



## **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/69/69/96

### **FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W OPINII SPOŁECZEŃSTWA**

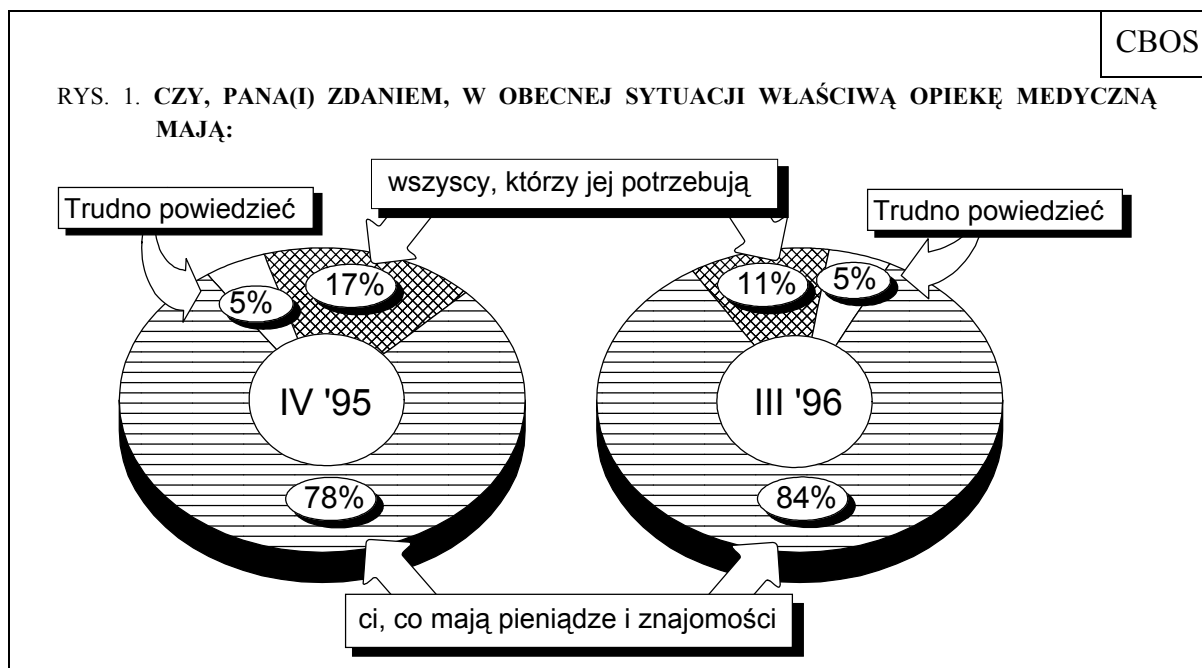
KOMUNIKAT Z BADAŃ

WARSZAWA, MAJ '96

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

Już od dłuższego czasu mówi się o reformie służby zdrowia. Wprawdzie nie została ona dotąd wprowadzona, ale ta sfera świadczeń zdrowotnych ulega nieformalnym przemianom pod wpływem zmian zachodzących w gospodarce i społeczeństwie.

Powszechny dostęp do świadczeń medycznych jest już jedynie reliktem ideologii "społeczeństwa równych szans". Dobrym wskaźnikiem poczucia naruszenia zasady powszechności świadczeń medycznych są odpowiedzi na pytanie, czy w obecnej sytuacji odpowiednią opiekę medyczną mają wszyscy, którzy jej potrzebują, czy też jedynie ci, którzy mają pieniądze i znajomości<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> Badanie „Omnibus” zrealizowano w dniach 21-25 marca '96 na 1161-osobowej ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie losowej dorosłej ludności.

Zdecydowana większość (84%) ankietowanych zgodziła się z poglądem, że właściwą opiekę medyczną mają osoby dysponujące pieniędzmi oraz znajomościami. Niewielki odsetek (11%) respondentów był przekonany o egalitaryzmie naszego systemu służby zdrowia.

W porównaniu z rokiem ubiegłym odnotowaliśmy wzrost krytycyzmu Polaków w ocenie stopnia powszechności dostępu do opieki medycznej. Nie zmieniły się jednak uwarunkowania społeczne rozkładu tych opinii. Osoby, które, obiektywnie rzecz biorąc, mają gorszy dostęp do świadczeń medycznych, częściej - paradoksalnie - przekonane są o egalitaryzmie naszej służby zdrowia. Opinię, że wszyscy potrzebujący mają właściwą opiekę medyczną, wyraża obecnie dwukrotnie więcej ankietowanych z wykształceniem podstawowym (17%) niż z wyższym (8%).

Z innych socjologicznych badań nad korzystaniem ze świadczeń służby zdrowia wiadomo, że osoby z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym, są szczególnie upośledzone pod względem właściwej opieki medycznej i dostępu do najbardziej specjalistycznych placówek medycznych. We wszystkich tego rodzaju badaniach można się doszukać wspomnianej tu prawidłowości - osoby uprzywilejowane w korzystaniu ze świadczeń krytycznie oceniają bariery społeczne w dostępie do placówek medycznych, upośledzone zaś są mniej krytyczne w tego typu ocenach<sup>2</sup>.

Inną ilustracją opisaną prawidłowości jest znacznie wyższe poczucie egalitaryzmu u wszystkich osób starszych, biernych zawodowo (emeryci, renciści, bezrobotni - średnio 16%). Generalnie rzecz biorąc, wiek ma bardzo duży wpływ na odpowiedź, która świadczy o wysokim poczuciu powszechności świadczeń medycznych. Wśród najmłodszych badanych (do 24 lat) takich wskazań było zaledwie 5%. Dopiero wśród 45-latków liczba ta się podwaja, ale najwyższa (21%) jest wśród respondentów, którzy przekroczyli 65 rok życia.

Niestety, musimy odrzucić tezę, iż mniejszy krytycyzm najstarszych pacjentów wynika z lepszego dostępu do świadczeń medycznych. Jak wiemy, to właśnie wśród najstarszych osób (przede wszystkim emerytów) najwięcej jest pacjentów zwykłych przychodni rejonowych, które są w stanie świadczyć najprostsze usługi medyczne. Tak więc wypada raczej uznać, że

---

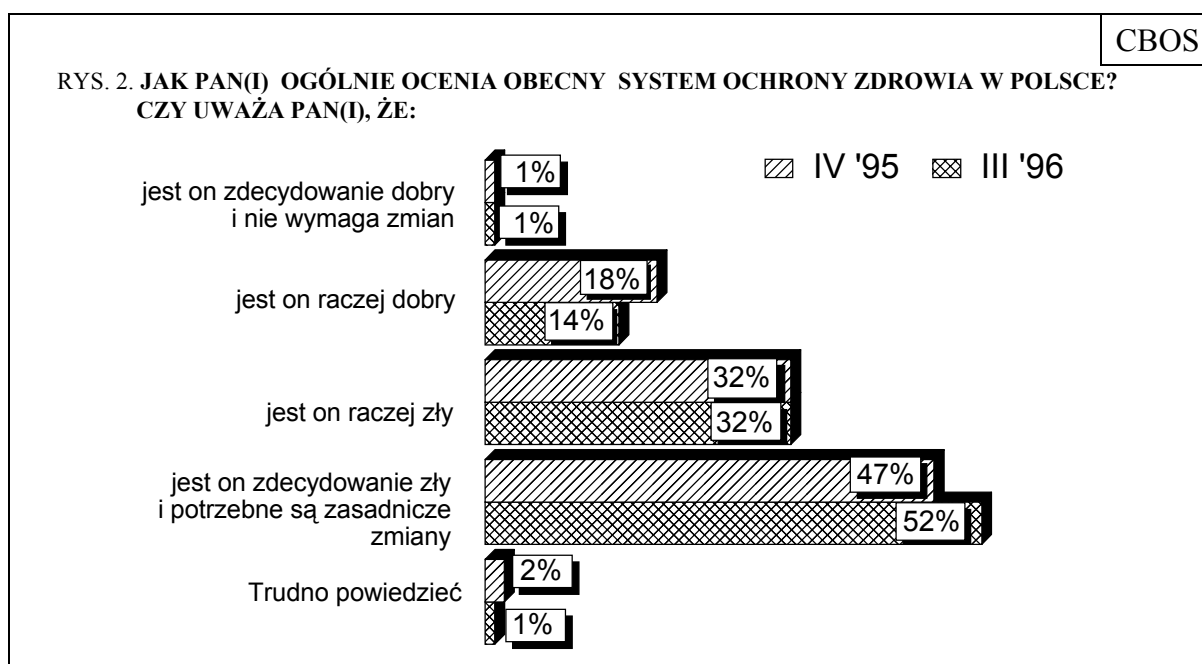
<sup>2</sup> J. Halik, *Dostępność leków w Polsce - różnicowanie społeczne i regionalne*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa, lipiec '95.

wysokie poczucie powszechności dostępu do świadczeń medycznych wynika przede wszystkim z zaniżonego poziomu potrzeb najstarszych grup naszego społeczeństwa oraz niewiedzy co do zróżnicowanych społecznie szans leczenia i ogólnie niższego poziomu wykształcenia tej grupy ludności.

Dla przeciętnego polskiego emeryta możliwość dostania się (niekiedy po dłuższym oczekiwaniu) do najbliższej przychodni rejonowej dowodzi powszechności usług medycznych. Wiemy jednak doskonale, że jest to dopiero punkt startowy do dalszego specjalistycznego leczenia, które młodsze i lepiej wykształcone warstwy społeczeństwa osiągają przez liczne znajomości lub też odpłatność.

Wspomniane tu prawidłowości zaciążyły zapewne na innym ciekawym rezultacie badania. Otóż możemy obserwować, iż ci respondenci, którzy deklarują, że uczestniczą w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu, ponad dwukrotnie częściej (18%) niż zadeklarowani ateiści (8%) udzielili odpowiedzi świadczącej o możliwości otrzymania właściwej opieki medycznej.

Bardzo podobne prawidłowości społeczne ujawniły się przy analizie ogólnej oceny funkcjonowania naszego systemu ochrony zdrowia. Ponad połowa (52%) respondentów twierdzi, że jest on zdecydowanie zły i wymaga zasadniczych zmian, prawie jedna trzecia (32%) - że raczej zły, a tylko 14% badanych uważa, że jest on raczej dobry.



W porównaniu z wynikami ubiegłorocznego sondażu ocena ta jest bardziej pesymistyczna. Nieco zwiększył się (o 5 punktów procentowych) odsetek tych, którzy skrajnie źle oceniają nasz system ochrony zdrowia, zmalała też (o 4 punkty) liczba badanych postrzegających go jako raczej dobry.

Jak wspomniano, rozkład odpowiedzi wśród poszczególnych kategorii społeczno-zawodowych jest bardzo zbliżony do tego, który można obserwować w kwestii oceny powszechności dostępu do świadczeń medycznych. I w tym przypadku ogromną rolę odgrywa poziom wykształcenia, przynależność do grup społeczno-zawodowych oraz wiek i aktywność zawodowa ankietowanych.

Dla przykładu - pozytywna ocena systemu ochrony zdrowia jest dwukrotnie częstsza wśród badanych z wykształceniem podstawowym (21%) niż średnim lub wyższym (11 i 10%). Wśród respondentów zdecydowanie źle oceniających polską służbę zdrowia najwięcej jest osób z wykształceniem wyższym (66%), a najmniej - z podstawowym (41%).

Bardzo zbliżony rozkład odpowiedzi ujawnia podział na grupy społeczno-zawodowe. O ile wśród kadry kierowniczej oraz pracowników umysłowych znalazło się tylko 7% pozytywnie oceniających nasz system ochrony zdrowia (ocena dobra i raczej dobra), o tyle wśród rolników jest ich 19%, a wśród robotników niewykwalifikowanych - 13%. Natomiast bardzo złe opinie o naszej opiece medycznej wyrażali przede wszystkim przedstawiciele inteligencji (64%) i pracownicy fizyczno-umysłowi (69%).

Młodszy respondenci okazali się znacznie bardziej krytyczni niż starsi. Wśród osób najmłodszych tylko 9% badanych pozytywnie oceniło nasz system medyczny, wśród najstarszych (65 lat i więcej) - ponad trzykrotnie więcej (29%).

W grupie osób biernych zawodowo odpowiedzi są również bardzo skonstrastowane - o ile 27 % emerytów, 20% rencistów i 17% bezrobotnych jest dobrego zdania o naszym systemie służby zdrowia, o tyle tylko 3% uczniów i studentów podziela tę opinię.

Podobnie jak w odniesieniu do kwestii powszechności dostępu do świadczeń medycznych, wysoki stopień religijności (udział w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu) wyraźnie sprzyja pozytywnej ocenie systemu. Dobrze i raczej dobrze oceniało go

aż 22% regularnie praktykujących (wobec 10% w ogóle nie uczestniczących w praktykach religijnych), natomiast złe oceny wystawiło służbie zdrowia 61% ateistów i jedynie 41% głęboko wierzących.

Należy mocno podkreślić, że analogiczne uwarunkowania społeczne decydowały o rozkładzie ocen systemu opieki zdrowotnej w ubiegłym roku.

Innymi zastosowanymi w badaniu miernikami oceny służby zdrowia są opinie o różnych aspektach jej funkcjonowania.

Tabela 1 w procentach

Czy zgadza się Pan(i) z następującymi opiniami dotyczącymi państwowej służby zdrowia? Czy, Pana(i) zdaniem, można powiedzieć o państwowej służbie zdrowia, że:	Wskazania respondentów według terminów badań					
	Tak			Nie		
	III '93	VI '94	III '96	III '93	VI '94	III '96
- sprawnie funkcjonuje	43	36	30	52	60	64
- zatrudnia lekarzy o wysokich kwalifikacjach	71	68	61	18	22	26
- wykorzystuje nowoczesne metody leczenia	54	53	53	33	36	34
- zapewnia bezpłatne leczenie	51	38	35	46	58	59
- lekarze poświęcają pacjentom dużo uwagi	38	29	25	55	63	65
- obecne zasady częściowej odpłatności za leczenie są jasne dla pacjentów	29	23	24	61	68	66
- każdy ma takie same szanse otrzymania pomocy medycznej	45	36	31	50	61	64
- pacjenci są traktowani z życzliwością i troską	46	38	34	42	52	53
- usługi medyczne są łatwo dostępne	56	50	45	38	45	48
- można otrzymać szybką pomoc medyczną	54	51	48	38	41	44
- daje poczucie bezpieczeństwa	54	44	40	38	47	52
- jest sprawna informacja o tym, gdzie można uzyskać poradę czy pomoc	55	48	47	37	45	42
Pominięto wskazania „Trudno powiedzieć”.						

W tym przypadku należy również odnotować systematyczne pogarszanie się opinii o naszej służbie zdrowia. O ile w 1993 roku liczba badanych uważających, że funkcjonuje ona sprawnie (wskazania: „zdecydowanie tak” i „raczej tak”) wynosiła 43%, o tyle w 1994 roku 36%, a obecnie tylko 30%.

W ciągu ostatnich trzech lat nie mniejszy był spadek zaufania społeczeństwa do lekarzy. Respondenci wyrażający opinię, iż państwowa służba zdrowia zatrudnia lekarzy o wysokich kwalifikacjach, stanowili w 1993 roku 71% ogółu badanych, w 1994 - 68%, obecnie zaś - 61%.

Na szczęście nie pogorszyła się ocena wykorzystywania przez państwową służbę zdrowia nowoczesnych metod leczenia. Odsetki wskazań uzyskane w sondażach z roku 1993 (54%) oraz z 1994 i 1996 (po 53%) dowodzą stabilności zaufania Polaków do technik i metod leczenia.

Jak można się było spodziewać, w społeczeństwie gwałtownie spadło przekonanie, że państwowa służba zdrowia zapewnia bezpłatne leczenie (1993 - 51%, 1994 - 38%, obecnie zaś jedynie 35% wskazań).

Tylko nieznacznie zmalało przeświadczenie, iż obecne zasady częściowej odpłatności za leczenie są dla pacjentów jasne i klarowne. W 1993 roku sądziło tak 29% badanych, obecnie zaś - tylko 24%.

W społeczeństwie systematycznie zmniejsza się przekonanie o tym, że "każdy ma takie same szanse otrzymania pomocy medycznej", co wykazują także opisane wyżej zmiany innych wskaźników tej opinii. W 1993 roku 45% respondentów było zdania, że każdy potrzebujący ma takie same szanse otrzymania opieki medycznej, rok później pogląd ten podzielali już tylko 36% badanych, obecnie zaś jedynie 31%.

Pogorszyła się również ocena życzliwości i troski w traktowaniu pacjentów. Opinię, że w państwowej służbie zdrowia pacjenci są traktowani życzliwie i z pełną troską, wyrażało w 1993 roku 46% badanych, w 1994 roku - 38%, a w roku bieżącym tylko 34% ankietowanych.

W ciągu ostatnich trzech lat znacznie zmalał odsetek pozytywnych ocen dotyczących dostępności usług medycznych (z 56% w 1993 roku do 45% obecnie), natomiast poczucie możliwości otrzymania szybkiej pomocy medycznej w nagłych przypadkach zmniejszyło się tylko o 6 punktów (odpowiednio z 54% do 48%).

Stosunkowo niewiele zmalało przekonanie, że w państwowej służbie zdrowia istnieje dobra informacja o tym, gdzie można uzyskać poradę lub pomoc. W 1993 roku wyrażało je 55% badanych, w 1994 - 48%, obecnie zaś 47% respondentów czuje się dobrze poinformowanymi.

Na zakończenie tej listy warto podkreślić bardzo wyraźny spadek ogólnego poczucia bezpieczeństwa, jakie daje swym podopiecznym nasza służba zdrowia. W 1993 roku nieco ponad połowa (54%) badanych była przeświadczona, że państwowa opieka medyczna stwarza poczucie bezpieczeństwa, w 1994 roku sądziło tak 44% ankietowanych, obecnie zaś - jedynie 40%.

Z przedstawionych tu zmian opinii w ostatnich trzech latach wynika, że relatywnie mały spadek ocen (o kilka punktów procentowych) nastąpił tylko w odniesieniu do dwóch badanych aspektów funkcjonowania służby zdrowia, a mianowicie - szanse uzyskania interwencji pogotowia ratunkowego (o 6 punktów) oraz jasności zasad formalnej odpłatności za leczenie (o 5 punktów). Natomiast najbardziej bolesnym problemem, jak można się było spodziewać, stała się dla Polaków kwestia zapewnienia bezpłatności leczenia. W tej dziedzinie nastąpił najbardziej drastyczny (o 16 punktów) spadek ocen pozytywnych. Podobnie zmieniły się opinie o powszechności szans otrzymania pomocy medycznej oraz o tym, że służba zdrowia daje poczucie bezpieczeństwa (w obu przypadkach spadek pozytywnych ocen o 14 punktów).

Z pewnością na szczególną uwagę zasługuje badanie uwarunkowań społecznych tych opinii, które świadczą o spadku korzystnych ocen. Analiza wyników uzyskanych w bieżącym roku zgodna jest z opisaną już tendencją - przedstawiciele niższych warstw społeczeństwa są bardziej skłonni do pozytywnych ocen dotyczących bezpłatności leczenia, szans otrzymania pomocy medycznej oraz ogólnego poczucia bezpieczeństwa.

Dla przykładu - o bezpłatności leczenia częściej przekonani są respondenci z wykształceniem podstawowym (40% wskazań) niż z wyższym (30%), pracownicy fizyczno-umysłowi (40%) i robotnicy wykwalifikowani (38%) niż prywatni przedsiębiorcy (21%) czy przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji (26%).



Przeświadczenie o bezpłatności leczenia wyraźnie rośnie wraz z wiekiem badanych, ale warto zauważyć, że najniższe jest wśród ludzi młodych i w średnim wieku (dla osób w wieku 35-55 lat średnia wynosi 31%), natomiast w przypadku respondentów starszych (powyżej 65 lat) wzrasta do 48%.

Tak jak i poprzednio, prawidłowości społeczne, jakie rządzą analizowanymi preferencjami, kumulują się w postaci zróżnicowania wskazań w zależności od stopnia religijności respondentów.

Rozkład odpowiedzi świadczących o pozytywnej ocenie realizacji zasady bezpłatności leczenia wśród poszczególnych kategorii religijnej aktywności dowodzi ostrych zróżnicowań opinii w tym zakresie. Ponad dwie piąte (42%) regularnie praktykujących zgodziło się z poglądem, że służba zdrowia dobrze realizuje zasadę bezpłatności leczenia, ci zaś, którzy uczęszczają do kościoła raz w tygodniu, udzielali takiej odpowiedzi rzadziej (37%), osoby sporadycznie uczestniczące w praktykach religijnych jeszcze rzadziej (32%), najrzadziej zaś - w ogóle niepraktykujący (28%).

Analiza społecznych uwarunkowań odpowiedzi świadczących o poczuciu równości szans oraz poczuciu bezpieczeństwa nie przynosi żadnych niespodzianek pod względem wspomnianych prawidłowości.

O tym, że wszyscy mają takie same szanse opieki medycznej, częściej przekonani są respondenci mniej wykształceni (38%), rolnicy, pracownicy fizyczno-umysłowi (średnio 35%), renciści i emeryci (39%) oraz osoby najstarsze (47%). Natomiast sceptykami okazali się przede wszystkim badani z wyższym wykształceniem (19% wskazań), prywatni przedsiębiorcy (20%) oraz przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji (21%).

Niewątpliwie najbardziej skondensowanym wskaźnikiem oceny funkcjonowania służby zdrowia jest odpowiedź na pytanie, czy gwarantuje ona obywatelom naszego kraju poczucie bezpieczeństwa. Bezpiecznie czują się przede wszystkim osoby z wykształceniem podstawowym (46%), rolnicy (52%), pracownicy fizyczno-umysłowi (44%) oraz robotnicy niewykwalifikowani (43%), a spośród osób biernych zawodowo - emeryci (47%), renciści (44%), a także, ogólnie rzecz biorąc, przedstawiciele najstarszych grup społeczeństwa (50%). Natomiast o tym, że państwowa służba zdrowia daje poczucie bezpieczeństwa, najmniej przekonani są respondenci z wyższym wykształceniem (27%) oraz pracownicy umysłowi (23%).

Podobnie jak w przypadku opisanych już uwarunkowań innych rezultatów badania, głęboka wiara sprzyja poczuciu bezpieczeństwa w trakcie leczenia (45%), całkowity zaś jej brak przeszkadza takim odczuciom (28%).

Ciekawych rezultatów dostarcza ogląd analizowanej wyżej odpowiedzi przez pryzmat przynależności respondentów do poszczególnych sektorów gospodarki narodowej. Okazało się bowiem, że znacznie większe poczucie bezpieczeństwa mają osoby pracujące w spółdzielczości (41%) i w sektorze prywatnym (37%) niż w sferze budżetowej (31%) oraz sektorze państwowym (28%). Wynik ten świadczy o swoistym paradoksie - otóż państwowa służba zdrowia funkcjonuje w ten sposób, że daje najniższe poczucie bezpieczeństwa przedstawicielom sfery budżetowej oraz gospodarki państwowej. Pośrednio może to świadczyć o postępującej komercjalizacji naszego systemu ochrony zdrowotnej, a także o poczuciu mniejszej siły przebiccia w sprawach życiowych i gorszych nastrojach wśród pracowników instytucji państwowych.

Należy podkreślić, że opisanego tu obrazu społecznych uwarunkowań raczej nie można interpretować jako przejawu lepszego traktowania przez placówki medyczne grup najsłabszych. Przedstawione tu różnice społeczne należy przypisać przede wszystkim brakowi orientacji tych upośledzonych warstw w zawiłościach funkcjonowania naszego systemu medycznego oraz znacznie mniejszym niż wśród elit oczekiwaniom pod adresem służby zdrowia.

Ostatnim wskaźnikiem popularności usług państwowej służby zdrowia jest odpowiedź na pytanie typu projekcyjnego ("Czy gdyby ktoś z Pana(i) rodziny poważnie zachorował, to radził(a)by mu Pan(i) udać się do lekarza w państwowej przychodni czy też do lekarza prywatnego?"). Tę swoistą konkurencję wygrali zdecydowanie lekarze prywatni (63%), natomiast do lekarza państwowej przychodni wysłałoby członka swojej rodziny jedynie 27% respondentów.

Tabela 2

w procentach

Czy gdyby ktoś z Pana(i) rodziny poważnie zachorował, to radził(a)by mu Pan(i) udać się:	Wskazania respondentów według terminów badań		
	III '93	VI '94	III '96
- do lekarza w państwowej przychodni	36	37	27
- do lekarza prywatnego	50	55	63
Trudno powiedzieć	14	8	10

W porównaniu z rokiem 1994 nastąpił spadek (o 10 punktów procentowych) popularności lekarzy z państwowej służby zdrowia.

Lekarza z państwowej przychodni wybraliby obecnie dla swych rodzin przede wszystkim badani najstarsi (48%), emeryci (43%) i renciści (34%) oraz osoby z wykształceniem podstawowym (37%), a spośród grup aktywnych zawodowo - rolnicy (41%).

Znamienny jest fakt, że popularność państwowych lekarzy jest najmniejsza wśród osób najmłodszych - do 24 roku życia (13%), a także prywatnych przedsiębiorców (7%), przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji (15%) oraz pracowników umysłowych niższego szczebla (11%) i osób z wyższym wykształceniem (19%).

Bardzo ciekawy jest rozkład preferencji wśród reprezentantów różnych sektorów gospodarki narodowej. Warto przypomnieć, że wśród spółdzielców i pracowników sektora prywatnego dominowała opinia, iż wyższe poczucie bezpieczeństwa daje państwowa służba zdrowia. Podobnie jest z wyborem państwowej placówki medycznej jako miejsca leczenia dla członków rodziny respondenta - częściej doradzają taki wybór przedstawiciele sektora spółdzielczego (23%) niż osoby zatrudnione w sektorze państwowym (17%) i w sferze budżetowej (16%).

## **OPLATY NIEFORMALNE W PAŃSTWOWEJ SŁUŻBIE ZDROWIA**

### **- SKALA ZJAWISKA, JEGO DYNAMIKA I NAJWAŻNIEJSZE UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE**

Analizę problemu wnoszenia tzw. opłat nieformalnych w placówkach państwowej służby zdrowia zainicjowano w 1992 roku w badaniu poświęconym możliwości wprowadzenia pewnych form oficjalnej odpłatności za niektóre świadczenia medyczne. Już wówczas okazało się, że skala tego zjawiska jest dość duża. Aż 16% ankietowanych potwierdziło fakt wnoszenia przez członków rodziny jakichś nieoficjalnych opłat w państwowej służbie zdrowia (opinie dotyczyły 12 miesięcy poprzedzających sondaż)<sup>3</sup>.

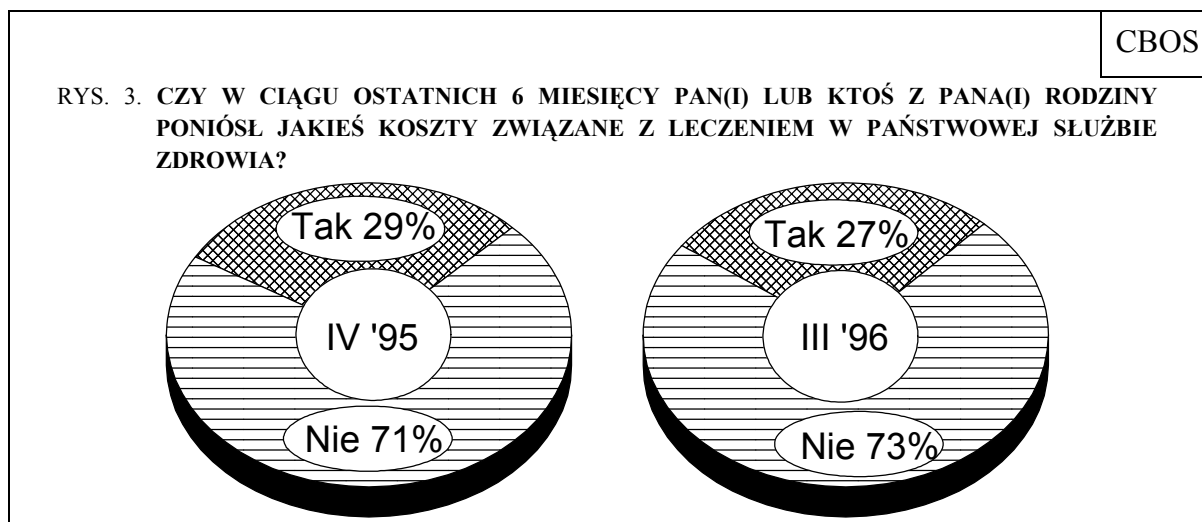
---

<sup>3</sup> J. Halik, *Przestrzenne determinanty postaw wobec odpłatności za niektóre świadczenia medyczne*, „Antidotum

Koszty te obejmowały zarówno kwoty ofiarowane placówce medycznej całkowicie dobrowolnie, jak i te, do których pacjenci zostali w różnorodny sposób przymuszeni. Do kosztów leczenia respondenci zaliczali również opłaty wręczane lekarzom prywatnie. Okazało się, że łącznie średnia suma opłat przypadających na polską rodzinę wyniosła blisko 1,6 mln zł<sup>4</sup>. Zarówno tę średnią, jak i odsetek respondentów, sygnalizujących dodatkowe koszty leczenia, należało wówczas oceniać jako wysokie. W uzupełnieniu warto dodać, że corocznie leczy się w szpitalach około 10% ogółu badanych. Tak więc zapewne większość korzystających z tego typu leczenia w jakiejś formie ponosiła dodatkowe, nieformalne koszty, które wiążą się przede wszystkim z leczeniem szpitalnym.

W kwietniu '95, w sondażu dotyczącym opinii społeczeństwa o planach wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych, powtórzono to pytanie w nieco zmodyfikowanej formie. Zmiana polegała jedynie na skróceniu czasu oceny zdarzeń do 6 miesięcy przed badaniem<sup>5</sup>.

Mimo ograniczonego okresu oceny, przyrost liczby osób wnoszących w placówkach państwowej służby zdrowia dodatkowe, nieformalne opłaty był bardzo znamieny. Ponad jedna czwarta badanych (29%) stwierdziła fakt ponoszenia dodatkowych kosztów. W okresie tym lawinowo wzrosła średnia wpłacanych kwot, która wyniosła 3,5 mln zł.



- Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 1993, nr 1.

<sup>4</sup> Kwoty podajemy w starych złotych.

<sup>5</sup> Por. komunikat CBOS „Ubezpieczenia zdrowotne w opinii Polaków”, czerwiec '95.

W roku 1996 fakt poniesienia nieformalnych kosztów leczenia w placówkach państwowej służby zdrowia potwierdziło 27% respondentów. **Jednakże wyraźnej zmiany uległa średnia wpłaconych kwot, która wynosi obecnie blisko 4,6 mln zł.**

Aby uzmysłwić sobie rozmiary partycypacji społeczeństwa w kosztach leczenia, należałoby odnieść zarówno liczbę osób dokonujących nieformalnych wpłat, jak i średnią sumę opłat do grupy osób schorowanych i wymagających systematycznego leczenia. W tym roku obydwie te informacje możemy ze sobą skonfrontować, gdyż zadaliśmy pytanie dotyczące poważnej choroby respondenta lub kogoś z jego bliskiej rodziny.

Ponad dwie piąte (45%) ankietowanych potwierdziło fakt pojawienia się w rodzinie poważnej i wymagającej stałego leczenia choroby. Jeżeli odniesiemy ten wynik do danych dotyczących skali dopłat nieformalnych, to łatwo można się zorientować, że takie opłaty wносиła ponad połowa osób potrzebujących pomocy medycznej.

Ponieważ wiemy, że 2 lata temu bardzo zbliżony odsetek badanych zgłaszał poważne potrzeby zdrowotne (46%), a w ubiegłym roku 29% ankietowanych ponosiło dodatkowe koszty leczenia, należałoby uznać, że proporcja badanych zjawisk ukształtowała się w sposób względnie trwałe.

Już w ubiegłorocznym badaniu trudno było dopatrzeć się szczególnych różnic społecznych pod względem konieczności wniesienia dopłat. Wydaje się, że system skomercjalizował się tak poważnie, iż obowiązek wpłacenia dodatkowych kwot ciąży w prawie równym stopniu na przedstawicielach poszczególnych warstw naszego społeczeństwa. Oczywiście pewne różnice są widoczne, ale wiemy, że dodatkowa inwestycja we własne zdrowie jest mało zależna od zasobności kieszeni badanych. Dla przykładu - spośród tych, którzy oceniają swoje warunki materialne jako złe, dodatkową opłatę uiszcilo 26% respondentów, spośród zaś tych, którzy oceniają je jako średnie - 27%.

Dobra ocena własnych warunków materialnych nie wzmaga konieczności dopłacania do swego zdrowia (wzrost wskazań tylko o 1 punkt procentowy). Jak zatem widać, **mamy raczej do czynienia z przymusem płacenia, który jednakowo dotyka biednych i bogatych, niż z działalnością w pełni dobrowolną, której sprzyja zamożność darczyńców.** Ponadto daje o sobie znać powszechność jednej z ważniejszych życiowych

wartości, jaką jest zdrowie. W sytuacji przymusu i zagrożenia zdrowia płacić chce każdy człowiek - i biedny, i bogaty.

Gdy weźmiemy pod uwagę inne mierniki społecznej stratyfikacji, takie jak poziom wykształcenia lub przynależność do grup społeczno-zawodowych, to można jednakże zaobserwować pewne różnice w ponoszeniu kosztów leczenia. Dodatkowe opłaty najczęściej wносиły osoby z wyższym wykształceniem (36%), rzadziej - ze średnim i zawodowym (28%), najrzadziej zaś - z podstawowym (23%).

Wśród pracowników umysłowych i fizyczno-umysłowych odsetek uiszczających dodatkowe opłaty jest bardzo zbliżony i wynosi średnio 39%, wyraźnie zmniejsza się zaś wśród robotników wykwalifikowanych (33%) i niewykwalifikowanych (18%). Najrzadziej dodatkowe opłaty wnosili rolnicy (12%).

Spośród biernych zawodowo najczęściej dopłacali do służby zdrowia renciści (29%) i bezrobotni (26%). Emeryci płacili nieco rzadziej niż wynosiła średnia w całym kraju (21%). Warto zwrócić uwagę, że nawet wśród młodych i zdrowych grup, jak uczniowie i studenci, 20% badanych wniosło taką opłatę.

Innym dowodem przymusowego charakteru wnoszonych opłat jest fakt, że ani poziom religijności, który w poprzednich wynikach odgrywał tak istotną rolę, ani przynależność do sektora gospodarki narodowej, nie wpływają w sposób znamieny na rozkład odpowiedzi.

Uzupełniających informacji o udziale poszczególnych warstw społeczeństwa w dodatkowych kosztach leczenia dostarcza nam analiza średnich opłat, przeprowadzona pod kątem statusu społecznego badanych.

O ile poziom materialny respondentów nie miał zasadniczego wpływu na częstość wnoszenia opłat, o tyle w odniesieniu do wysokości średniej odgrywa wyraźniejszą rolę. Osoby źle oceniające swoje warunki materialne wpłaciły niecałe 4 mln zł, ci zaś, którzy określają swój status materialny jako średni - nieco ponad 4 mln zł, natomiast osoby postrzegające swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą - średnio prawie 7 mln zł.

Być może pewną rolę odgrywa tu subiektywizm oceny własnych warunków materialnych. Przy zastosowaniu bardziej obiektywnego miernika, jakim są dochody na osobę w rodzinie, widzimy, że kwoty wnoszone przez najbogatszych są niewiele wyższe niż te, jakie

uiszczają najbiedniejsi (średnia opłata 6,2 mln zł wśród najbogatszych i 5,4 mln zł wśród najbiedniejszych). Najmniej (3,6 mln zł) wpłaciły osoby, których dochody należy uznać za średnie (od 2,2 do 3,2 mln zł na osobę w rodzinie).

Respondenci z wykształceniem podstawowym wpłacali średnio mniej niż 4 mln zł, natomiast z wykształceniem zasadniczym - nieco ponad 5 mln zł, a z wyższym - 6 mln zł.

Spośród grup społeczno-zawodowych najczęściej płacili prywatni przedsiębiorcy (ponad 8,5 mln zł) oraz przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji (ponad 6,5 mln zł).

Okazało się, że względnie wysoką dopłatę za leczenie uścili robotnicy wykwalifikowani (średnio 5,1 mln zł).

Generalnie rzecz biorąc, wysokość opłat bardziej wiąże się z możliwościami finansowymi pacjentów niż częstość płacenia, jednakże i w tej dziedzinie można odnotować niekiedy bardzo wysokie nakłady pieniężne, ponoszone przez niżej uposażone grupy społeczne. Na podstawie materiału statystycznego dotyczącego problemu opłat nieformalnych trudno jest wysnuwać bardziej kategoryczne wnioski, gdyż ogólna liczba wpłacających (290 osób) nie jest zbyt duża, aby dzielić ją na szereg subkategorii.

Na zagadnienie opłat nieformalnych więcej światła rzucają odpowiedzi na pytanie sondujące konkretne przyczyny wnoszenia opłat. Z grubsza rzecz biorąc, można je podzielić na bardziej obligatoryjne i dobrowolne, jak np. wdzięczność za opiekę medyczną czy też wpłacanie "cegielek" na rzecz szpitala.

	CBOS
<b>Na co konkretnie wydał(a) Pan(i) lub ktoś z Pana(i) rodziny najczęściej pieniędzy? Proszę podać nie więcej niż dwie odpowiedzi.</b>	
Analizy, badania	34%
Lepszą opiekę medyczną	26%
Możliwość leczenia przez wybranego lekarza, specjalistę	26%
Przyśpieszenie zabiegu, badań, operacji	25%
Wdzięczność za opiekę	19%
„Dobrowolne” wpłaty, tzw. cegiełki, na rzecz szpitala, przychodni	18%
Dożywanie w szpitalu	8%
Przyjęcie do szpitala	6%
Dodatkowe dyżury przy chorych	3%
Inne wydatki	11%

Jeśli chodzi o opłaty wymuszone, zdecydowanie najczęściej płacono za analizy i badania, za lepszą opiekę medyczną oraz możliwość leczenia przez wybranego lekarza specjalistę, a także za przyspieszenie terminu zabiegu lub operacji. Znacznie rzadziej wydawano pieniądze na drobniejsze usługi, jak dożywianie w szpitalu, przyjęcie do szpitala czy dodatkowe dyżury przy chorych.

Zarówno te wyniki, jak i rezultaty badań problemu odpłatności, jakie przeprowadzono w 1992 roku, znakomicie się uzupełniają. Wówczas dokonano podziału ogółu usług na związane z pobytem w szpitalu, wizytą u lekarza oraz świadczeniem diagnostycznym, następnie pytano o stopień dobrowolności opłat każdego rodzaju. Okazało się, że jako opłatę obowiązkową pacjenci najczęściej traktowali tę, która była związana ze świadczeniem diagnostycznym (37%). Mniej osób wniosło obowiązkowo opłatę podczas wizyty u lekarza (28%), a jeszcze mniej w czasie pobytu w szpitalu (12%).

Jak można się zorientować, wynik ten jest zbieżny z danymi tegorocznymi - opłaty są najczęściej wnoszone przy okazji badań diagnostycznych, wymagających z reguły zastosowania aparatury medycznej. Prawdopodobna jest zatem taka interpretacja uzyskanych w obydwu sondażach wyników, w myśl której placówkom medycznym najłatwiej jest wymóc opłatę przez limitowanie dostępu do aparatury, którą zwykle ze względów finansowych konserwuje się w sposób niewystarczający lub też nieodpowiednio eksploatuje. W jednym i drugim przypadku łatwo jest zaszantażować pacjenta i wymóc dodatkową opłatę, związaną z brakami w dziedzinie techniki medycznej.

Pośrednim dowodem przymusowego charakteru opłat za badania diagnostyczne jest ich względnie równy rozkład w poszczególnych kategoriach społecznych, a nawet pewna dominacja w niższych warstwach społeczeństwa (opłatę wniosło 31% badanych z wykształceniem podstawowym, po 38 % z zasadniczym i średnim, a jedynie 21% z wyższym).

Podział na grupy społeczno-zawodowe osób płacących dodatkowo również nie przekonuje do przyjęcia tezy, iż przedstawiciele górnych warstw społeczeństwa dominują w tej dziedzinie - przeciwnie, tego rodzaju opłaty za świadczenia diagnostyczne najczęściej wnosili robotnicy wykwalifikowani (43%) i niewykwalifikowani (49%), znacznie rzadziej zaś inteligencja (28%). Wśród biernych zawodowo często płacili za diagnostykę bezrobotni (36%) i emeryci (36%).

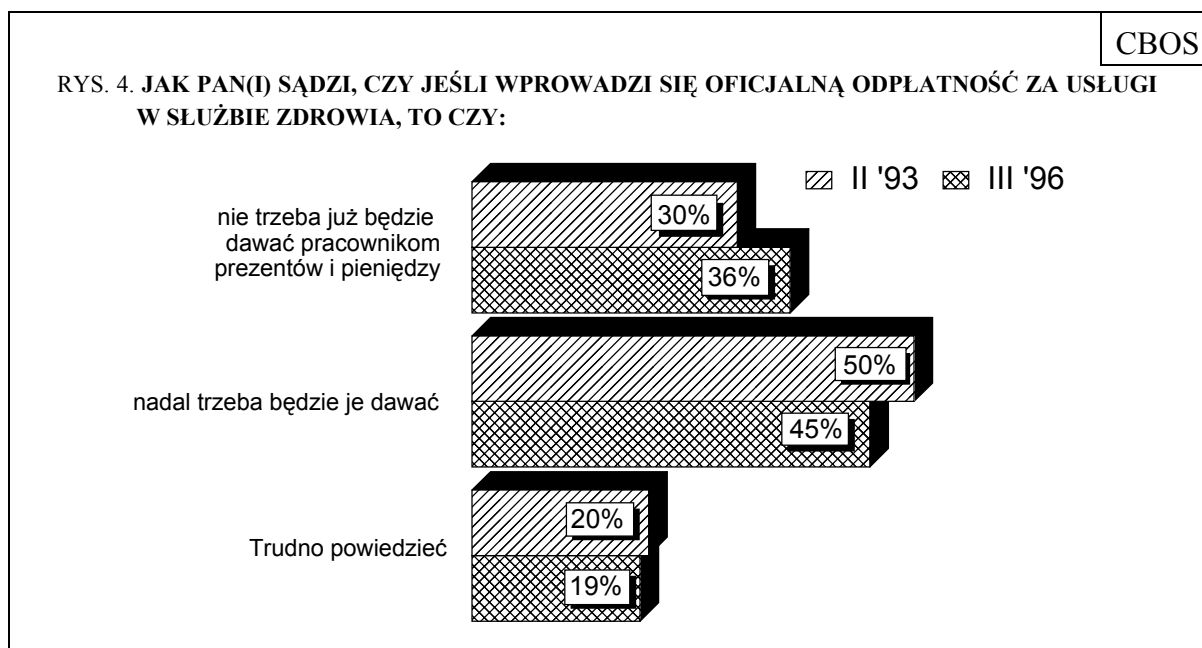


Dopłat nieformalnych za lepszą opiekę medyczną najrzadziej dokonywały osoby z wykształceniem zawodowym (17%), ale w najwyższej i najniższej kategorii wykształcenia były prawie jednakowo rozpowszechnione (31% wśród osób z wykształceniem podstawowym, 38% - z wyższym). Natomiast tylko 20% inteligentów i aż 48% robotników niewykwalifikowanych wnosilo je w przekonaniu, że wpłyną na lepszą opiekę medyczną. Ani dochód na osobę w rodzinie, ani samoocena położenia materialnego nie różnicowały w żaden wyraźny sposób płacenia za lepszą opiekę (dodatkowe pieniądze wpłaciło 29% badanych źle oceniających swoje warunki materialne i 33% postrzegających je dobrze).

Trudno w tych rozkładach odpowiedzi dopatrzeć się wyraźnej tendencji do częstszego wnoszenia opłat za analizy i lepszą opiekę medyczną przez osoby z wyższych, lepiej wykształconych i bardziej zasobnych warstw społecznych. Praktycznie rzecz biorąc, wniosek ten można odnieść do wszystkich pozostałych, przymusowych i dobrowolnych opłat. Jedynym wyjątkiem jest wyraźnie częstszy udział prywatnych przedsiębiorców w opłatach na tzw. cegiełki i inne wyrazy wdzięczności. Jest to naturalny przejaw odruchów filantropijnych, rodzących się wśród polskiej klasy średniej i biznesmenów.

Wydaje się, że przytoczone tu dane dowodzą co najmniej dwóch prawidłowości. Po pierwsze, wartość zdrowia jest na tyle uniwersalna, że gotowość do wnoszenia dodatkowych opłat za usługi medyczne jest rozłożona w społeczeństwie w prawie równym stopniu. Po wtóre, nieformalne opłaty tak mocno wrosły w reguły funkcjonowania naszej służby zdrowia, że niezależnie od statusu społecznego wszyscy starają się je respektować.

Dowodem potwierdzającym prawdziwość tego wniosku jest odsetek osób, które sądzą, że po wprowadzeniu oficjalnej odpłatności za usługi medyczne trzeba będzie nadal dawać prezenty i pieniądze pracownikom służby zdrowia. Zwolenników tego poglądu jest więcej (45%) niż przeciwników (36%).



Odpowiedź na powyższe pytanie jest w pewnej mierze syntetycznym wskaźnikiem wiary w możliwość zreformowania służby zdrowia i uzdrawiającą moc wprowadzenia jasnych reguł odpłatności. Należy podkreślić, że w tej mierze świadomość społeczna nieco wzrosła - trzy lata temu mniej badanych (30%) niż obecnie (36%) było zdania, iż oficjalna odpłatność może spowodować, że nie będziemy musieli nieoficjalnie dopłacać do służby zdrowia.

Od odpowiedzi na tak sformułowane pytanie uchylały się wyraźnie częściej osoby z wykształceniem podstawowym (25%) niż wyższym (13%). Zła ocena warunków materialnych powodowała również niechęć do wypowiedzania się (średnio nie odpowiedziało na to pytanie 21% badanych źle i średnio oceniających swoje położenie ekonomiczne oraz jedynie 12% osób z dobrą samooceną warunków materialnych).

Natomiast gdy weźmiemy pod uwagę rozkład społeczny odpowiedzi świadczących o tym, że oficjalna odpłatność może uzdrowić nasz system medyczny, to wyraźnie widać, iż osoby z wyższym wykształceniem i lepszymi zarobkami częściej przejawiają tę racjonalistyczną postawę. Stanowisko takie podziela tylko 30% osób z wykształceniem podstawowym i aż 54% z wyższym.

Ponad połowa (52%) przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji uważa, że po wprowadzeniu oficjalnej odpłatności - nieoficjalna zniknie. Pogląd ten podziela tylko ponad jedna czwarta (28%) robotników wykwalifikowanych.

Należy też dodać, że racjonalistycznej wierze w reformowalność systemu ochrony zdrowia towarzyszy wyraźnie określona orientacja polityczna. Wśród tych, którzy nie mają zdecydowanych poglądów, odsetek wierzących w poprawę stanu rzeczy wynosi tylko 26%, podczas gdy średnio 40% osób politycznie aktywnych wierzy w pozytywny efekt zmian. Opinia taka jest szczególnie popularna wśród zwolenników centrowych poglądów politycznych (43%).

Jednakże zupełnie przeciwstawne tendencje społeczne kształtują częstość odpowiedzi na pytanie, jaka część personelu medycznego bierze pieniądze i prezenty za swoje usługi.

Tabela 3

w procentach

Jaka część [...] Pana(i) zdaniem, bierze pieniądze i prezenty za opiekę i usługi medyczne, które oficjalnie są bezpłatne?	Nikt	Tylko nieliczni	Mniej więcej połowa	Większość	Wszyscy	Trudno powiedzieć
Lekarzy	2	15	16	40	13	15
Pielęgniarek	5	23	15	29	11	18
Niższego personelu medycznego	15	26	10	16	9	24

Zdaniem respondentów, opłaty prywatne najczęściej pobierają lekarze (aż 40% badanych uważa, że robi to większość z nich, a 13% - że wszyscy). W opinii ankietowanych, rzadziej biorą pieniądze pielęgniarki (28% wskazań, iż robi to większość z nich i 11% - że wszystkie), najrzadziej zaś niższy personel medyczny (odpowiednio 16% i 9%).

Jak już wspomniano, największy krytycyzm w tej dziedzinie przejawiają przedstawiciele wyższych warstw społeczeństwa. Pogląd, że większość lekarzy bierze łapówki, podzielali jedna trzecia (34%) badanych z podstawowym wykształceniem i połowa ankietowanych z wykształceniem wyższym. Podczas gdy 60% kadry kierowniczej i inteligencji obciąża zarzutem łapownictwa większość lekarzy, to takie pomówienie formułuje pod ich adresem 32% robotników niewykwalifikowanych i 37% wykwalifikowanych.

Prawie identyczne prawidłowości dotyczą kwestii pobierania nieformalnych opłat przez pielęgniarki i niższy personel medyczny. W ocenie tej patologii skrajny krytycyzm przejawiają przede wszystkim osoby z wyższym wykształceniem oraz zajmujące kierownicze stanowiska. Dla przykładu - przekonanie, że większość pielęgniarek bierze prezenty

i pieniądze, wyrażało 22% respondentów z wykształceniem podstawowym i aż 40% z wyższym. Blisko dwukrotnie częściej inteligenci postrzegają rozplenie się łapownictwa wśród pomocniczego personelu medycznego. Jest to zjawisko ciekawe, jeżeli zważyć, że udowodniono, iż realnie za usługi medyczne muszą wносить opłaty nieformalne w jednakowym stopniu prawie wszyscy obywatele. Przytoczone tu wyniki świadczą o szczególnym krytycyzmie i wyczuleniu na etyczną stronę kwestii łapownictwa osób wywodzących się z elit społecznych.

Wyostrenie opinii wyżej wykształconych respondentów może też wynikać ze swoistego poczucia zawiści, gdyż większość z nich reprezentuje zawody, w których ściąganie jakiegokolwiek dodatkowej opłaty za swą pracę jest całkowicie niemożliwe. W końcu dużą rolę odgrywają zapewne indywidualne przyjaźnie i znajomości z lekarzami, w których albo dochodzi do wymiany informacji o drażliwych sprawach związanych z odpłatnością, albo też możliwa jest obserwacja standardu życiowego lekarskich rodzin.

Na zakończenie warto przytoczyć najważniejsze wnioski, jakie wypływają z analizy związków statystycznych, które świadczą o wpływie wpłacania dodatkowych opłat na oceny funkcjonowania systemu służby zdrowia, a także inne zachowania zdrowotne.

Analiza ta wskazuje na wyraźny (nieraz o blisko jedną trzecią) wzrost negatywnych ocen dotyczących systemu opieki medycznej wśród osób, które same lub w imieniu rodziny uiściły nieformalne opłaty. Jak można się było spodziewać, kwestia wnoszenia takich opłat ma ujemny wpływ na postrzeganie służby zdrowia w dziedzinie jej sprawnego funkcjonowania, zapewnienia bezpłatności leczenia, dostępności usług, poczucia bezpieczeństwa czy też równości szans otrzymania pomocy medycznej.

Podobnie jest z wpływem nieformalnej odpłatności na brak poczucia egalitaryzmu w dostępie do świadczeń medycznych oraz przekonaniem o powszechności łapownictwa wśród poszczególnych grup personelu medycznego.

Oczywiście wnoszenie dodatkowych opłat w dużym stopniu koreluje z występowaniem w rodzinie poważnej choroby, która wymaga systematycznego leczenia. Osoby tak obciążone, mające poważne problemy zdrowotne wносиły nieformalne opłaty dwa razy częściej.

Opisane w komunikacie wyniki dotyczące funkcjonowania opieki zdrowotnej układają się w jednolity obraz wyobrażeń o pomocy medycznej w Polsce. Niestety, nie jest on korzystny ani dla organizatorów opieki zdrowotnej, ani dla bezpośrednich świadczeniodawców.

### WNIOSKI

- ◆ W ostatnich trzech latach odnotowaliśmy wyraźne pogorszenie ocen charakteryzujących różne aspekty funkcjonowania naszego systemu służby zdrowia. Przeciętnie o jedną trzecią spadły wskaźniki poczucia dostępności świadczeń medycznych, sprawności funkcjonowania służby zdrowia, bezpłatności leczenia, równości szans otrzymania pomocy medycznej, a szczególnie poczucia bezpieczeństwa, jakie daje państwowa służba zdrowia.
- ◆ Ocena funkcjonowania systemu służby zdrowia jest wyraźnie uzależniona od poziomu wykształcenia i statusu społecznego badanych. Znacznie bardziej krytyczne są osoby z wyższym wykształceniem, bogatsze i zajmujące eksponowane stanowiska służbowe. W opinii osób gorzej wykształconych i emerytów, a zatem tych grup, o których wiemy, że są upośledzone w dostępie do świadczeń medycznych, funkcjonuje ona lepiej niż w ocenie przedstawicieli górnych warstw społeczeństwa.
- ◆ Liczba osób ponoszących nieformalne koszty świadczeń medycznych jest obecnie prawie taka sama jak w ubiegłym roku, jednak przeciętna wpłata w ciągu ostatnich 6 miesięcy podwyższyła się z 3,5 mln do 4,6 mln starych złotych, co oznacza wzrost większy niż przyrost inflacji w ostatnim roku.
- ◆ Wyższe wykształcenie oraz dobra pozycja społeczna mają pozytywny wpływ na przekonanie, że służba zdrowia może być reformowana i wprowadzenie opłat formalnych spowoduje spadek wydatków nieformalnych.
- ◆ W opinii społeczeństwa, prywatne opłaty najczęściej pobierają lekarze, rzadziej - pielęgniarki oraz pomocniczy personel medyczny. Najczęściej są o tym przeświadczone osoby z wyższym wykształceniem oraz zajmujące kierownicze stanowiska służbowe.
- ◆ Kwestia dodatkowych opłat nieformalnych ujemnie wpływa na postrzeganie funkcjonowania państwowej służby zdrowia, zwłaszcza w dziedzinie poczucia bezpieczeństwa, jakie ona daje, bezpłatności świadczeń i oceny równości szans w dostępie do nich.

## 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. 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	10	84	5	1161
Płeć				
Mężczyźni	9	86	5	549
Kobiety	12	82	6	612
Wiek				
do 24 lat	5	92	3	180
25-34	9	87	4	210
35-44	8	86	6	244
45-54	10	85	5	200
55-64	13	83	4	161
65 lat i więcej	21	67	12	167
Miejsce zamieszkania				
Wieś	15	80	5	433
Miasto do 20 tys.	12	82	6	134
od 21 do 100 tys.	6	88	6	235
101-500 tys.	10	84	6	233
501 tys. i więcej mieszk.	4	94	2	125
Region				
Północny	11	85	4	147
Zachodni	12	77	10	115
Środkowo-zachodni	10	86	4	163
Środkowy	7	89	4	202
Wschodni	10	83	8	151
Południowo-wschodni	12	83	5	182
Południowo-zachodni	12	82	6	201
Wykształcenie				
Podstawowe	17	78	6	404
Zasadnicze zawodowe	8	86	7	318
Średnie	7	88	5	347
Wyższe	8	91	1	90
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier., inteligencja	7	93	0	77
Prac. umysł. niż. szczebla	4	90	6	86
Pracownicy fiz.- umysł.	2	90	8	64
Robotnicy wykwalifikowani	7	88	5	124
Robotnicy niewykwalifik.	7	90	3	74
Rolnicy	18	79	3	87
Prywatni przedsiębiorcy	2	86	12	38
Bierni zawodowo				
Renciści	11	83	6	152
Emeryci	18	72	10	218
Uczniowie i studenci	6	90	4	63
Bezrobotni	14	83	3	104
Gospodynie domowe i inni	8	90	1	70
Pracujący poza rolnictwem				
Sfera budżetowa	4	94	1	122
Sektor państwowy	6	89	5	123
Sektor prywatny	7	87	6	242
Spółdzielczość	17	78	5	20
Dochody na jedną osobę				
Poniżej 150 zł	10	87	3	269
151 - 225	12	82	7	177
226 - 325	11	84	5	274
326 - 425	11	82	7	185
Powyżej 426 zł	11	84	5	194
Ocena własnych war. mater.				
Złe	10	83	6	452
Średnie	11	84	5	490
Dobre	9	86	5	219
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	18	75	7	122
Raz w tygodniu	11	84	5	625
Kilka razy w roku	7	87	6	313
W ogóle nie uczestniczy	8	86	5	100
Poglądy polityczne				
Lewica	11	88	2	221
Centrum	9	86	5	278
Prawica	11	84	5	337
Trudno powiedzieć	11	80	9	324

Tabela 2. Jak Pan(i) ogólnie ocenia obecny system ochrony zdrowia w Polsce? Czy uważa Pan(i), że: 1- jest on dobry; 2 - jest on raczej zły; 3 - jest on zdecydowanie zły i potrzebne są zasadnicze zmiany

	(%)				
	1	2	3	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	15	32	52	1	1161
Płeć					
Mężczyźni	14	30	55	1	549
Kobiety	16	34	48	1	612
Wiek					
do 24 lat	9	39	52	0	180
25-34	10	30	60	0	210
35-44	10	34	55	1	244
45-54	15	31	54	0	200
55-64	23	31	46	0	161
65 lat i więcej	29	29	38	4	167
Miejsce zamieszkania					
Wieś	21	37	40	1	433
Miasto do 20 tys.	10	32	57	1	134
od 21 do 100 tys.	10	28	60	1	235
101-500 tys.	11	27	61	1	233
501 tys.i więcej mieszk.	15	34	51	0	125
Region					
Północny	11	33	56	0	147
Zachodni	19	32	48	1	115
Środkowozachodni	16	29	54	0	163
Środkowy	14	40	46	1	202
Wschodni	22	35	41	2	151
Południowo-wschodni	14	35	51	1	182
Południowo-zachodni	12	23	64	1	201
Wykształcenie					
Podstawowe	21	36	41	2	404
Zasadnicze zawodowe	13	34	53	0	318
Średnie	11	29	60	0	347
Wyższe	10	24	66	0	90
Grupa społ.-zaw. pracujący					
Kadra kier., inteligencja	7	30	64	0	77
Prac.umysł.niż.szczebla	7	26	66	1	86
Pracownicy fiz.- umysł.	7	23	69	0	64
Robotnicy wykwalifikowani	7	31	62	0	124
Robotnicy niewykwalifik.	13	36	50	2	74
Rolnicy	19	38	43	0	87
Prywatni przedsiębiorcy	13	29	57	0	38
Bierni zawodowo					
Renciści	20	38	41	1	152
Emeryci	27	29	42	2	218
Uczniowie i studenci	3	40	57	0	63
Bezrobotni	17	36	46	1	104
Gospodynie domowe i inni	13	33	54	0	70
Pracujący poza rolnictwem					
Sfera budżetowa	7	34	60	0	122
Sektor państwowy	7	25	66	2	123
Sektor prywatny	11	30	59	0	242
Spółdzielczość	22	17	60	0	20
Dochody na jedną osobę					
Poniżej 150 zł	14	40	46	1	269
151 - 225	16	38	45	0	177
226 - 325	14	30	54	1	274
326 - 425	20	29	51	0	185
Powyżej 426 zł	12	25	63	0	194
Ocena własnych war. mater.					
Złe	15	33	52	1	452
Średnie	16	32	50	1	490
Dobre	12	32	55	1	219
Udział w prakt. religijnych					
Kilka razy w tygodniu	22	35	41	1	122
Raz w tygodniu	16	35	48	1	625
Kilka razy w roku	13	28	59	1	313
W ogóle nie uczestniczy	10	27	61	2	100
Poglądy polityczne					
Lewica	15	29	57	0	221
Centrum	18	28	54	0	278
Prawica	15	35	50	0	337
Trudno powiedzieć	14	36	48	2	324



Tabela 3. Czy gdyby ktoś z Pana(i) rodziny poważnie zachorował, to radził(a)by mu Pan(i) udać się: 1 - do lekarza w państwowej przychodni; 2 - do lekarza prywatnego

			(%)	
	1	2	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	27	63	10	1161
Płeć				
Mężczyźni	27	62	10	549
Kobiety	26	64	10	612
Wiek				
do 24 lat	13	77	10	180
25-34	22	72	6	210
35-44	21	71	8	244
45-54	27	64	9	200
55-64	36	52	12	161
65 lat i więcej	48	33	19	167
Miejsce zamieszkania				
Wieś	34	56	10	433
Miasto do 20 tys.	20	70	10	134
od 21 do 100 tys.	22	67	11	235
101-500 tys.	26	66	8	233
501 tys. i więcej mieszk.	22	66	12	125
Region				
Północny	19	72	9	147
Zachodni	26	63	11	115
Środkowo-zachodni	25	66	9	163
Środkowy	25	62	12	202
Wschodni	31	58	8	151
Południowo-wschodni	31	60	10	182
Południowo-zachodni	27	61	12	201
Wykształcenie				
Podstawowe	37	51	13	404
Zasadnicze zawodowe	25	67	8	318
Średnie	19	71	10	347
Wyższe	19	74	7	90
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier., inteligencja	15	78	7	77
Prac. umysł. niż. szczebla	11	84	5	86
Pracownicy fiz.- umysł.	23	68	9	64
Robotnicy wykwalifikowani	15	79	6	124
Robotnicy niewykwalifik.	21	67	12	74
Rolnicy	41	52	7	87
Prywatni przedsiębiorcy	7	86	7	38
Bierni zawodowo				
Renciści	34	54	12	152
Emeryci	43	41	16	218
Uczniowie i studenci	9	86	5	63
Bezrobotni	27	60	13	104
Gospodynie domowe i inni	31	56	13	70
Pracujący poza rolnictwem				
Sfera budżetowa	16	79	5	122
Sektor państwowy	17	77	6	123
Sektor prywatny	19	73	8	242
Spółdzielczość	23	65	12	20
Dochody na jedną osobę				
Poniżej 150 zł	30	59	10	269
151 - 225	23	67	9	177
226 - 325	27	60	13	274
326 - 425	24	65	10	185
Powyżej 426 zł	27	64	9	194
Ocena własnych war. mater.				
Złe	29	60	11	452
Średnie	26	63	12	490
Dobre	24	69	6	219
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	33	57	9	122
Raz w tygodniu	28	62	11	625
Kilka razy w roku	24	68	9	313
W ogóle nie uczestniczy	24	61	15	100
Poglądy polityczne				
Lewica	29	62	9	221
Centrum	24	66	9	278
Prawica	26	65	9	337
Trudno powiedzieć	28	59	13	324

Tabela 4. 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	27	73	1161
Płeć			
Mężczyźni	26	74	549
Kobiety	28	72	612
Wiek			
do 24 lat	28	72	180
25-34	29	71	210
35-44	33	67	244
45-54	24	76	200
55-64	24	76	161
65 lat i więcej	19	81	167
Miejsce zamieszkania			
Wieś	19	81	433
Miasto do 20 tys.	33	67	134
od 21 do 100 tys.	29	71	235
101-500 tys.	33	67	233
501 tys.i więcej mieszk.	28	72	125
Region			
Północny	25	75	147
Zachodni	27	73	115
Środkowozachodni	29	71	163
Środkowy	23	77	202
Wschodni	22	78	151
Południowo-wschodni	32	68	182
Południowo-zachodni	28	72	201
Wykształcenie			
Podstawowe	23	77	404
Zasadnicze zawodowe	27	73	318
Średnie	29	71	347
Wyższe	36	64	90
Grupa społ.-zaw. pracujący			
Kadra kier., inteligencja	40	60	77
Prac.umysł.niż.szczebla	37	63	86
Pracownicy fiz.- umysł.	37	63	64
Robotnicy wykwalifikowani	33	67	124
Robotnicy niewykwalifik.	18	82	74
Rolnicy	12	88	87
Prywatni przedsiębiorcy	34	66	38
Bierni zawodowo			
Renciści	29	71	152
Emeryci	21	79	218
Uczniowie i studenci	20	80	63
Bezrobotni	26	74	104
Gospodynie domowe i inni	23	77	70
Pracujący poza rolnictwem			
Sfera budżetowa	35	65	122
Sektor państwowy	30	70	123
Sektor prywatny	30	70	242
Spółdzielczość	36	64	20
Dochody na jedną osobę			
Poniżej 150 zł	26	74	269
151 - 225	23	77	177
226 - 325	26	74	274
326 - 425	31	69	185
Powyżej 426 zł	29	71	194
Ocena własnych war. mater.			
Złe	26	74	452
Średnie	27	73	490
Dobre	28	72	219
Udział w prakt. religijnych			
Kilka razy w tygodniu	29	71	122
Raz w tygodniu	25	75	625
Kilka razy w roku	29	71	313
W ogóle nie uczestniczy	29	71	100
Poglądy polityczne			
Lewica	29	71	221
Centrum	31	69	278
Prawica	25	75	337
Trudno powiedzieć	23	77	324

Tabela 5. Jak Pan(i) sądzi, czy jeśli wprowadzi się oficjalną odpłatność za usługi w służbie zdrowia, to czy: 1 - nie trzeba już będzie dawać pracownikom prezentów i pieniędzy; 2 - nadal trzeba będzie je dawać

	(%)			
	1	2	Trudno powiedzieć	Liczba osób
Ogółem	36	45	19	1161
Płeć				
Mężczyźni	39	43	18	549
Kobiety	33	47	20	612
Wiek				
do 24 lat	32	55	13	180
25-34	39	47	13	210
35-44	35	44	21	244
45-54	40	41	19	200
55-64	39	45	17	161
65 lat i więcej	31	38	30	167
Miejsce zamieszkania				
Wieś	30	47	23	433
Miasto do 20 tys.	38	47	15	134
od 21 do 100 tys.	37	44	19	235
101-500 tys.	41	42	18	233
501 tys. i więcej mieszk.	48	43	9	125
Region				
Północny	31	53	17	147
Zachodni	41	36	23	115
Środkowo-zachodni	28	50	21	163
Środkowy	43	43	13	202
Wschodni	33	48	20	151
Południowo-wschodni	40	40	19	182
Południowo-zachodni	35	44	21	201
Wykształcenie				
Podstawowe	30	44	25	404
Zasadnicze zawodowe	29	53	18	318
Średnie	44	42	14	347
Wyższe	54	33	13	90
Grupa społ.-zaw. pracujący				
Kadra kier., inteligencja	52	37	10	77
Prac.umysł.niż.szczębla	48	34	18	86
Pracownicy fiz.- umysł.	45	39	15	64
Robotnicy wykwalifikowani	28	61	11	124
Robotnicy niewykwalifik.	29	55	16	74
Rolnicy	36	40	24	87
Prywatni przedsiębiorcy	34	36	30	38
Bierni zawodowo				
Renciści	32	51	18	152
Emeryci	33	40	27	218
Uczniowie i studenci	46	43	11	63
Bezrobotni	37	44	19	104
Gospodynie domowe i inni	28	52	20	70
Pracujący poza rolnictwem				
Sfera budżetowa	46	40	13	122
Sektor państwowy	38	44	17	123
Sektor prywatny	34	50	16	242
Spółdzielczość	42	33	25	20
Dochody na jedną osobę				
Poniżej 150 zł	32	47	22	269
151 - 225	41	42	16	177
226 - 325	32	51	18	274
326 - 425	33	45	21	185
Powyżej 426 zł	46	41	13	194
Ocena własnych war. mater.				
Złe	30	50	19	452
Średnie	39	40	22	490
Dobre	43	45	12	219
Udział w prakt. religijnych				
Kilka razy w tygodniu	34	39	27	122
Raz w tygodniu	35	45	20	625
Kilka razy w roku	38	47	14	313
W ogóle nie uczestniczy	40	47	14	100
Poglądy polityczne				
Lewica	37	50	14	221
Centrum	43	42	15	278
Prawica	40	43	18	337
Trudno powiedzieć	26	47	27	324