

Aneta Jabłońska¹, Grażyna Dykowska², Rafał Szpakowski³, Zofia Sienkiewicz⁴

¹Absolwent Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierunek – zdrowie publiczne

²Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Doktorant, Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

OPINIA STUDENTÓW WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO NA TEMAT ZAPOTRZEBOWANIA NA DODATKOWE PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W KONTEKŚCIE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

**Opinions of Warsaw Medical University students on the demand
for additional health insurance in the context of ageing society**

Streszczenie

Wstęp

Długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia to główna przyczyna wybierania przez społeczeństwo dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Cel pracy

Analiza opinii studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat zapotrzebowania na dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne w kontekście starzejącego się społeczeństwa.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 141 studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (będących na różnych latach studiów) z pięciu kierunków: lekarski, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne i zdrowie publiczne. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 21 pytań. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Wyniki

Możliwość wyboru usług oferowanych przez ubezpieczyciela popiera zdecydowana większość ankietowanych, 54,61% badanych wybrałoby połączony system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, 28% studentów wybrałoby taką formę ze względu na zadowalającą dostępność a 27% podkreśliło zakres oferowanych usług.

Wnioski

Wiedza studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie wpływa na decyzje o ubezpieczeniu. Studenci Zdrowia Publicznego posiadają większą wiedzę na temat ubezpieczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: studenci, ubezpieczenia zdrowotne

Abstract

Introduction

The major factor for society to choose additional health insurance is having to wait for too long to receive medical services financed from the National Health Fund (NFZ).

Aim

To analyse opinions of Warsaw Medical University students on the demand for additional health insurance in the context of ageing society.

Materials and methods

141 students from 5 faculties of Medical University of Warsaw (medical, nursing, midwifery, emergency medical services and public health) took part in the study. The study used a questionnaire consisting of 21 questions. Participation was anonymous and voluntary.

Results

The majority of the surveyed students speak in favour of the opportunity to choose from the services provided by insurance companies. 54.61% of the study group would choose a joint system of additional health insurance with general health insurance, including 28% of the students who would choose this form of insurance because of its satisfying availability, and 27% of them who emphasized the scope of the provided services.

Conclusion

The knowledge that the students of Warsaw Medical University have about the additional health insurance has no influence on their decisions to buy insurance. Students of Public Health have wider knowledge on health insurance.

Key words: students, health insurance.

Wstęp

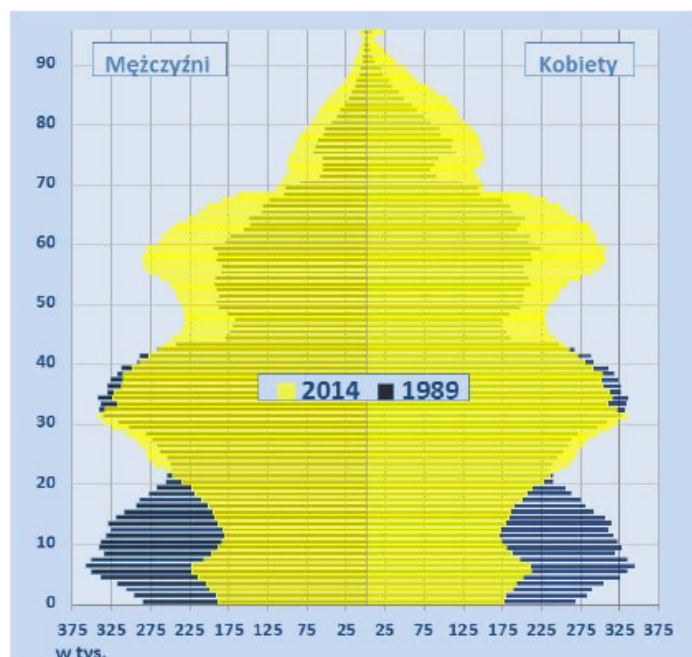
Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce od lat znajduje się w fazie rozwoju pomimo braku podstaw prawnych. Długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne, niezadowalająca jakość usług, niedostępność wymaganych procedur medycznych finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia to tylko niektóre z wielu przyczyn wybierania przez społeczeństwo dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na rosnące zainteresowanie sektorem prywatnym jest zjawisko starzenia się społeczeństwa, a co za tym idzie coraz większe potrzeby związane z zapewnieniem opieki osobom starszym. Ubezpieczenie zdrowotne w systemie publicznym nie gwarantuje specjalistycznej opieki medycznej seniorom, a tym bardziej wydajniejszej opieki długoterminowej. System opieki zdrowotnej w Polsce boryka się z problemem niedostosowania popytu do podaży świadczeń medycznych.

Zjawisko starzenia się społeczeństwa obserwujemy zarówno w Polsce, jak i innych krajach Europy. Zjawisko to uwarunkowane jest przyrostem ludności w wieku starszym i zmniejszeniem odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym. Za osobę starszą według WHO uznaje się człowieka od 65 roku życia, z uwzględnieniem indywidualizmu w zachodzącym procesie starzenia się organizmu. Szacuje się, iż do w 2050 roku liczba seniorów wzrośnie na świecie do około 2 miliardów. Każdy kraj przechodzi ten proces w różnym tempie, jedne państwa szybciej, inne wolniej. Wraz z wiekiem zaznacza się dominacja liczby kobiet nad mężczyznami, co potwierdza fakt, że mężczyźni żyją krócej niż kobiety. Proces feminizacji pokazuje również, że występuje nadumieralność mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych, a umieralność obu płci wyrównuje się dopiero w wieku około 90-100 lat. (Rycina 1)

Proces starzenia się ludności powoduje zmianę rodzaju i zakresu problemów ludności, począwszy od społeczno-ekonomicznych, politycznych, a skończywszy na zdrowotnych. Seniorzy są głównymi konsumentami usług medycznych i opieki społecznej. Według Światowej Organizacji Zdrowia, aż 30% ludności w wieku 75 lat ma znaczne problemy z samodzielnym życiem codziennym, w wieku 85 lat i więcej – ponad 70%. Przed państwami o strukturze społeczeństwa starzejącego się postawiono wiele wyzwań związanych z dopasowaniem opieki zdrowotnej do potrzeb ludności. [Kulik i Pacian, 2014] Wydłużanie się życia związane jest także z poprawą warunków bytowych ludności, lepszą opieką medyczną, ale przede wszystkim z coraz większą świadomością dotyczącą zdrowego trybu życia oraz inwestowaniem w zdrowie.

System opieki zdrowotnej w Polsce w ciągu ostatnich lat ulegał wielu przeobrażeniom, których głównym celem była poprawa stanu zdrowia ludności, wyeliminowanie groźnych dla życia i zdrowia chorób, podwyższenie jakości oferowanych usług i dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych, zwiększenie efektywności itp. Opieka nad seniorem w systemie polskim jest połączeniem opieki zdrowotnej i społecznej z naciskiem na opiekę zdrowotną i prowadzoną przez dwa sektory. W sektorze społecznym za organizację opieki nad osobami starszymi odpowiada przede wszystkim samorząd lokalny, a także współpracujące z nim resorty zdrowia i polityki społecznej, których zadania i forma pomocy jest określona w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej. [Ustawa o pomocy społecznej] Podstawową instytucją dbającą o interesy osób w wieku podeszłym jest gminny lub miejski ośrodek pomocy społecznej, którego głównym celem jest jak najdłuższe utrzymanie samodzielności i aktywizacja do wszelkich działań mających swoje odbicie w lepszej jakości życia.

Ryc. 1. Ludność wg płci i wieku 1989 i 2014 (piramida wieku).
Fig. 1. Population according to the sex of both age 1989 and 2014 (population pyramid).



Źródło: Notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej w dniu 16.02.2016.[www4]

Formy opieki społecznej nad osobami starszymi w Polsce.

- Opieka instytucjonalna socjalna – podlega resortowi polityki społecznej. W jej skład wchodzi głównie domy pomocy społecznej przeznaczone dla osób niepełnosprawnych, chorych przewlekle, domy pobytu dziennego różnego typu.
- Opieka otwarta – obejmuje świadczenia usług opiekuńczych, związane z pomocą w domu osobie w wieku podeszłym przez pracowników miejskich lub gminnych ośrodków pomocy społecznej bądź organizacji pozarządowych (m.in. PCK, Polski Związek Osób Niepełnosprawnych), pracowników agencji lub praktyk pielęgnacyjno-opiekuńczych.
- Pomoc osobom starszym, które samotnie przebywają w domu, obejmuje świadczenia z zakresu dostarczania posiłków, codziennego funkcjonowania (pranie, sprzątanie, gotowanie), funkcjonowania poza domem (dotyczy pomocy w sprawach urzędowych), a także usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne.
- Opieka stacjonarna środowiskowa otwarta – świadczona jest w ośrodkach pobytu dziennego. Głównym celem jest odciążenie rodziny od sprawowania opieki nad osobą starszą przez całą dobę. W ośrodku pacjent zapewnione ma posiłki, zabiegi: higieniczne, opiekuńczo-rehabilitacyjne, rekreacyjno-kulturalne.
- Pomoc społeczno-środowiskowa – jej główną formą jest dzienny dom pomocy społecznej, który łączy w sobie cechy ośrodka pobytu dziennego z domem pomocy społecznej. Dzienny dom przeznaczony jest dla osób starszych, które ze względów rodzinnych, zdrowotnych, materialnych, nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w warunkach domowych, a zapewnienie im opieki we własnym domu jest niemożliwe.

Opieka nad seniorem w systemie ochrony zdrowia sprawowana jest w:

- zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych ogólnych,
- zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych,
- zakładach opiekuńczo-leczniczych ogólnych,
- zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych,
- hospicjach (stacjonarnych i domowych),
- oddziałach dla przewlekle chorych,
- domu pacjenta /zespoły opieki domowej.

Opieka ta wynika z ustawy dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. [Ustawa o działalności leczniczej] Szczegółowe uregulowania określone są m.in. w akcie wykonawczym do ustawy rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. [Rozporządzenie Ministra Zdrowia] Kolejny akt prawny to ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki z zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. [Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej] Artykuł 2 ww. ustawy w pkt.1 mówi, iż z opieki mogą korzystać m.in. wszyscy obywatele którzy posiadają ubezpieczenie zdrowotne; inne osoby niż ubezpieczeni, ale posiadający obywatelstwo polskie (muszą zamieszkiwać na terytorium RP), osoby z niskim statusem społeczno-ekonomicznym. Świadczenia z zakresu opieki i pielęgnacji w opiece długoterminowej realizowane są w warunkach domowych oraz stacjonarnych i finansowane są z NFZ w ramach zawartych kontraktów.

Cele pracy

Celem pracy jest przedstawienie opinii studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat zapotrzebowania na dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne w opiece długoterminowej w kontekście starzejącego się społeczeństwa.

Material i metody

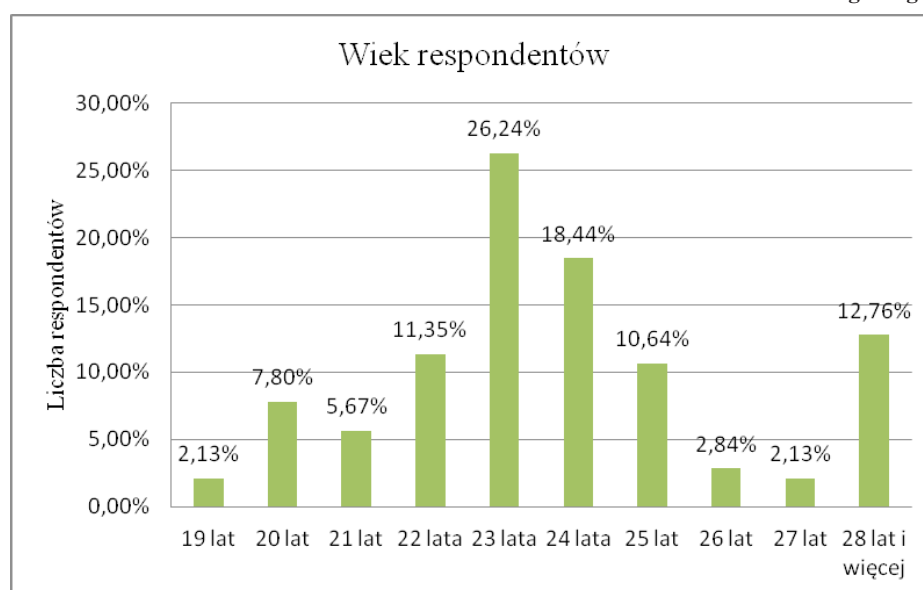
W badaniu wzięło udział 141 studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, studiujących (na różnych latach studiów) na jednym z 5 kierunków: lekarski, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne i zdrowie publiczne.

Narzędziem badawczym był anonimowy autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 21 pytań, w tym z 16 pytań jednokrotnego wyboru. Kwestionariusz był wypełniany przez respondentów dobrowolnie i samodzielnie.

Wyniki

Spośród 141 studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego najliczniejszą grupę stanowili studenci zdrowia publicznego – 53 osoby (37,59%) oraz kierunku lekarskiego – 40 osób (28,37%). Kolejno usytuowali się respondenci studiujący na kierunku pielęgniarstwo – 21 osób (14,89%). Najmniejszą grupę wśród badanych stanowili studenci położnictwa (16 osób - 11,35%) i ratownictwa medycznego (11 osób – 7,80%). (Rycina 2)

Ryc.2 Wiek respondentów.
Fig. 2 Age of respondents.

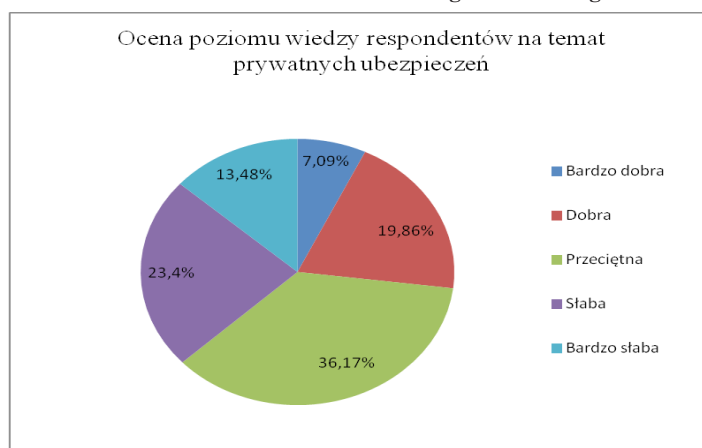


Źródło: opracowanie własne.
Source – own study.

Zdecydowaną większość spośród 141 ankietowanych stanowili studenci II stopnia studiów (63 osoby – 44,68%). Studenci studiów jednolitych magisterskich stanowili 26,95%, a studiów I stopnia – 28,37%. Ponad połowa badanych (78 osób – 55,32%) zamieszkiwała miasta liczące powyżej 500 tys. mieszkańców. 19 respondentów (13,48%) jako miejsce zamieszkania wskazało wieś. Najmniejszy odsetek ankietowanych zamieszkuje tereny miejskie od 50 tys. do 500 tys. mieszkańców – 36,17%.

51 osób (36,17%) oceniło swoją wiedzę na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jako przeciętną, 23,40% (33 osoby) jako słabą. Tylko niewielki odsetek ankietowanych posiada bardzo dużą wiedzę w tym obszarze – 10 respondentów (7,09% badanych). (Rycina 3)

Ryc. 3. Wiedza na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.
Fig. 3. Knowledge about health additional insurances.



Źródło: opracowanie własne.
Source – own study.

Możliwość wyboru z usług oferowanych przez ubezpieczyciela, popiera zdecydowana większość ankietowanych. 54,61% badanych (77 respondentów) wybrałaby połączony system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Na dodatkowe ubezpieczenia zdecydowałoby się – przy możliwości wyboru tylko jednego systemu – 29 respondentów (20,57%). Na system powszechny – 21 badanych (14,89%). 14 osób (9,93%) ankietowanych nie miało zdania w tej kwestii.

W grupie studentów, którzy chcieliby korzystać z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jako cechy zachęcające do skorzystania z nich podano – 29 (28%) osób badanych – zadowalająca dostępność, 27% określiło zakres oferowanych usług, 21% – zadowalająca jakość świadczonych usług, po 11% stan materialny i wykwalifikowana kadra. 2% badanych udzieliło odpowiedzi „inne”, wśród których znalazły się głównie: „nie chciałabym korzystać z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, uważam, że powszechne ubezpieczenie powinno pokrywać moje potrzeby zdrowotne”, „dużo krótszy czas oczekiwania”.

Pytanie o przyczynę wyboru dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego z zakresu opieki długoterminowej, było pytaniem wielokrotnego wyboru. 34% respondentów podało zabezpieczenie na starość jako główny powód wyboru dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Na dalszych pozycjach znalazła się dostępność dni i godzin pracy placówek oraz jakość świadczonych usług. Najniższy odsetek ankietowanych (4%) jako przyczynę wyboru sektora prywatnego z zakresu opieki długoterminowej zaznaczyło odpowiedź dotycząca pozytywnych rekomendacji od rodziny/znajomych oraz komunikatywny personel.

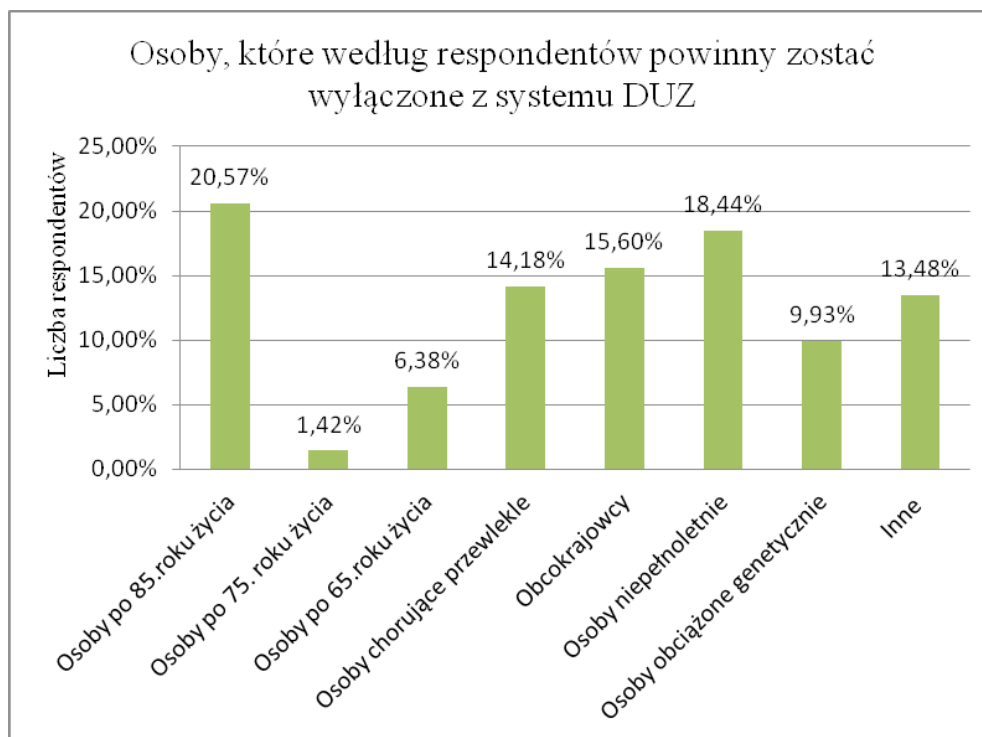
Kolejne pytanie dotyczyło zagadnienia, czy składka na powszechne ubezpieczenia zdrowotne jest adekwatna do problemów starzejącego się społeczeństwa w Polsce. Odpowiedzi na nie udzielili wszyscy ankietowani, w tym 82 osoby (64,24%) zaznaczyły, że składka na powszechne ubezpieczenie „nie” lub „raczej nie” jest adekwatna do problemów starzejącego się społeczeństwa, w tym 45 respondentów (31,91%) opowiedziało zdecydowanie „nie” a 47 osób (33,33%), że „raczej nie”. Duży odsetek respondentów nie ma zdania w tej kwestii, a odpowiedź „raczej tak” i „tak” podały 24 osoby (17,02%). Tak duże zróżnicowanie odpowiedzi może świadczyć o dużej różnicy w zakresie wiedzy na temat składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, a także o problemach starzejącej się populacji.

Wśród 141 respondentów biorących udział w badaniu 62 osoby (43,97%) stwierdziły, że wysokość składki na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne z zakresu opieki długoterminowej powinna być uzależniona od wysokości zarobków. 37 studentów (26,24%) wskazało, iż wysokość składki należy uzależnić od zakresu polisy. Na dalszych pozycjach usytuowane zostały: stan zdrowia, wiek przedemerytalny, jakość świadczonych usług. 7 osób (4,96%) zaznaczyło odpowiedź „inne”, wśród których znalazły się: masa ciała, palenie tytoniu, styl życia. Studenci udzielali też odpowiedzi, że składka uzależniona powinna być od decyzji świadczeniodawcy, a także, że powinna być stała.

Biorąc pod uwagę wiek, do jakiego należałoby płacić składkę na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, 66 osób (46,81%) twierdzi, że składka na ubezpieczenie dodatkowe powinna być opłacana przez pacjentów poniżej 55. roku życia, 39 respondentów (27,66%) uważała, że składką powinny zostać objęte osoby od 56 do 60 roku życia. Żadna spośród osób biorących udział w badaniu nie odpowiedziała, że składka na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne powinna być opłacana przez osoby powyżej 81. roku życia. Taki schemat udzielanych odpowiedzi świadczyć może o tym, że im późniejszy wiek opłacania składki, tym mniejszy jest zakres świadczeń gwarantowanych, z powodu zbyt niskich środków pieniężnych nieadekwatnych do potrzeb zdrowotnych starszych ludzi.

29 respondentów (20,57%), poproszonych o wskazanie, kto powinien być wyłączony z systemu dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (DUZ), stwierdziło, że powinny być to osoby po 85. roku życia, ze względu na zazwyczaj duże zapotrzebowanie na kapitałochłonne i specjalistyczne procedury medyczne, a także długotrwałe leczenie. 26 badanych (18,44%) uważa, że z systemu DUZ należy wykluczyć osoby niepełnoletnie, 22 badanych (15,60%) wykluczyłoby obcokrajowców. Osoby chorujące przewlekłe wykluczyłoby 20 respondentów (14,18%), 19 respondentów (13,48%) zaznaczyło odpowiedź „inne”, wśród których znalazły się opcje: „nikt nie powinien być wyłączony”, „każdy ma prawo posiadać ubezpieczenie dodatkowe”, „osoby niezainteresowane systemem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych”, „osoby młode pełnoletnie”, „osoby chorujące przewlekłe ze swojej winy np. palacz z POChP”, „nie mam zdania”. Najmniej – 1,42% respondentów zaznaczyło wykluczenie osób po 75. roku życia. (Rycina 4).

Ryc. 4. Osoby które powinny być wyłączone z systemu dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
Fig. 4. Persons which should be excluded from the system of the additional health insurance.



Źródło: opracowanie własne.
Source – own study.

25% respondentów stwierdziło, że osoby po 65. roku życia, chorujące przewlekle, powinny: być leczone w domu, pod opieką lekarza rodzinnego (120 badanych), być w zakładach: zakładzie leczenia otwartego, zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej (103 badanych – 22%), być w domu pod opieką rodziny (97 badanych – 21%). Ta opieka finansowana powinna być w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kolejne zagadnienie objęte pytaniem, czy opieka długoterminowa powinna być ujęta w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. 107 respondentów uważało, iż opieka długoterminowa powinna być „tak i raczej tak” ujęta w zakresie dodatkowych ubezpieczeń, w tym „tak” zaznaczyły 44 osoby (31,21%). 63 osoby badane (44,68%) uważały, że opieka długoterminowa „raczej” powinna być ujęta w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Wyniki mogą świadczyć o wysokiej świadomości respondentów na temat opieki nad starzejącym się społeczeństwem i zapotrzebowania na świadczenia medyczne z tego zakresu. 21 ankietowanych (14,9%) zaznaczyło odpowiedź „nie” i „raczej nie”, w tym 15 osób (10,64%) opowiedziało się po stronie odpowiedzi „raczej nie”, a 6 (4,26%) stwierdziło, że opieka długoterminowa „nie powinna” być ujęta w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. 13 studentów (9,22%) nie miało zdania w tej kwestii.

Pytanie dotyczące posiadania przez studentów dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych miało na celu oszacowanie liczby respondentów posiadających takie ubezpieczenie. Odpowiedzi udzielali wszyscy respondenci. 111 studentów (78,72%) nie posiada dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, co związane było wg nich przede wszystkim z młodym wiekiem, a także brakiem pracy. 30 osób (21,28%) posiadało takie ubezpieczenie.

Wybrane pytania zostały poddane analizie statystycznej, której głównym celem było wykazanie zależności bądź ich braku pomiędzy kilkoma problemami badawczymi. W tym celu użyto nieparametrycznego testu niezależności chi-kwadrat. Analizie zostały poddane tylko pytania jednokrotnego wyboru, gdyż test ten nie mierzy zależności pomiędzy pytaniami wielokrotnego wyboru. Poziom istotności wynosił 0,05, czyli prawdopodobieństwo popełnienia błędu pierwszego rodzaju jest równe 5%.

Pierwszy problem obejmował zagadnienie: „wiedza na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dostępnych w Polsce a wpływ na decyzję odnośnie ich zakupu”. Wartość p testu chi-kwadrat wyniosła 0,398, co świadczy, że poziom istotności 0,05 wskazuje na brak zależności. Wynika z tego, że wiedza respondentów na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oferowanych przez polski rynek ubezpieczeniowy nie wpływa na decyzję odnośnie ich zakupu.

Kolejna hipoteza zakładała, iż „wiedza na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dostępnych w Polsce nie zależy od kierunku studiów respondentów”. Wartość p testu chi-kwadrat wyniosła 0,001, co oznacza, że hipotezę należy odrzucić. Braku zależności na przyjętym poziomie istotności 0,05. Istnieje zależność pomiędzy kierunkiem studiów respondentów a wiedzą na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dostępnych w Polsce.

Następna hipoteza obejmowała „wiedzę na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dostępnych w Polsce w zależności od miejsca zamieszkania”. W tym przypadku wartość p testu chi-kwadrat dla powyższej hipotezy wyniosła 0,5046, co świadczyło o tym, że należy przyjąć hipotezę o braku zależności na przyjętym poziomie istotności 0,05. Wiedza na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dostępnych w Polsce nie zależy od miejsca zamieszkania respondentów.

Wartość p testu chi-kwadrat dla hipotezy dotyczącej „adekwatności wysokości składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w kontekście starzejącego się społeczeństwa nie wpływa na wybór dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych” wyniosła 0,297, co świadczy o braku zależności na przyjętym poziomie istotności 0,05. Czyli adekwatność wysokości składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w kontekście starzejącego się społeczeństwa wpływa na wybór dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych przez badanych.

Kolejny problem dotyczył „adekwatności wysokości składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w kontekście starzejącego się społeczeństwa w zależności od miejsca zamieszkania”. Wartość p testu chi-kwadrat wyniosła 0,243 na poziomie istotności wyniosł 0,05, co pozwoliło wykazać, iż nie istnieje zależność pomiędzy adekwatnością wysokości składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w kontekście starzejącego się społeczeństwa a miejscem zamieszkania respondentów.

Następna hipoteza brzmiała „uzależnienie poziomu składki na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne z zakresu opieki długoterminowej nie zależy od kierunku studiów”. Wartość p testu chi-kwadrat wyniosła

0,694, co świadczy, że na przyjętym poziomie istotności 0,05 należy przyjąć brak zależności. Opinia respondentów na temat uzależnienia poziomu składki na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej nie zależy od miejsca zamieszkania.

Wartość p testu chi-kwadrat dla hipotezy „Zdanie respondentów na temat wyłączenia z systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zależy od miejsca zamieszkania” wyniosła 0,797, co oznacza, że na przyjętym poziomie istotności 0,05 należy przyjąć hipotezę o braku zależności. Opinia respondentów na temat wyłączenia z systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie zależy od ich miejsca zamieszkania.

Dyskusja

W polskim systemie opieki zdrowotnej istnieje wiele źródeł finansowania świadczeń medycznych m.in.: gospodarstwa domowe, Narodowy Fundusz Zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego czy sektora ubezpieczeń prywatnych, dodatkowych.

Finansowanie opieki długoterminowej jest bardzo trudnym zadaniem, w szczególności ze względu na problemy dotyczące koordynacji i nierozsądne rozdzielanie środków, których wysokość nie jest adekwatna do potrzeb. Wydatki na opiekę długoterminową podawane są w relacji do PKB, aby umożliwić sprawną porównywalność z innymi krajami, co przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1. Przewidywane prognozy PKB na opiekę długoterminową w wybranych państwach europejskich na lata 2004-2050

Table 1. Predicted forecasts GDP for the long-term care in chosen European countries for years 2004-2050

	Prognozowane wydatki na opiekę długoterminową (% PKB) Projected expenses on the long-term care (% GDP)					
	2004	2010	2020	2030	2040	2050
Holandia	0,5	0,5	0,5	1,4	1,6	2,0
Niemcy	1,0	1,0	1,2	1,4	1,6	2,0
Szwecja	3,8	3,7	3,7	4,9	5,2	5,5
Wielka Brytania	1,0	1,0	1,1	1,3	1,5	1,8
Czechy	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7
POLSKA	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Unia Europejska	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zielona Księga, Opieka długoterminowa w Polsce. [Augustyn, 2009a]

Polska na tle innych państw europejskich wypada najgorzej pod względem wysokości PKB przeznaczanego na opiekę długoterminową. Wynika to m.in. z małych nakładów na ten typ opieki i słabej alokacji środków. Spośród przedstawionych państw najlepiej wypada Szwecja oraz Niemcy, m.in. ze względu na wysokie dochody obywateli. Łatwo zauważyć, że dynamika przyrostu PKB z dekady na dekadę będzie wprost proporcjonalna do zwiększającej się liczby osób starszych w wieku 65+. Przyrost z 0,1% do 0,2% PKB obrazuje, że państwo Polskie nie przywiązuje dużej wagi do świadczeń opieki długoterminowej.

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę długoterminową potwierdzają tezę o małej ilości środków przeznaczonych na zapewnienie dobrego poziomu leczenia. W ostatnich latach zauważyć można zwiększenie skali wydatków na ten rodzaj opieki, co spowodowane może być m.in. polepszeniem sytuacji gospodarczej czy zmniejszeniem bezrobocia, ale także podniesieniem wynagrodzeń, co ma swoje odbicie we wzroście wysokości wpłat uiszczanych na ubezpieczenie zdrowotne. Istnieje ryzyko, że w razie zmniejszenia tempa wpływów lub ilości środków do Narodowego Funduszu Zdrowia, okrojone zostaną fundusze na procedury mniej rozpowszechnione, jakimi są świadczenia opieki długoterminowej. Wydatki z NFZ na ochronę zdrowia ogółem z roku na rok ulegają zwiększeniu, tak samo i wydatki na opiekę dla seniorów. Jednak dynamika wzrostu różni się znacznie w tych dwóch przypadkach. Przyrost wydatków ogółem jest znacznie szybszy i wyższy niż wydatków na opiekę długoterminową. Największą część środków pochłaniają kontrakty z oddziałami geriatrycznymi (ich liczba w Polsce niestety wciąż jest niewielka), zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgniacyjno-opiekuńczymi. [Augustyn, 2009b]

System opieki zdrowotnej w Polsce często nie jest w stanie zapewnić pacjentom dostępu do wielu świadczeń medycznych, co spowodowane jest przede wszystkim dużo większym zapotrzebowaniem, niż liczba oferowanych usług. Długie kolejki, nadkonsumpcja ze strony pacjentów, często niska jakość oferowanych świadczeń, słaba dostępność to tylko niektóre z przyczyn skłaniających Polaków do ubezpieczenia się w sektorze prywatnym. Dodatkowo, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne oferuje pacjentowi niemal natychmiastową pomoc, bez długiego czasu oczekiwania, świadczenia najwyższej jakości, zdecydowanie lepszą dostępność niż w przypadku oferującego usługi sektora publicznego. Dodatkowo ubezpieczenia zdrowotne w Polsce charakteryzują się m.in. tym, że obejmują najczęściej klientów grupowych, pozyskiwanych w miejscach pracy (około 400 tysięcy osób). Taka forma ubezpieczeń ma charakter suplementarny, czyli równoległy do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Często jest to węższy zakres ubezpieczenia niż system powszechny – umożliwiają ubezpieczenie się tylko od konkretnych ryzyk, które wymagają opieki medycznej. Najczęściej zabezpieczają opiekę ambulatoryjną, w znacznie mniejszym stopniu leczenie szpitalne, a świadczenia opieki medycznej realizowane są na podstawie kontraktów zawieranych z prywatnymi firmami specjalizującymi się w udzielaniu świadczeń medycznych i szpitalami. Polska Izba Ubezpieczeń, bazując na raporcie „Private health insurance in the European Union”, podzieliła ubezpieczenia na:

- uzupełniające (komplementarne),
- równoległe (suplementarne),
- substytucyjne oraz
- bazowe.

W Polsce społeczeństwo ma możliwość korzystania z ubezpieczeń suplementarnych, zapewniających szybszy dostęp do świadczeń. Pozostałe trzy rodzaje charakterystyczne są dla państw Unii Europejskiej. Wymienione rodzaje ubezpieczeń wypełniają luki w świadczeniach sektora publicznego, który nie pokrywa wielu świadczeń bądź dostęp do nich jest utrudniony z racji dużego zapotrzebowania.[www2]

Ubezpieczenia suplementarne, nazywane często równoległymi pozwalają na znacznie szybszy dostęp do świadczeń, które oferowane są przez sektor publiczny. Zakres świadczeń objętych ofertą bardzo często nie odbiega od koszyka świadczeń gwarantowanych przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Pacjenci decydują się na te ubezpieczenia najczęściej z powodu wyższej jakości świadczeń, lepszej dostępności, a także dwóch tych czynników razem. W sytuacji, gdy ubezpieczony potrzebuje usługi medycznej oferowanej przez sektor publiczny, a nie otrzymuje jej z powodu niezadowalającej jakości lub niedostępności świadczenia, często podejmuje decyzje dotyczące dodatkowego suplementarnego ubezpieczenia się. W praktyce pacjent płaci podwójnie za to samo świadczenie – w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz w ramach prywatnego ubezpieczenia suplementarnego, dzięki któremu ma nieograniczony, znacznie szybszy dostęp do świadczeń wysokiej jakości. Tego typu ubezpieczenia prywatne występują w Polsce, Wielkiej Brytanii i Irlandii.

W przypadku ubezpieczenia komplementarnego pacjent decyduje się na jego zakup w momencie, gdy ma ograniczony dostęp do świadczeń sektora publicznego. Z taką sytuacją spotykamy się, gdy dane świadczenie/ procedura medyczna została wyłączona z koszyka świadczeń gwarantowanych przez ubezpieczenie publiczne, bądź wymaga współpłacenia ze strony pacjenta. Ubezpieczenie uzupełniające rozwiązuje w 100% problem związany z dostępnością do tego typu usług zdrowotnych. Często w celu ograniczenia nadkonsumpcji ze strony pacjenta świadczeń bezpłatnych (tzw. hazardu moralnego), narzuca się niewielką współpłatność. Ubezpieczenia uzupełniające charakteryzują system opieki zdrowotnej w Danii, Francji, Słowenii, Holandii oraz Irlandii. [www2]

Ubezpieczenia substytucyjne obejmują osoby, które zostały wyłączone z dostępu do świadczeń ochrony zdrowia oferowanych przez sektor publiczny lub mają pełne prawo do rezygnacji z uczestnictwa w tym systemie, przy jednoczesnym obowiązku wyposażenia się w ubezpieczenie zdrowotne. Zapewnia ochronę tożsamą, bądź znacznie wyższą od tej istniejącej w systemie publicznym. Stanowi zastępstwo w stosunku do ubezpieczenia zdrowotnego społecznego. Spotykane są w Niemczech, gdyż jest to jedno z nielicznych państw, gdzie można odejść z sektora publicznego. [www2]

Ubezpieczenia bazowe występują, kiedy firma prywatna zajmuje się wypełnianiem obowiązków ubezpieczenia powszechnego. „Jest to najdalej idąca forma prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, które pełni funkcję realizowaną dotychczas przez społeczne ubezpieczenie zdrowotne”. [www2] Najczęściej charakterystyczne są one dla systemu opieki zdrowotnej w Holandii.

Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie zapewnia równego dostępu do świadczeń dla wszystkich obywateli. Z dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych mogą korzystać tylko osoby, które na to stać. Osoby z bardzo niskim dochodem, biedniejsze, zazwyczaj są wykluczone z możliwości korzystania ze świadczeń oferowanych przez prywatnych ubezpieczycieli, ze względu na zbyt wysokie składki ubezpieczeniowe w porównaniu z dochodem. Zjawisko negatywnej selekcji, polegające na oferowaniu prywatnych ubezpieczeń osobom młodym i zdrowym, powoduje utrudnienie dostępu (nierzadko całkowite wykluczenie) do świadczeń prywatnych osobom niepełnosprawnym, starszym a także z grup wyższego ryzyka.

Ubezpieczenia suplementarne z kolei powodują problemy w dostępności do świadczeń. Osoby posiadające prywatne ubezpieczenie są przyjmowane do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty, praktycznie bez oczekiwania. Powoduje to wydłużanie się kolejek w systemie publicznym. Często pacjenci korzystają z ubezpieczeń suplementarnych, aby ominąć długie kolejki. Istotnym problemem wynikającym z istnienia ubezpieczeń suplementarnych jest zakłócenie alokacji puli świadczeń publicznych. Sytuacja taka ma miejsce w momencie, gdy nie zostały określone jasno granice między świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych i prywatnych realizowanych przez konkretnego świadczeniodawcę.

Istotnym problemem sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest nieodpowiednie dostosowanie pakietu świadczeń do potrzeb pacjenta. Zazwyczaj sytuacja taka zostaje zweryfikowana w chwili zapotrzebowania ze strony chorego na dane świadczenie, które nie zostało objęte wykupionym abonamentem, czy polisą. Rodzi to nieufność i zraża inne osoby do korzystania z usług oferowanych przez towarzystwo ubezpieczeniowe. Często pacjenci opłacają składki nieadekwatne do poziomu ryzyka zdrowotnego wynikającego z wieku i stanu zdrowia.[www3]

Jednym z zarzutów stawianych sektorowi prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest zabieranie z sektora publicznego dobrze wykwalifikowanych specjalistów medycznych. Zdecydowanie częściej wybierają prywatny system opieki zdrowotnej, gdyż oferuje im znacznie wyższe wynagrodzenie za pracę, niż system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. [www2]

Korzyści wynikające z istnienia systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wynikają z faktu, iż system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w dużej mierze odciąża sektor publiczny. Z roku na rok zwiększa się odsetek osób korzystających z grupowych, bądź indywidualnych ubezpieczeń oferowanych przez prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe. Pacjenci, pomimo opłacania składki w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, bardzo często posiadają wykupioną polisę lub abonament i nie korzystają ze świadczeń oferowanych przez system publiczny. Dzięki temu system publiczny jest w stanie zaoszczędzić rocznie nawet do 750 mln zł, przy założeniu, że prywatne ubezpieczenie posiada około 2,5 mln Polaków. [www2] Prywatne ubezpieczenie oferuje pacjentowi znacznie lepszą dostępność niż system publiczny a w zakres świadczeń oferowanych przez ubezpieczyciela wchodzi opieka ambulatoryjna, specjalistyczna, wizyty domowe, hospitalizacja. [www1] Wzrost konkurencji pomiędzy towarzystwami ubezpieczeniowymi powoduje rozszerzanie oferowanych usług. Prywatni świadczeniodawcy, aby zachęcić do korzystania z usług, poddają modernizacji placówki opieki zdrowotnej w celu zapewnienia świadczeniobiorcom jak najwyższych standardów obsługi. [www5]

Sektor publiczny boryka się z wieloma problemami dotyczącymi głównie dostępności do procedur medycznych, jakości oferowanych usług, starzeniem się społeczeństwa i wzrostem zapotrzebowania na opiekę medyczną senioralną.

Organizacja opieki długoterminowej w Polsce jest bardzo dużym problemem, który związany jest przede wszystkim ze zjawiskiem starzejącego się społeczeństwa. System opieki zdrowotnej nie jest przygotowany na udzielanie świadczeń osobom w wieku podeszłym, których z roku na rok będzie przybywać. Bardzo długi czas oczekiwania na świadczenia, niedostosowanie liczby procedur do realnych potrzeb, brak oddziałów geriatrycznych i lekarzy geriatrów to tylko niektóre z problemów systemu. Także dla osób w wieku podeszłym powinna być zapewniona specjalistyczna opieka.

Publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce od wielu lat boryka się z problemem nadkonsumpcji świadczeń ze strony pacjenta, coraz dłuższymi kolejkami do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów, niedostosowaniem oferowanych świadczeń do realnych potrzeb społeczeństwa, a także znacznie ograniczonym budżetem niepozwalającym na zapewnienie wysokospecjalistycznej opieki osobom w wieku podeszłym. Opieka długoterminowa jest kapitałochłonnym sektorem ze względu na współistnienie wie-

lu chorób, wymagających często bardzo drogiego leczenia i zastosowania wysokospecjalistycznych zabiegów. System opieki zdrowotnej w Polsce nie dysponuje szpitalami z oddziałami geriatrycznymi, a kadra lekarzy geriatrów jest bardzo znikoma.

Coraz większy odsetek społeczeństwa w celu zapewnienia sobie lepszej dostępności i wyższej jakości świadczeń, decyduje się na sektor ubezpieczeń prywatnych. Niestety, charakteryzuje go brak regulacji prawnych, co znacznie utrudnia obywatelom podejmowanie decyzji o ubezpieczeniu się w tym sektorze. Rynek ubezpieczeń dodatkowych regulowany jest jedynie przez ustawę o działalności ubezpieczeniowej, charakteryzującą się bardzo dużym uogólnieniem. Składki na ubezpieczenia prywatne oferowane na polskim rynku są bardzo zróżnicowane, ale dla dużej części społeczeństwa są zdecydowanie za wysokie, co powoduje wykluczenie z możliwości korzystania ze świadczeń opieki medycznej prywatnej. Wiele państw europejskich zorganizowało swoje systemy w taki sposób, aby każdy z obywateli miał możliwość udziału w sektorze prywatnym bez względu na stan zdrowia i wysokość dochodu.

Przeprowadzone badanie kwestionariuszowe wśród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pozwoliło poznać ich opinię na temat sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Zdecydowany odsetek respondentów charakteryzuje się przeciętną wiedzą na ten temat, a ponad połowa ankietowanych chciałaby korzystać z sektora prywatnego i publicznego jednocześnie, ze względu na niedostępność wielu usług w koszyku świadczeń gwarantowanym przez system publiczny. Wysoka jakość świadczeń, wykwalifikowana kadra medyczna, dobra dostępność i szeroki zakres oferowanych usług to główne przesłanki wyboru dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Na przestrzeni lat można zauważyć, że coraz więcej osób decyduje się na sektor prywatny, często w celu zabezpieczenia się na przyszłość. Według studentów wysokość składki powinna być uzależniona od wysokości dochodu i zakresu polisy.

Sytuacja demograficzna w Polsce w znacznym stopniu przyczynia się do rozpowszechnienia systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Wiele osób, często z powodu długich kolejek, decyduje się na wykupienie polisy, bądź abonamentu medycznego. Także świadomość starzenia się społeczeństwa wpływa na większe zainteresowanie sektorem prywatnym, który w dużej mierze gwarantuje znacznie lepszy dostęp do opieki specjalistycznej, niż sektor publiczny.

Wnioski

Przeprowadzone analizy pozwoliły na wyciągnięcie wielu istotnych wniosków.

1. Stan wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w żaden sposób nie wpływa na ich decyzje odnośnie korzystania z sektora prywatnego. Główną przyczyną takiego stanu może być słabe zainteresowanie rynkiem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, wynikające m.in. z młodego wieku respondentów, ale także dobrego stanu zdrowia.
2. Kierunek studiów ma duże znaczenie w odniesieniu do korzystania z sektora ubezpieczeń prywatnych. Studenci Zdrowia Publicznego posiadają większą wiedzę na temat ubezpieczeń dodatkowych, co związane jest z ich profilem kształcenia. Świadomość wyboru prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w żaden sposób nie jest związana z miejscem zamieszkania badanych.
3. Kierunek studiów i miejsce zamieszkania ankietowanych nie wpływają również na ich zdanie odnośnie czynników wpływających na uzależnienie składki na dodatkowe prywatne ubezpieczenie zdrowotne z zakresu opieki długoterminowej. Respondenci nie wykazywali istotnych różnic w odpowiedziach, co świadczyć może o kwestiach indywidualnych. Część z nich uzależniłaby wysokości składki od wysokości zarobków, stanu zdrowia, wieku przedemerytalnego, zakresu polisy czy od jakości świadczonych usług i ich dostępności.

Piśmiennictwo

1. Augustyn M. (red.). 2009. *Przewidywane wydatki na opiekę długoterminową w PKB w wybranych krajach w latach 2004–2050*. Warszawa: 138.
2. Augustyn M. 2009. *Opieka długoterminowa w Polsce Opis, diagnoza, rekomendacje*. Warszawa: Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej: 139-140.

3. Kulik T.B., Pacian A. 2014. *Zdrowie Publiczne.*, Warszawa: Wydawnictwo PZWL: 359-360.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. poz. 731).
5. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593 z późn.zm).
6. Ustawa dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 653 z późn. zm).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki z zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
8. www.biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_04/i-1058.pdf data korzystania: 20.04.2016 r., godz. 18:02.
9. www.piu.org.pl. Polska Izba Ubezpieczeń. 2011. *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków – kluczowe tezy i rekomendacje, opracowanie przygotowane we współpracy ze Związkiem Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych.* Wydawnictwo INFARMA: 26 – 101.
10. www.rzu.gov.pl/files/20761_5273_Marta_Borda_Wybrane_aspekty_funkcjonowania_prywatnych_ubezpieczen_zdrowotnych_w_krajach_europejskich_Rozprawy_Ubezpi.pdf data korzystania: 20.04.2016 r., godz. 20:15.
11. www.stst.gov.pl 23.XI 2016
12. www.ubezpieczenie.com.pl/drukuj_artykul/31,462.html data korzystania: 20.04.2016 r., godz. 22:15.