

**PRACE NAUKOWE**

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

**RESEARCH PAPERS**

of Wrocław University of Economics

**226**

# **Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów**



pod redakcją

**Marka Łyszczaka, Marii Węgrzyn,  
Dariusza Wasilewskiego**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2011

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Teresa Lubińska

Redaktor Wydawnictwa: Anna Grzybowska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna na stronie [www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl)

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych The Central European Journal of Social Sciences and Humanities <http://cejsh.icm.edu.pl> oraz w The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com), a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon [http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa [www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2011

**ISSN 1899-3192**

**ISBN 978-83-7695-131-7**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

## Spis treści

Wstęp.....	7
------------	---

### Część 1. Budowanie wartości – aspekt systemowy i właścicielski

<b>Dorota Korenik</b> , Źródła finansowania innowacji w MSP szansą na rozwój (poprawę kondycji finansowej) ZOZ.....	11
<b>Agnieszka Bem</b> , Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe .....	23
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska</b> , Fundusze strukturalne UE jako determinanta konkurencyjności ZOZ .....	33
<b>Joanna Jończyk</b> , Kultura organizacyjna a innowacyjność w szpitalu publicznym.....	43
<b>Joanna Sulowska, Łukasz Sulowski</b> , Modele zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach medycznych.....	53

### Część 2. Budowanie wartości – aspekt rachunkowy i finansowy

<b>Sylwia Serwatka</b> , Wzajemne współzależności pomiędzy audytem i kontrolą wewnętrzną w Zakładzie Opieki Zdrowotnej .....	63
<b>Maria Węgrzyn</b> , Kształtowanie wartości ZOZ a rynek usług finansowych .....	70
<b>Alina Warelis</b> , Wartość szpitala jako przedsiębiorstwa a wartość firmy ( <i>goodwill</i> ). .....	83
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Identyfikacja potencjalnych problemów ze stosowaniem klasycznych metod wyceny przedsiębiorstw do samodzielnych publicznych ZOZ .....	93
<b>Robert Golej</b> , Perspektywy wykupów menedżerskich w służbie zdrowia w Polsce.....	104
<b>Grzegorz Michalski</b> , Efektywność inwestycji w płynne aktywa w opodatkowanych i nie opodatkowanych organizacjach opieki zdrowotnej.....	115
<b>Radosław Witczak</b> , Wpływ norm podatkowych na wycenę zakładów opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia .....	129

### Część 3. Budowanie wartości – aspekt pacjenta

<b>Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder</b> , Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów – wybrane aspekty.....	139
<b>Katarzyna Krot</b> , Zaufanie w relacji lekarz–pacjent.....	150
<b>Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska</b> , Reputacja w funkcjonowaniu placówki zdrowotnej .....	161
<b>Anna Murawska, Anna Michalska</b> , Ocena wybranych problemów ochrony zdrowia ludności w Polsce .....	174

## Summaries

### Part 1. Value Creation – system and ownership aspect

<b>Dorota Korenik</b> , Sources of innovation in smes an opportunity for development – improving the financial situation of health care centers.....	22
<b>Agnieszka Bem</b> , Financing of health care by households .....	32
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska</b> , EU Structural Funds as the determinant of the competitiveness in health care centre.....	42
<b>Joanna Jończyk</b> , Organizational culture and innovation in a public hospital.....	52
<b>Joanna Sułkowska, Łukasz Sułkowski</b> , Models of human resources management in medical organizations.....	60

### Part 2. Value Creation – accounting and financial aspect

<b>Sylvia Serwatka</b> , Mutual interdependence of audit and internal control in a health care centre.....	69
<b>Maria Węgrzyn</b> , Shaping the value of health care centre vs. financial services market.....	82
<b>Alina Warelis</b> , Worth of hospital as a company vs its value (goodwill).....	92
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Identification of potential problems related to using traditional methods of valuing companies for public health care organizations.....	103
<b>Robert Golej</b> , Prospects for management buyouts in the health sector in Poland.	114
<b>Grzegorz Michalski</b> , The efficiency of liquid assets investment: taxed and not taxed healthcare organizations case.....	128
<b>Radosław Witczak</b> , The influence of tax provisions on the valuation of health care centers – chosen issues .....	136

### Part 3. Value Creation – aspect of patient

<b>Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder</b> , Examination of the level of expectation and satisfaction of patients of chosen health care units – some aspects .....	149
<b>Katarzyna Krot</b> , Trust in doctor-patient relationship.....	160
<b>Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska</b> , Reputation in functioning of a health facility.....	173
<b>Anna Murawska, Anna Michalska</b> , Evaluation of selected problems of health-care in Poland .....	182

**Anna Murawska, Anna Michalska**

Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy

---

## OCENA WYBRANYCH PROBLEMÓW OCHRONY ZDROWIA LUDNOŚCI W POLSCE

---

**Streszczenie:** W artykule przedstawiono wybrane problemy zdrowotne ludności w Polsce w latach 2000-2009. Przedstawiono znaczenie zdrowia dla ludności, subiektywną ocenę stanu zdrowia oraz poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych przez pryzmat możliwości finansowych w zakresie zakupu leków oraz korzystania z usług służby zdrowia. W analizach uwzględniono wybrane cechy społeczno-ekonomiczne gospodarstw domowych i respondentów. Głównym źródłem informacji były dane liczbowe pochodzące z *Diagnozy społecznej* oraz opracowania statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego.

**Słowa kluczowe:** zdrowie, ochrona zdrowia, gospodarstwo domowe, potrzeby zdrowotne.

### 1. Wstęp

Zdrowie jest kategorią występującą zarówno w praktyce, jak i w nauce polityki społecznej od momentu jej powstania, to znaczy od pierwszych dziesięcioleci XIX wieku<sup>1</sup>. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization) w konstytucji z 1948 r. określiła zdrowie jako pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka. W ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”, a także wymiar duchowy<sup>2</sup>. Ujęcie to jest szerokie – wykracza poza kategorie ściśle medyczne, obejmując kategorie socjologiczne i psychologiczne. Tak więc przez pojęcie zdrowia należy rozumieć nie tylko brak choroby, ale także pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu jednostki ludzkiej i jej zdolności przystosowania się do zmieniających się warunków otaczającego ją środowiska<sup>3</sup>. Taki sposób definiowania zdrowia oznacza, że polityka opieki zdrowotnej jest głęboko osadzona w problematyce nie tylko nauk ekonomicznych, ale także społecznych i psychologicznych.

---

<sup>1</sup> *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2006.

<sup>2</sup> K. Chuengsatiansup, *Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*, “Environmental Impact Assessment Review” (Thailand) 2003, vol. 23 no 1, s. 3-15.

<sup>3</sup> A. Frąckiewicz-Wronka, *Polityka ochrony zdrowia*, [w:] *Polityka społeczna, wybrane zagadnienia*, red. L. Frąckiewicz, Wydawnictwo AE, Katowice 1994.

Według artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy człowiek ma prawo do ochrony zdrowia i, niezależnie od sytuacji materialnej rodzin, władze publiczne mają obowiązek zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia opieka zdrowotna, rozumiana także jako medycyna lecznicza, jest to całokształt działalności zmierzającej do zapewnienia ochrony zdrowia ludności. Ochronę zdrowia natomiast określa się jako zespół działań na rzecz zdrowia publicznego realizowanych przez różne sektory życia społeczno-gospodarczego.

Zarówno opieka zdrowotna, jak i ochrona zdrowia stanowią elementy składowe systemu zdrowotnego. W piśmiennictwie termin „system zdrowotny” często jest używany zamiennie z pojęciem „system ochrony zdrowia”. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia pojęcie „system zdrowotny” obejmuje wszystkie organizacje, nakłady oraz instytucje, których założeniem jest wygenerowanie działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia<sup>4</sup>. Wśród głównych celów systemu ochrony zdrowia jest zaspokajanie indywidualnych potrzeb zdrowotnych wynikających z chorób, nieodmagania lub wypadków oraz zapewnienie zaspokojenia zbiorowych potrzeb zdrowotnych ludności, tj. takich warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku, a nawet chorowania i wszelkich innych aspektów życia zbiorowego, które minimalizują, jeśli nie eliminują, jakiegokolwiek ryzyko utraty zdrowia.

Pomimo stałego rozwoju i popularyzacji wiedzy o uwarunkowaniach zdrowia, na pytanie: od czego zależy stan zdrowia społeczeństwa, najczęściej pada odpowiedź – od działalności służby zdrowia<sup>5</sup>. Tym samym, mając na uwadze znaczenie zdrowia, medycyny i działalności służby zdrowia, należy podkreślić istotną rolę, jaką odgrywa w tym zakresie przyjęta przez państwo odpowiednia koncepcja ochrony zdrowia obywateli. Dostępność i jakość usług medycznych niewątpliwie wpływają na poziom zaspokojenia potrzeb ludności w zakresie opieki zdrowotnej. Jednak nie można pomijać innych ważnych czynników, takich jak np. sytuacja finansowa, która często jest przyczyną niekorzystania z usług służby zdrowia.

Celem niniejszego opracowania była ocena wybranych problemów związanych z ochroną zdrowia. W szczególności przedstawiono poziom zadowolenia ze zdrowia u mieszkańców Polski oraz zakres trudności finansowych w obszarze korzystania z usług służby zdrowia. Analizy zostały przeprowadzone na podstawie danych liczbowych uzyskanych w wyniku realizowanych (przez Radę Monitoringu Społecznego) w latach 2000-2009 projektów badawczych pod nazwą *Diagnoza społeczna* oraz opracowań Głównego Urzędu Statystycznego.

<sup>4</sup> Światowa Organizacja Zdrowia, [http://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](http://www.who.int/topics/health_systems/en/).

<sup>5</sup> M. Gasińska, *Ochrona zdrowia i ubezpieczenie zdrowotne*, [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Kuzynowski, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2006, s. 206.

## 2. Znaczenie zdrowia dla mieszkańców Polski

Potrzeby ludności w zakresie ochrony zdrowia należą do kategorii o relatywnie wysokiej ważności, co jest konsekwencją utrzymywania się zdrowia na najwyższym miejscu w hierarchii wartości uznawanych przez ludność. Według danych przedstawionych w *Diagnozie społecznej* mieszkańcy Polski coraz częściej uważają zdrowie za najważniejszą wartość w życiu. W marcu 2009 r. zdrowie za najważniejszy warunek udanego i szczęśliwego życia uznało 68% respondentów, a w 2000 r. odsetek takich odpowiedzi był o 5 punktów procentowych niższy. Biorąc pod uwagę przekroje społeczno-demograficzne, zdrowie, jako najważniejszy warunek udanego i szczęśliwego życia, było istotnie częściej wskazywane w 2009 r. przez kobiety (70,9%), osoby powyżej 65 roku życia (68,8%), z wykształceniem podstawowym i niższym (74,5%), rencistów (76,8%), mieszkańców miast poniżej 20 tys. mieszkańców (69,5%) oraz mieszkańców województwa podlaskiego (77,8%).

Według najnowszych badań prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny<sup>6</sup> 42,1% mieszkańców Polski ocenia stan swojego zdrowia jako dobry, a 23,6% jako bardzo dobry. Stan zdrowia taki sobie, czyli ani dobry, ani zły, wskazało 23,4% respondentów. Zaledwie 8,8% badanych osób ocenia swój stan zdrowia jako zły, a jako bardzo zły niespełna 2%.

Ocena stanu zdrowia przez mieszkańców Polski jest uzależniona od ich cech społeczno-demograficznych. Istotną zmienną wpływającą na ocenę stanu zdrowia jest wiek respondentów. Stan zdrowia jako bardzo dobry relatywnie częściej został oceniony przez osoby młode, mieszkańców wsi (25%; miasta 22,7%), mężczyzn (26,0%; kobiety – 21,5%), dzieci do 14 roku życia (47,9%; dorośli powyżej 15 lat – 18,6%), kawalerów lub panny (37,8%), nie będących w związku (24,9%) oraz osoby pracujące (22,3%). Z kolei stan zdrowia jako zły istotnie częściej deklarowany był przez osoby powyżej 80 roku życia (13,0%), bez wykształcenia (11,6%), wdowców lub wdowy (7,8%) oraz biernych zawodowo (4,8%).

Okazuje się, że problemy ze zdrowiem utrudniają wykonywanie codziennych zajęć. Sytuacja taka w 2009 r. często występowała u 12,8%, a zdarzała się u 43,1% respondentów. Informacje zawarte w *Diagnozie społecznej* pokazują, iż liczba osób deklarujących utrudnienia w realizacji codziennych zajęć z przyczyn zdrowotnych sukcesywnie się obniża. Problemy ze zdrowiem utrudniają wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w dodatkowych zajęciach istotnie częściej u kobiet i rencistów, u osób w wieku powyżej 65 lat i więcej, z wykształceniem podstawowym i niższym, na wsiach oraz w województwie lubuskim i świętokrzyskim.

Pośród osób badanych w 2009 r. w projekcie *Diagnoza społeczna* 5,9% stwierdziło, że są bardzo niezadowoleni ze stanu swojego zdrowia, 10,7% – że są niezadowoleni i 11,6% – że są dosyć niezadowoleni. Bardzo zadowolonych w 2009 r. ze

<sup>6</sup> *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Informacje i Opracowania Statystyczne, GUS, Warszawa 2011, s. 108.

stanu swojego zdrowia było 8,8% respondentów, zadowolonych 33,5%, a dosyć zadowolonych 29,5%. Należy zauważyć, że od 2000 r. odsetek badanych osób deklarujących, że są bardzo zadowoleni ze stanu swojego zdrowia, utrzymuje się na podobnym poziomie, a odsetek osób zadowolonych i dosyć zadowolonych sukcesywnie wzrasta. Pocieszające jest to, iż niezadowolenie ze stanu zdrowia deklaruje coraz mniej respondentów (tab. 1). Można zatem stwierdzić, że w ostatnim dziesięcioleciu nastąpił wzrost satysfakcji ludności z najważniejszego warunku udanego życia, czyli zdrowia, co z kolei znajduje swoje odzwierciedlenie we wzroście ogólnego samopoczucia i szczęścia ludności.

**Tabela 1.** Ocena stopnia zadowolenia ludności ze stanu swojego zdrowia w latach 2000-2009 (w %)

W jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(-a) ze stanu swojego zdrowia	2000	2003	2005	2007	2009
– bardzo zadowolona	9,1	9,5	8,1	9,4	8,8
– zadowolona	28,4	28,5	29,9	31,7	33,5
– dosyć zadowolona	26,6	28,0	30,1	29,6	29,5
– dosyć niezadowolona	12,8	13,4	12,9	12,1	11,6
– niezadowolona	15,1	13,1	12,3	11,1	10,7
– bardzo niezadowolona	8,1	7,6	6,7	6,2	5,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Diagnoza społeczna [2000; 2003; 2005; 2007 i 2009]*. Załącznik 2, Rada Monitoringu Społecznego, WSFiZ, Warszawa 2000; 2005; 2007; 2009.

Uwzględnienie wybranych cech społeczno-ekonomicznych badanych respondentów pozwoliło zauważyć pewne różnice. Zadowoleni ze stanu swojego zdrowia są relatywnie częściej mężczyźni, uczniowie i studenci, osoby w wieku do 24 roku życia, z wykształceniem wyższym lub średnim. Natomiast niezadowolenie relatywnie częściej wyrażały kobiety, renciści i emeryci, osoby powyżej 65 roku życia, zamieszkałe na wsi, z wykształceniem podstawowym i niższym.

Odczuwanie i wskazywanie zdrowia jako najważniejszego warunku udanego i szczęśliwego życia w konsekwencji znajduje swój wyraz w relatywnie wysokiej ważności realizacji potrzeb w zakresie leczenia ludności. Wyniki indywidualnych danych uzyskanych z projektu badawczego *Diagnoza społeczna 2009* pokazują, że 94% gospodarstw domowych korzystało z usług placówek służby zdrowia, a co czwarty członek gospodarstwa domowego przebywał w ostatnim roku w szpitalu z innych powodów niż ciąża.

W roku 2009 trzy czwarte respondentów (76,6% ogółu badanych osób; 91,9% ogółu badanych gospodarstw domowych) korzystało z placówek opłacanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, 35,9% z placówek opłacanych z własnej kieszeni (przy tym prawie połowa gospodarstw domowych – 48,9%), a 3,2% z placówek opłacanych przez pracodawcę, który wykupił abonament (5,1% gospodarstw domowych). Od roku 2000 odsetek respondentów korzystających z usług placówek służby zdro-



wia opłacanych przez NFZ i z własnej kieszeni stopniowo się powiększa. Znikomy jest odsetek respondentów, którzy korzystają z usług placówek ochrony zdrowia opłacanych przez osobę spoza gospodarstwa domowego lub instytucje dobroczynne (tab. 2).

**Tabela 2.** Odsetek respondentów korzystających z usług placówek zdrowia w latach 2000-2009 (w %)

Czy w ostatnim roku korzystał(a) Pan(i) z usług placówek zdrowia?*	2000	2003	2005	2007	2009
– opłacanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia	57,2	70,9	72,5	76,2	76,6
– opłacanych z własnej kieszeni	24,6	28,3	25,4	29,9	35,9
– opłacanych przez pracodawcę, który wykupił abonament	3,3	3,5	,1	3,4	3,2
– opłacanych przez osobę spoza gospodarstwa domowego	-	-	1,9	2,1	-
– opłacanych przez instytucje dobroczynne	-	-	1,1	0,1	0,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Diagnoza Społeczna [2000; 2003; 2005; 2007 i 2009]*. Załącznik 1, Załącznik 2, Rada Monitoringu Społecznego, WSFiZ, Warszawa 2000; 2003; 2005; 2007; 2009.

Z usług placówek ochrony zdrowia opłacanych przez NFZ i opłacanych z własnej kieszeni relatywnie częściej korzystają kobiety, renciści i emeryci, osoby w wieku powyżej 60 roku życia, z wykształceniem podstawowym i niższym. Z kolei z usług placówek zdrowia opłacanych z własnej kieszeni lub pracodawcę, który wykupił abonament, częściej korzystają osoby w wieku 25 do 44 lat, zamieszkałe w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców, z wykształceniem wyższym i policealnym. Biorąc pod uwagę status społeczno-ekonomiczny, można zaobserwować, że istotnie częściej z usług placówek zdrowia opłacanych z własnej kieszeni korzystają osoby zatrudnione w sektorze publicznym i prywatni przedsiębiorcy, a z usług placówek zdrowia opłacanych przez pracodawcę, który wykupił abonament, osoby pracujące w sektorze prywatnym.

### 3. Możliwości finansowe gospodarstw domowych w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych

Poziom zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia zależy m.in. od sytuacji finansowej rodziny<sup>7</sup>. Przedstawiciele gospodarstw domowych nad wyraz często wyrażali opinię, że z powodu braku pieniędzy musieli zrezygnować z usług placówek ochrony zdrowia. W roku 2009 najwięcej gospodarstw domowych musiało zrezygnować z realizacji recept lub wykupienia leków zalecanych przez lekarza (20,1%), leczenia zębów, mimo że istniała taka potrzeba (18,4%), oraz wizyt u lekarza

<sup>7</sup> K. Gutkowska, *Diagnoza funkcjonowania wiejskich gospodarstw domowych*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2003, s. 185.

(12,5%). Członkowie gospodarstw domowych z powodu trudności finansowych musieli również zrezygnować z uzyskania protez zębowych (8,4%), badań medycznych (8,0%), zabiegów rehabilitacyjnych (7,1%) oraz wyjazdu do sanatorium (7,6%). Najmniej gospodarstw domowych (0,7%) z powodu trudności finansowych zrezygnowało z leczenia szpitalnego. Od roku 2000 sukcesywnie zmniejsza się odsetek gospodarstw domowych, w których występowały problemy finansowe w związku z zaspokajaniem potrzeb związanych ze zdrowiem, zwłaszcza w zakresie realizacji recept lub wykupienia zalecanych leków oraz wizyt u lekarza (tab. 3).

**Tabela 3.** Trudności finansowe gospodarstw domowych w zakresie zakupu leków oraz korzystania z usług służby zdrowia w latach 2000-2009 (w %)

Czy w ubiegłym roku zdarzyło się w Pana(i) gospodarstwie domowym, że z powodu braku pieniędzy zrezygnowano z*:	2000	2003	2005	2007	2009
– realizacji recept lub wykupienia leków zalecanych przez lekarza	35,6	33,9	32,1	27,9	20,1
– leczenia zębów, mimo że istniała taka potrzeba	37,5	29,8	30,8	31,0	18,4
– uzyskania protez zębowych	19,3	15,0	17,2	32,2	8,4
– wizyt u lekarza	24,6	17,3	14,3	16,5	12,7
– badań medycznych (np. badań laboratoryjnych, prześwietlenia, EKG)	12,6	9,0	8,3	13,1	8,0
– zabiegów rehabilitacyjnych	10,9	10,5	9,7	22,5	7,1
– wyjazdu do sanatorium	22,4	16,8	14,0	35,0	7,6
– leczenia szpitalnego	2,7	1,9	1,6	2,5	0,7

\* w 2000, 2003, 2005 i 2007 r. respondenci mieli do wyboru odpowiedzi: „tak” lub „nie”, w 2009 roku: „tak”, „nie” lub „nie było takiej potrzeby”, w tabeli uwzględniono tylko odpowiedzi: „tak”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Diagnoza Społeczna [2000; 2003; 2005; 2007 i 2009]*. Załącznik 1, Rada Monitoringu Społecznego, WSFiZ, Warszawa 2000; 2003; 2005; 2007; 2009.

Odczuwanie kłopotów finansowych w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych jest różne w różnych typach gospodarstw domowych. Istotne rozpiętości występują zwłaszcza w różnych grupach społeczno-ekonomicznych. Kategorią plasującą się najmniej korzystnie są gospodarstwa domowe rencistów, utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, z bezrobotnymi oraz z osobami niepełnosprawnymi. Z kolei najmniejsze trudności finansowe w zakresie zakupu leków oraz korzystania z usług służby zdrowia w 2009 r. występowały w gospodarstwach domowych pracujących na własny rachunek, pracowników, bez bezrobotnych i bez niepełnosprawnych.

Znaczne trudności finansowe dotyczące realizacji recept lub wykupienia leków zalecanych przez lekarza oraz innych usług służby zdrowia występowały w rodzinach niepełnych, gospodarstwach nierodzinnych jednoosobowych oraz małżeństwach z trojgiem lub więcej dzieci. Na drugim biegunie znalazły się gospodarstwa

domowe jednorodzinne, w tym małżeństwa z jednym lub dwojgiem dzieci. Tak więc można stwierdzić, że typ gospodarstwa domowego, a zwłaszcza brak lub posiadanie dzieci, w istotnym stopniu wpływa na możliwości finansowe zaspokajania potrzeb związanych z leczeniem, a tym samym zdrowie członków gospodarstw domowych.

Inną zmienną wpływającą na różnice w odczuwanych kłopotach finansowych w zakresie zaspokajania potrzeb związanych z ochroną zdrowia jest miejsce zamieszkania. Relatywnie częściej kłopoty finansowe odczuwają mieszkańcy wsi niż miast. Najwięcej gospodarstw domowych na wsi na skutek trudności finansowych musiało zrezygnować z realizacji recept lub wykupienia leków zalecanych przez lekarza oraz leczenia zębów, mimo potrzeb istniejących w tym zakresie. Mieszkańcy wiejskich gospodarstw domowych relatywnie częściej musieli również zrezygnować z wizyt u lekarza oraz badań medycznych.

Na podstawie analizy danych uzyskanych z projektu badawczego *Diagnoza społeczna 2009* określono wysokość wydatków gospodarstw domowych na usługi zdrowotne. Największe obciążenie finansowe gospodarstwa domowe ponosiły z tytułu: wydatków na leki i inne artykuły farmaceutyczne (w ciągu ostatnich trzech miesięcy 2009 r. wydały średnio 355,13 zł) oraz leczenia i różnych badań w przychodniach i gabinetach, w których oficjalnie płacono za usługi (średnio 284,32 zł). Znacznie mniejsze wydatki zostały poniesione na opłaty nieformalne, czyli tzw. dowody wdzięczności, które miały sprawić, że opieka będzie lepsza i szybciej udzielona (11,97 zł), prezenty jako dowód szczerzej wdzięczności za uzyskaną już opiekę (5,13 zł), leczenie w szpitalu prywatnym lub publicznym, w którym opłacono leczenie szpitalne z własnej kieszeni, oficjalnie zakupując tam usługi medyczne (29,55 zł), opłaty w szpitalu publicznym (6,53 zł). O ile wydatki gospodarstw domowych na leki, leczenie i różne badania w przychodniach i gabinetach w porównaniu z 2007 r. pozostały na podobnym poziomie, to pozostałe, typu: opłaty nieformalne lub prezenty za uzyskaną już opiekę, znacznie się zmniejszyły, co świadczy o spadku obciążenia budżetu domowego rodzin tego typu kosztami.

Subiektywna ocena zmian zaspokojenia potrzeb gospodarstw domowych związanych z ochroną zdrowia w latach 2000-2009 wykazała pozytywne tendencje (tab. 4).

**Tabela 4.** Ocena zmian zaspokojenia potrzeb gospodarstw domowych związanych z ochroną zdrowia w latach 2000-2009 w Polsce

Czy w porównaniu z sytuacją sprzed dwóch lat zaspokojenie potrzeb zdrowotnych Pana(i) gospodarstwa domowego:	2000	2003	2005	2007	2009
– pogorszyło się	38,2	38,5	37,4	26,7	25,1
– poprawiło się	2,6	3,8	3,0	3,8	3,3
– nie zmieniło się	59,2	57,8	59,6	69,5	71,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Diagnoza Społeczna [2000; 2003; 2005; 2007 i 2009]*. Załącznik 2, Rada Monitoringu Społecznego, WSFiZ, Warszawa 2000; 2003; 2005; 2007; 2009.

Pomimo że odsetek gospodarstw domowych deklarujących pogorszenie się zaspokojenia potrzeb zdrowotnych nadal jest wysoki (w 2009 r. co czwarta „głowa” gospodarstwa domowego udzieliła takiej odpowiedzi), to i tak jest znacznie niższy niż przed dziesięcioma laty (38,2% w 2000 r.). Głowy gospodarstw domowych, częściej niż w 2000 r., odczuwają, że sytuacja pod tym względem nie zmieniła się (2000 – 59,2%, 2009 – 71,6%). Poprawę zaspokojenia potrzeb zdrowotnych niezmiennie od 2000 r. odczuwa niespełna średnio 3% gospodarstw domowych.

#### 4. Zakończenie

Ocena wybranych problemów związanych z ochroną zdrowia ludności w Polsce pozwala na przedstawienie kilku istotnych wniosków. W kontekście wszystkich zaprezentowanych informacji można stwierdzić, iż obszar opieki zdrowotnej stanowi jedną z najbardziej kluczowych kwestii ekonomicznych i społecznych. Wskazywanie zdrowia przez ludność jako najważniejszego warunku szczęśliwego i udanego życia świadczy o znacznych potrzebach ludności w tym zakresie i oczekiwaniach wobec opieki zdrowotnej.

Jakość usług medycznych w Polsce pozostawia wiele do życzenia, dlatego też członkowie gospodarstw domowych nazbyt często odczuwają niezadowolenie ze stanu swojego zdrowia oraz poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

Na poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz stan zdrowia ludności wpływa nie tylko jakość usług medycznych; należy uznać, że ważnym aspektem jest sytuacja finansowa gospodarstw domowych. Realizacja recept i wykupienie zalecanych leków, leczenie zębów, realizacja badań medycznych i zabiegów rehabilitacyjnych, to tylko przykłady usług służby zdrowia, z których członkowie gospodarstw domowych muszą zrezygnować z powodu braku możliwości przeznaczenia funduszy finansowych na ten cel.

Jakkolwiek wyniki badań przedstawiają w ciągu dalszym relatywnie niskie oceny poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz trudności finansowe w zakresie zakupu leków oraz korzystania z usług służby zdrowia, to można zaobserwować poprawę sytuacji zdrowotnej ludności. Świadczy o tym stopniowo zmniejszający się odsetek gospodarstw domowych, w których z braku pieniędzy rezygnuje się z zakupu leków lub z korzystania z usług służby zdrowia oraz zwiększający się odsetek osób deklarujących satysfakcję ze stanu swojego zdrowia.

#### Literatura

- Chuengsatiansup K., *Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*, “Environmental Impact Assessment Review”(Thailand) 2003, vol. 23, no 1, s. 3-15.
- Diagnoza społeczna [2000; 2003; 2005; 2007] 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Raport, Załącznik 1, Załącznik 2, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2000; 2003; 2005; 2007 i 2009.

- Frączkiewicz-Wronka A., *Polityka ochrony zdrowia*, [w:] *Polityka społeczna, wybrane zagadnienia*, red. L. Frączkiewicz, Wydawnictwo AE, Katowice 1994.
- Gasińska M., *Ochrona zdrowia i ubezpieczenie zdrowotne*, [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2006, s. 206.
- Gutkowska K., *Diagnoza funkcjonowania wiejskich gospodarstw domowych*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2003, s. 185.
- Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2006.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Informacje i Opracowania Statystyczne*, GUS, Warszawa 2011.
- Światowa Organizacja Zdrowia, [http://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](http://www.who.int/topics/health_systems/en/).

## EVALUATION OF SELECTED PROBLEMS OF HEALTHCARE IN POLAND

**Summary:** The article presents some health problems of population in Poland evaluated in years 2000-2009. The importance of health for the population and subjective assessment of health status and the level of satisfaction from health needs were presented through the prism of financial resources designed for purchase of medicines and use of health services. The analysis of data took into account the chosen socio-economic characteristics of households and respondents. The main source of information were data from the Social Diagnosis collected in years 2000-2009 and the statistical elaboration of Central Statistical Office.

**Keywords:** health, healthcare, household, health needs.