sytuacja materialna determinuje opiekuńczość, dobra - akceptację reguły równych opłat.

Badani o lewicowych poglądach politycznych, po których należałoby się spodziewać raczej opiekuńczych postaw wobec osób schorowanych, przeczą takim stereotypom i preferują opiekuńczość tylko w 11%, a więc dwukrotnie rzadziej niż osoby o orientacji centrowej (22%) i prawicowej (20%).

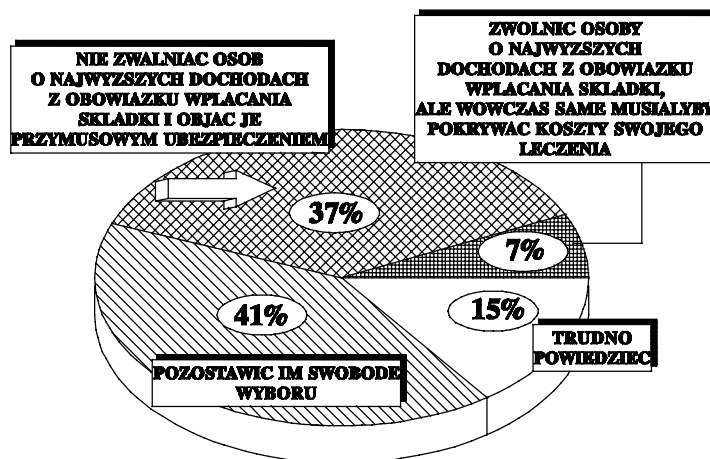
Przyzwyczajenia myślowe, iż koszty utrzymania opieki zdrowotnej powinny być jednakowe dla wszystkich, nakazują równo rozkładać ciężary na służbę zdrowia bardziej reprezentantom poglądów lewicowych (76%) niż prawicowych (70%) czy centrowych (66%).

Natomiast najbardziej nieoczekiwany rezultat przynosi rozkład omawianych odpowiedzi wśród analizowanych regionów. Okazało się, że mieszkańcy Wielkopolski są najmniej opiekuńczy wobec często chorujących (11% wskazań) i konsekwentnie najczęściej twierdzą, że osoby chorowite powinny płacić wyższą składkę niż zdrowe (12% odpowiedzi przy średniej krajowej 5%). Chłodny racjonalizm mieszkańców Wielkopolski zdecydowanie odróżnia ich od reszty kraju, gdzie rozkład opinii jest raczej ujednociony.

Przymus powszechnych ubezpieczeń dla osób najbogatszych

Dylematem przy konstruowaniu zasad funkcjonowania ubezpieczalni bywa problem ludzi najbogatszych. Powstaje alternatywa, czy nakłonić takie osoby do ubezpieczenia powszechnego (co może poprawić kondycję finansową ubezpieczalni) czy też zwolnić je z tego obowiązku, ale egzekwować od nich realne koszty leczenia. Trzecim wyjściem z sytuacji jest pozostawienie elitom finansowym swobody w tym zakresie.

RYS. 9. W WIELU KRAJACH CI, KTÓRYCH STAĆ NA OPŁACENIE REALNYCH CEN USŁUG MEDYCZNYCH NIE MAJĄ OBOWIĄZKU SIĘ UBEZPIECZAĆ, JEDNAKŻE KASY UBEZPIECZENIOWE MAJĄ WÓWCZAS MNIEJSZE WPLYWY FINANSOWE. CZY, PANA(I) ZDANIEM, W POLSCE POWINNIŚMY:



Odpowiedzi respondentów na pytanie o wybór właściwej polityki społecznej co do udziału w ubezpieczeniach osób najbogatszych dowodzą, że jesteśmy społeczeństwem otwartym, któremu bliskie są wartości swobody wyboru.

Najwięcej badanych (41%) sugerowało pozostawienie swobody wyboru osobom najbogatszym, 37% zaś uznało, że partycypacja finansowa najbogatszych jest niezbędna i powinni oni być objęci przymusem ubezpieczeń. Jedyne garstka respondentów (7%) uważa, że lepiej, aby osoby te nie były ubezpieczone, wówczas same musiałyby pokrywać koszty swojego leczenia. Mieszkańcy wsi w porównaniu z populacją miejską przejawili istotny rygorizm postaw w tej kwestii. Znacznie częściej są oni przeciwnikami pozostawienia swobody wyboru osobom najbogatszym (tylko 30% wskazań na wsi i aż 59% w dużych miastach). Jednocześnie mieszkańcy wsi częściej opowiadają się za przymusowym ubezpieczeniem osób najbardziej zamożnych (42% wskazań na wsi i zaledwie 25% w dużych miastach).

Opisywane tu odpowiedzi ujawniły również wiele uwarunkowań regionalnych. Przymusu ubezpieczenia dla najbogatszych domagano się przede wszystkim na wschodzie kraju (46%), na północy (43%) i w regionie południowo-wschodnim (42%). Najmniej rygoryzmu w tej kwestii wykazali mieszkańcy centrum (26%) i Wielkopolski (36%).

Oczywiście aprobatą swobodnego wyboru ubezpieczania się przez ludzi najbogatszych bardzo wyraźnie rośnie wraz z poziomem wykształcenia. O ile osoby z wykształceniem podstawowym skłonne są popierać wolny wybór w 31%, o tyle respondenci z wykształceniem wyższym przejawiają taką postawę dwa razy częściej (65%).

Przynależność do różnych grup zawodowych również determinuje poglądy związane z tzw. podmiotowym zakresem ubezpieczeń. Za swobodą wyboru ubezpieczeń zdrowotnych przez najbogatszych opowiadają się przede wszystkim sami najbogatsi (osoby mające dobre warunki materialne - 61%, a złe - 32%), ponadto przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji (62%), prywatnych przedsiębiorców (65%) i pracownicy umysłowi niższego szczebla (57%). Najrzadziej postawę aprobującą swobodny wybór przejawiają robotnicy niewykwalifikowani (30%) i rolnicy (33%). Właśnie te grupy społeczne najwyraźniej opowiadają się za objęciem osób najbogatszych przymusowym ubezpieczeniem zdrowotnym (rolnicy - 50%, robotnicy wykwalifikowani - 42%, niewykwalifikowani - 39%), natomiast najrzadziej podzielają ten pogląd badani dobrze oceniający swoje warunki materialne (26%), z wyższym wykształceniem (27%) i ludzie wolnych zawodów (21%).

Konkluzje

Uzyskane wyniki są rezultatem zadania niewielu pytań na temat ubezpieczeń zdrowotnych. Interesowały nas poglądy społeczeństwa na najważniejsze kwestie związane z przyszłością polskiego systemu ubezpieczeń. O ile przyjąć, iż najistotniejsze różnice między ministerialnym a solidarnościowym projektem ubezpieczeń dotyczą struktury organizacyjnej ubezpieczalni, liczby kas oraz udziału w nich samorządu terytorialnego, o tyle trzeba podkreślić, iż opinia publiczna bardzo jednoznacznie opowiedziała się za rozwiązaniem proponowanym przez Ministerstwo Zdrowia (blisko dwukrotnie więcej wskazań). W sposób nie budzący wątpliwości przyznano też Ministerstwu Zdrowia prymat w dziedzinie określania wysokości składki ubezpieczeniowej.

Co ciekawe, stronnikami Ministerstwa Zdrowia w sporze z "Solidarnością" służby zdrowia są przede wszystkim typowi, potencjalni sympatycy solidarnościowego ugrupowania, a więc osoby relatywnie niżej wykształcone, robotnicy wykwalifikowani i niewykwalifikowani, a także rolnicy. W analizowanych odpowiedziach respondentów bardzo silnie przejawiała się nostalgia za silnym, scentralizowanym, państwowym systemem opieki zdrowotnej.

Być może na wykształceniu się takiego syndromu postaw wśród reprezentantów dolnych warstw społeczeństwa waży (ustalony w sondażu) fakt, iż właśnie te osoby częściej musiały wpłacać poważne opłaty nieformalne w publicznym systemie służby zdrowia. Osoby niżej wykształcone i zajmujące w strukturze zawodowej niskie pozycje są bowiem pozbawione stosunków i znajomości, które pozwalałyby uniknąć dopłat do leczenia.

Znamienne, iż spośród wszystkich analizowanych grup społeczno-zawodowych najwyższą (blisko dwukrotnie przewyższającą średnią krajową) kwotę wpłacili robotnicy niewykwalifikowani, podczas gdy reprezentanci inteligencji wykazali koszty nieformalne ponoszone na zdrowie nieco niższe od średniej krajowej.

Przy tym wyraźnie krzywdzącym mechanizmie dostępu do świadczeń zdrowotnych stopień krytycyzmu, jaki przejawiają przedstawiciele niższych warstw społecznych, jest wyraźnie obniżony. Najbardziej skarżą się na funkcjonowanie systemu służby zdrowia osoby lepiej wykształcone, bogatsze i przedstawiciele tzw. wolnych zawodów. Nie po raz pierwszy w badaniach socjologicznych można zaobserwować prawidłowość związaną z uwarunkowaniem

społecznym stopnia krytycyzmu wobec otaczającej nas rzeczywistości. Otóż osoby relatywnie upośledzone nie zdają sobie z tego sprawy, a uprzywilejowane, które w pełni i właściwie wykorzystują swoją pozycję, przejawiają silny krytycyzm.

Jednym z zadań sondażu była próba określenia możliwości płatniczych społeczeństwa wobec systemu ubezpieczalnianego. Osób akceptujących przewidywaną składkę jest niewiele więcej niż tych, które twierdzą, że nie mogą przyjąć żadnych nowych obciążeń na swoje barki. Taki pogląd wyrażają (blisko czterokrotnie częściej) osoby z wykształceniem podstawowym, robotnicy niewykwalifikowani, rolnicy. Uzyskany wynik powinien stanowić wyraźną przestrożę dla twórców naszego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Okazuje się bowiem, że blisko połowa przedstawicieli najniższych warstw naszego społeczeństwa odrzuca wszelką możliwość płacenia składki ubezpieczeniowej.

Okazało się również, że inne, węzłowe zagadnienia związane z ustanowieniem zasad ubezpieczeń zdrowotnych są bardzo wyraźnie zdeterminowane społecznie. Pogląd, iż bardziej skomplikowane zabiegi są dodatkowo płatne i nie objęte podstawowym ubezpieczeniem, chęć wykupienia dla siebie dodatkowego ubezpieczenia oraz poczucie solidaryzmu społecznego są bez wątpienia bliższe reprezentantom górnych warstw społeczeństwa.

Podobną prawidłowość możemy obserwować w przypadku kwestii objęcia przymusem ubezpieczenia osób najbogatszych oraz dopuszczenia prywatnego sektora medycznego do publicznej ubezpieczalni zdrowotnej. Reprezentanci dolnych warstw społeczeństwa zamiast swobody wyboru preferują przymusowe ubezpieczenia dla najbogatszych, ponadto częściej odrzucają możliwość objęcia ubezpieczeniem również świadczeń usług prywatnych gabinetów lekarskich i małych szpitali.

Temu rygorystomowi dolnych warstw naszego społeczeństwa towarzyszy częstsze niedoinformowanie o źródłach finansowania obecnego systemu ochrony zdrowia.

Prawie wszystkie uzyskane odpowiedzi są wyraźnie zróżnicowane w poszczególnych regionach naszego kraju. Rysuje się wyraźnie tendencja, iż postawy, które można by określić mianem bardziej racjonalnych, przeważają w Wielkopolsce i na zachodzie Polski. Na wschodzie, gdzie skupiają się uboższe i mniej wykształcone grupy społeczne, a kultura organizacyjna systemu opieki zdrowotnej jest niższa, preferowane są rozwiązania

skrajnie egalitarne i centralistyczne.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż Wielkopolska wyróżnia się na korzyść spośród innych regionów kraju pod względem niższych wpłat nieformalnych na rzecz publicznej służby zdrowia i lepszej ogólnej oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W wielu uzyskanych wynikach można znaleźć potwierdzenie stereotypowego obrazu Wielkopolski jako obszaru o lepszej organizacji różnych sfer życia codziennego.

W komunikacie przedstawiono najważniejsze społecznie uwarunkowania poglądów na temat reformy służby zdrowia. Jednakże pogłębiona analiza wymaga uwzględnienia mierników stanu zdrowia badanych osób. Taki rozszerzony raport jest właśnie w opracowaniu.

A N E K S

PODZIAŁ NA REGIONY W BADANIACH CBOS

1. Region północny:

09 woj. elbląskie
10 woj. gdańskie
17 woj. koszalińskie
26 woj. olsztyńskie
39 woj. słupskie
41 woj. szczecińskie

2. Region zachodni:

11 woj. gorzowskie
12 woj. jeleniogórskie
20 woj. legnickie
45 woj. wałbrzyskie
47 woj. wrocławskie
49 woj. zielonogórskie

3. Region środkowozachodni:

05 woj. bydgoskie
13 woj. kaliskie
16 woj. konińskie
21 woj. leszczyńskie
29 woj. piłskie
32 woj. poznańskie
44 woj. toruńskie
46 woj. wrocławskie

4. Region środkowy:

01 woj. warszawskie
07 woj. ciechanowskie
24 woj. łódzkie
30 woj. piotrkowskie
31 woj. płockie
34 woj. radomskie
37 woj. sieradzkie
38 woj. skierniewickie

5. Region wschodni:

02 woj. białkopodlaskie
03 woj. białostockie
06 woj. chełmskie
22 woj. lubelskie
23 woj. łomżyńskie
28 woj. ostrołęckie
36 woj. siedleckie
40 woj. suwalskie
48 woj. zamojskie

6. Region południowo-wschodni:

15 woj. kieleckie
18 woj. krakowskie
19 woj. krośnieńskie
25 woj. nowosądeckie
33 woj. przemyskie
35 woj. rzeszowskie
42 woj. tarnobrzeskie
43 woj. tarnowskie

7. Region południowo-zachodni:

04 woj. bielskie
08 woj. częstochowskie
14 woj. katowickie
27 woj. opolskie

Tabela 1. Jak Panu(i) się wydaje, skąd w tej chwili pochodzą środki na funkcjonowanie służby zdrowia? 1 - Ze składek ZUS; 2 - Z podatków obywateli; 3 - Z różnych potraczeń na Fundusz Zdrowia; 4 - Z innych dochodów państwa (%)

	1	2	3	4	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	23	42	7	8	19	1175
Płeć						
Mężczyźni	21	46	7	7	19	555
Kobiety	24	39	8	9	20	621
Wiek						
do 24 lat	25	36	14	8	16	164
25-34	26	39	7	10	18	227
35-44	29	44	7	7	12	258
45-54	21	43	8	11	18	185
55-64	17	47	4	6	26	182
65 lat i więcej	14	45	3	6	32	154
Miejsce zamieszkania						
Wieś	22	40	8	7	24	441
Miasto do 20 tys.	27	44	5	6	18	147
od 21 do 100 tys.	20	45	9	11	15	215
101-500 tys.	22	45	8	10	16	230
501 tys. i więcej mieszk.	26	42	5	6	21	142
Region						
Północny	17	41	10	13	19	128
Zachodni	31	43	6	4	15	144
Środkowo-zachodni	23	46	7	10	15	171
Środkowy	24	34	6	9	27	220
Wschodni	27	39	5	5	23	139
Południowo-wschodni	15	50	8	9	19	190
Południowo-zachodni	23	45	10	6	16	184
Wykształcenie						
Podstawowe	19	38	6	6	32	408
Zasadnicze zawodowe	28	38	10	10	14	321
Średnie	22	50	7	8	13	356
Wyższe	25	49	5	13	9	89
Grupa społ.-zaw. pracujący						
Kadra kier., inteligencja	24	46	4	16	10	70
Prac. umysł. niż. szczebla	28	37	12	11	12	109
Pracownicy fiz.- umysł.	30	33	10	14	13	82
Robotnicy wykwalifikowani	24	50	6	9	10	103
Robotnicy niewykwalifik.	19	46	11	5	18	75
Rolnicy	30	35	7	5	24	88
Prywatni przedsiębiorcy	36	37	6	7	14	48
Bierni zawodowo						
Renciści i emeryci	18	46	4	6	26	357
Uczniowie i studenci	29	35	9	3	24	53
Bezrobotni	18	44	10	7	21	123
Gospodynie domowe i inni	17	36	15	11	21	61
Pracujący poza rolnictwem						
Sfera budżetowa	28	39	7	15	12	146
Sektor państwowy	23	49	12	7	9	140
Sektor prywatny	30	40	5	10	14	173
Spółdzielczość	21	36	16	10	17	45
Dochody na jedną osobę						
Poniżej 125 zł	23	45	7	7	18	225
125 - 199	26	38	11	8	17	193
200 - 274	19	44	6	9	22	313
275 - 324	24	43	7	5	21	162
325 i powyżej	23	46	7	10	14	214
Ocena własnych war. mater.						
Złe	22	43	6	6	23	482
Średnie	23	42	9	9	16	527
Dobre	24	45	5	10	16	159
Udział w prakt. religijnych						
Kilka razy w tygodniu	15	39	7	11	29	69
Raz w tygodniu	22	44	8	7	19	701
Kilka razy w roku	26	41	6	8	18	288
W ogóle nie uczestniczy	25	39	9	12	15	116
Poglądy polityczne						
Lewica	20	52	8	7	13	234
Centrum	24	43	9	10	15	341
Prawica	27	47	6	7	13	262
Trudno powiedzieć	21	32	7	8	33	337

Tabela 2. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy Pan(i) lub ktoś z Pana(i) rodziny poniósł jakieś koszty związane z leczeniem w państwowej służbie zdrowia?

(%)

	Tak	Nie	Liczba osób
Ogółem	29	71	1177
Płeć			
Mężczyźni	33	67	556
Kobiety	26	74	621
Wiek			
do 24 lat	32	68	164
25-34	29	71	227
35-44	31	69	259
45-54	26	74	185
55-64	29	71	182
65 lat i więcej	28	72	154
Miejsce zamieszkania			
Wieś	30	70	442
Miasto do 20 tys.	27	73	148
od 21 do 100 tys.	34	66	215
101-500 tys.	30	70	230
501 tys. i więcej mieszk.	21	79	142
Region			
Północny	32	68	128
Zachodni	30	70	144
Środkowozachodni	20	80	171
Środkowy	28	72	220
Wschodni	32	68	139
Południowo-wschodni	33	67	191
Południowo-zachodni	30	70	184
Wykształcenie			
Podstawowe	32	68	409
Zasadnicze zawodowe	23	77	321
Średnie	33	67	356
Wyższe	27	73	90
Grupa społ.-zaw. pracujący			
Kadra kier., inteligencja	24	76	70
Prac.umysł.niż.szczebla	35	65	109
Pracownicy fiz.- umysł.	28	72	82
Robotnicy wykwalifikowani	36	64	103
Robotnicy niewykwalifik.	26	74	75
Rolnicy	24	76	88
Prywatni przedsiębiorcy	43	57	48
Bierni zawodowo			
Renciści i emeryci	29	71	358
Uczniowie i studenci	31	69	53
Bezrobotni	29	71	124
Gospodynie domowe i inni	17	83	61
Pracujący poza rolnictwem			
Sfera budżetowa	31	69	146
Sektor państwowy	31	69	140
Sektor prywatny	34	66	173
Spółdzielczość	31	69	45
Dochody na jedną osobę			
Poniżej 125 zł	28	72	226
125 - 199	20	80	193
200 - 274	34	66	313
275 - 324	27	73	162
325 i powyżej	33	67	214
Ocena własnych war. mater.			
Źle	32	68	483
Średnie	28	72	527
Dobre	28	72	159
Udział w prakt. religijnych			
Kilka razy w tygodniu	20	80	69
Raz w tygodniu	30	70	703
Kilka razy w roku	30	70	288
W ogóle nie uczestniczy	28	72	116
Poglądy polityczne			
Lewica	32	68	235
Centrum	28	72	341
Prawica	26	74	263
Trudno powiedzieć	32	68	337

Tabela 3. Jeżeli w Polsce w przyszłości usługi najbardziej skomplikowane i mniej potrzebne (np. wszczepianie niektórych protez czy też operacje przeprowadzone dla poprawy wyglądu) nie zostaną objęte ubezpieczeniem powszechnym, trzeba będzie za nie płacić osobno. Czy, Pana(i) zdaniem, w takiej sytuacji powinna istnieć możliwość dodatkowego ubezpieczenia się - co wiąże się z dodatkową składką - aby mieć zagwarantowane nieodpłatne leczenie także w takich przypadkach czy też nie?

(%)

	Tak	Nie	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	64	17	19	1177
Płeć				
Mężczyźni	67	16	16	556
Kobiety	61	18	22	621
Wiek				
do 24 lat	67	20	13	164
25-34	69	15	16	227
35-44	70	17	13	259
45-54	65	17	18	185
55-64	55	19	26	182
65 lat i więcej	55	12	33	154
Miejsce zamieszkania				
Wieś	59	13	28	442
Miasto do 20 tys.	59	17	24	148
od 21 do 100 tys.	74	16	10	215
101-500 tys.	65	23	13	230
501 tys. i więcej mieszk.	69	21	10	142
Region				
Północny	67	17	17	128
Zachodni	67	17	16	144
Środkowo-zachodni	68	20	12	171
Środkowy	56	15	29	220
Wschodni	63	21	15	139
Południowo-wschodni	62	13	24	191
Południowo-zachodni	67	17	16	184
Wykształcenie				
Podstawowe	53	18	29	409
Zasadnicze zawodowe	66	18	17	321
Średnie	70	18	12	356
Wyższe	84	6	10	90
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier. i inteligencja	82	8	10	70
Prac.umysł.niż.szczebła	70	17	13	109
Pracownicy fiz.-umysł.	70	17	12	82
Robotnicy wykwalifikowani	73	12	15	103
Robotnicy niewykwalifik.	49	33	19	75
Rolnicy	68	17	15	88
Prywatni przedsiębiorcy	69	17	13	48
Bierni zawodowo				
Renciści i emeryci	54	17	30	358
Uczniowie i studenci	63	26	11	53
Bezrobotni	63	20	17	124
Gospodynie domowe i inni	74	7	19	61
Pracujący poza rolnictwem				
Sfera budżetowa	67	16	17	146
Sektor państwowy	73	14	12	140
Sektor prywatny	71	15	14	173
Spółdzielczość	53	32	15	45
Dochody na jedną osobę				
Poniżej 125 zł	67	16	17	226
125 - 199	58	21	21	193
200 - 274	60	17	23	313
275 - 324	67	19	13	162
325 i powyżej	73	11	15	214
Ocena własnych war. mater.				
Złe	61	18	21	483
Średnie	65	16	19	527
Dobre	72	19	9	159
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	49	18	33	69
Raz w tygodniu	63	16	21	703
Kilka razy w roku	66	21	14	288
W ogóle nie uczestniczy	73	14	13	116
Poglądy polityczne				
Lewica	73	15	12	235
Centrum	68	17	16	341
Prawica	67	19	13	263
Trudno powiedzieć	51	17	32	337

Tabela 4. Czy, Pana(i) zdaniem, w obecnej sytuacji właściwą opiekę medyczną mają: 1 - wszyscy, którzy jej potrzebują; 2 - ci, co mają pieniądze i znajomości

	1	2	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	17	78	5	1177
Płeć				
Mężczyźni	16	79	5	556
Kobiety	17	77	6	621
Wiek				
do 24 lat	23	76	2	164
25-34	13	78	9	227
35-44	13	83	4	259
45-54	9	87	4	185
55-64	18	78	5	182
65 lat i więcej	30	62	8	154
Miejsce zamieszkania				
Wieś	19	75	6	442
Miasto do 20 tys.	23	74	3	148
od 21 do 100 tys.	13	82	4	215
101-500 tys.	15	80	5	230
501 tys. i więcej mieszk.	12	84	4	142
Region				
Północny	10	86	3	128
Zachodni	22	74	3	144
Środkowo-zachodni	16	82	2	171
Środkowy	14	77	9	220
Wschodni	11	84	5	139
Południowo-wschodni	19	75	6	191
Południowo-zachodni	23	72	5	184
Wykształcenie				
Podstawowe	20	73	6	409
Zasadnicze zawodowe	17	78	5	321
Średnie	14	82	4	356
Wyższe	12	81	7	90
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier., inteligencja	12	86	2	70
Prac. umysł. niż. szczebla	10	88	1	109
Pracownicy fiz.- umysł.	10	84	6	82
Robotnicy wykwalifikowani	14	81	5	103
Robotnicy niewykwalifik.	26	72	2	75
Rolnicy	13	83	4	88
Prywatni przedsiębiorcy	13	80	7	48
Bierni zawodowo				
Renciści i emeryci	20	71	8	358
Uczniowie i studenci	19	81	0	53
Bezrobotni	18	77	5	124
Gospodynie domowe i inni	22	75	3	61
Pracujący poza rolnictwem				
Sfera budżetowa	10	85	5	146
Sektor państwowy	11	85	4	140
Sektor prywatny	16	81	4	173
Spółdzielczość	15	84	1	45
Dochody na jedną osobę				
Poniżej 125 zł	17	79	4	226
125 - 199	23	71	6	193
200 - 274	15	80	5	313
275 - 324	17	76	7	162
325 i powyżej	15	80	5	214
Ocena własnych war. mater.				
Złe	17	78	5	483
Średnie	17	78	5	527
Dobre	15	81	4	159
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	26	66	7	69
Raz w tygodniu	18	77	5	703
Kilka razy w roku	13	84	4	288
W ogóle nie uczestniczy	14	81	5	116
Poglądy polityczne				
Lewica	13	84	3	235
Centrum	16	82	3	341
Prawica	16	77	7	263
Trudno powiedzieć	21	71	8	337

Tabela 5. Czy uważa Pan(i), że osoby, które częściej chorują powinny:
 1 - płacić taką samą składkę ubezpieczeniową jak osoby zdrowe;
 2 - płacić wyższą składkę niż osoby zdrowe; 3 - płacić niższą składkę niż osoby zdrowe

(%)

	1	2	3	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	66	5	19	10	1177
Płeć					
Mężczyźni	71	4	15	10	556
Kobiety	61	6	22	11	621
Wiek					
do 24 lat	67	7	19	7	164
25-34	63	6	19	12	227
35-44	70	5	17	7	259
45-54	73	3	15	10	185
55-64	62	4	22	11	182
65 lat i więcej	57	4	21	18	154
Miejsce zamieszkania					
Wieś	61	6	23	11	442
Miasto do 20 tys.	51	11	24	15	148
od 21 do 100 tys.	75	2	17	6	215
101-500 tys.	72	5	14	9	230
501 tys.i więcej mieszk.	73	2	12	14	142
Region					
Północny	70	4	16	10	128
Zachodni	66	4	20	10	144
Środkowozachodni	71	12	11	6	171
Środkowy	54	4	22	20	220
Wschodni	66	2	25	8	139
Południowo-wschodni	67	6	20	6	191
Południowo-zachodni	70	2	18	10	184
Wykształcenie					
Podstawowe	53	4	26	17	409
Zasadnicze zawodowe	69	5	19	7	321
Średnie	75	5	13	7	356
Wyższe	75	6	11	8	90
Grupa społ.-zaw. pracujący					
Kadra kier., inteligencja	75	4	12	9	70
Prac.umysł.niż.szczebła	82	8	4	5	109
Pracownicy fiz.- umysł.	67	6	18	9	82
Robotnicy wykwalifikowani	81	2	10	7	103
Robotnicy niewykwalifik.	61	6	23	10	75
Rolnicy	59	5	22	13	88
Prywatni przedsiębiorcy	67	8	17	9	48
Bierni zawodowo					
Renciści i emeryci	60	3	23	14	358
Uczniowie i studenci	69	10	15	6	53
Bezrobotni	56	3	26	14	124
Gospodynie domowe i inni	64	7	24	4	61
Pracujący poza rolnictwem					
Sfera budżetowa	74	7	13	6	146
Sektor państwowy	76	4	12	8	140
Sektor prywatny	70	6	13	11	173
Spółdzielczość	63	8	23	7	45
Dochody na jedną osobę					
Poniżej 125 zł	62	5	26	8	226
125 - 199	65	5	23	7	193
200 - 274	62	6	19	13	313
275 - 324	70	5	15	9	162
325 i powyżej	79	5	10	7	214
Ocena własnych war. mater.					
Złe	60	5	22	13	483
Średnie	69	4	19	8	527
Dobre	76	7	8	9	159
Udział w prakt. religijnych					
Kilka razy w tygodniu	63	4	26	6	69
Raz w tygodniu	64	6	20	10	703
Kilka razy w roku	70	4	15	12	288
W ogóle nie uczestniczy	67	5	20	9	116
Poglądy polityczne					
Lewica	76	5	11	8	235
Centrum	66	3	22	9	341
Prawica	70	4	20	6	263
Trudno powiedzieć	55	8	21	17	337

Tabela 6. Kto, Pana(i) zdaniem, powinien określać wysokość składki ubezpieczeniowej?
1 - Ministerstwo Zdrowia; 2 - Rząd; 3 - Sejm; 4 - Zarządy niezależnych kas
ubezpieczeniowych

(%)

	1	2	3	4	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	40	10	14	16	20	1177
Płeć						
Mężczyźni	39	11	17	18	15	556
Kobiety	40	10	12	14	23	621
Wiek						
do 24 lat	49	7	15	19	10	164
25-34	49	9	10	14	18	227
35-44	41	9	14	22	14	259
45-54	35	9	15	20	22	185
55-64	35	18	17	8	23	182
65 lat i więcej	26	11	17	11	35	154
Miejsce zamieszkania						
Wieś	39	16	14	8	24	442
Miasto do 20 tys.	39	3	18	19	21	148
od 21 do 100 tys.	41	8	12	22	16	215
101-500 tys.	43	8	16	18	14	230
501 tys. i więcej mieszk.	35	8	13	24	21	142
Region						
Północny	38	8	12	23	19	128
Zachodni	45	3	14	14	24	144
Środkowozachodni	30	15	16	20	20	171
Środkowy	38	10	11	15	26	220
Wschodni	43	16	10	10	21	139
Południowo-wschodni	44	10	18	14	14	191
Południowo-zachodni	41	10	18	17	13	184
Wykształcenie						
Podstawowe	39	12	13	7	29	409
Zasadnicze zawodowe	47	10	13	15	16	321
Średnie	40	10	15	21	13	356
Wyższe	20	2	22	42	14	90
Grupa społ.-zaw. pracujący						
Kadra kier., inteligencja	31	2	17	35	15	70
Prac. umysł. niż. szczebla	44	4	9	29	14	109
Pracownicy fiz.- umysł.	57	6	13	12	13	82
Robotnicy wykwalifikowani	50	8	14	18	11	103
Robotnicy niewykwalifik.	47	11	13	12	17	75
Rolnicy	40	19	15	8	18	88
Prywatni przedsiębiorcy	27	11	17	25	21	48
Bierni zawodowo						
Renciści i emeryci	29	15	16	10	30	358
Uczniowie i studenci	53	5	13	19	9	53
Bezrobotni	44	7	15	16	18	124
Gospodynie domowe i inni	46	11	14	8	21	61
Pracujący poza rolnictwem						
Sfera budżetowa	46	1	13	23	17	146
Sektor państwowy	52	7	9	18	14	140
Sektor prywatny	37	9	16	26	13	173
Spółdzielczość	33	15	20	14	19	45
Dochody na jedną osobę						
Poniżej 125 zł	44	11	11	15	20	226
125 - 199	43	11	11	11	23	193
200 - 274	35	9	18	16	21	313
275 - 324	48	10	13	11	18	162
325 i powyżej	34	10	16	26	14	214
Ocena własnych war. mater.						
Złe	37	12	14	14	22	483
Średnie	43	10	14	16	18	527
Dobre	39	7	14	24	15	159
Udział w prakt. religijnych						
Kilka razy w tygodniu	34	11	13	9	33	69
Raz w tygodniu	39	12	15	15	19	703
Kilka razy w roku	45	9	11	17	19	288
W ogóle nie uczestniczy	37	5	20	22	15	116
Poglądy polityczne						
Lewica	38	12	15	19	16	235
Centrum	43	9	17	16	15	341
Prawica	39	11	17	21	12	263
Trudno powiedzieć	38	10	8	10	33	337