

Wykształcenie a zdrowie

– czynniki warunkujące korzystanie ze świadczeń zdrowotnych wśród podopiecznych Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych

Włodzimierz Stelmach, Wojciech Bielecki, Marek Baryła, Krystyna Kaczmarczyk-Chałas, Wojciech Drygas

Jednym z podstawowych zadań systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie opieki medycznej wszystkim osobom jej potrzebującym. W żadnym kraju nie udało się wypracować idealnego modelu opieki zdrowotnej; niezależnie od rodzaju funkcjonującego systemu powszechna jest opinia o niedostatecznym finansowaniu opieki zdrowotnej i wszędzie podnoszony jest problem optymalizacji procesu wykorzystywania zasobów i racjonalizacji kosztów.

Prawidłowe rozpoznanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, których odzwierciedleniem jest zapotrzebowanie na usługi medyczne, wyrażone m.in. poziomem korzystania ze świadczeń zdrowotnych, stanowi *conditio sine qua non* optymalnej alokacji i wykorzystania środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. Z kolei, zarówno potrzeby zdrowotne, jak i zapotrzebowanie na usługi medyczne zależą od wielu czynników, np. ekonomicznych (poziom dochodów, cena usługi), społeczno-demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie) oraz zdrowotnych. Zwłaszcza poziom wykształcenia uznawany jest za najważniejszą pojedynczą zmienną, formującą postawę i zachowania wobec zdrowia i choroby. Według niektórych autorów, wykształcenie należy do najsilniejszych, pojedynczych wskaźników stanu zdrowia. W świetle publikowanych badań, osoby zajmujące wysoką pozycję społeczno-ekonomiczną, charakteryzują się na ogół dobrym zdrowiem i mają większą szansę na długie życie.

W ramach realizacji Programu WHO CINDI (*Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme*) kierownictwo Programu CINDI w Polsce, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej AM w Łodzi, Zespół Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych w Łodzi oraz Łódzka Regionalna Ka-

sa Chorych (dziś jest to łódzki oddział NFZ) podjęły empiryczną próbę oceny czynników ekonomiczno-społecznych, mogących warunkować korzystanie z usług medycznych, ale także poziom oferowanych świadczeń.

Materiał i metody

Metodyka badania, sposób wyłonienia reprezentatywnej próby badanych, system zaproszeń oraz zasady prowadzenia badań socjomedycznych, analitycznych i lekarskich zostały przygotowane zgodnie ze standardem metodologicznym, zalecanym przez WHO w realizacji programu CINDI. Badaniem objęto losowo wyłonioną grupę 2 tys. kobiet i 2 tys. mężczyzn w wieku 18–64 lat, podopiecznych ŁRKCh. Do ostatecznego opracowania informatyczno-statystycznego zakwalifikowano 1 857 kwestionariuszy. Zmodyfikowany kwestionariusz wywiadu, obok pytań związanych z ogólną oceną obowiązującego w momencie realizacji badania systemu świadczeń zdrowotnych, zawierał następujące bloki tematyczne:

- wywiad chorobowy, dotyczący rozpoznania choroby przewlekłej (nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, choroby wieńcowej, reumatycznego zapalenia stawów, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, rozemy płuc, przewlekłego zapalenia

oskrzeli, astmy oskrzelowej, chorób żołądka i dwunastnicy, choroby nowotworowej);

- częstość korzystania z porad lekarskich (lekarza rodzinnego, nieodpłatnych i odpłatnych wizyt u lekarzy specjalistów) w ciągu ostatnich 12 mies. przed badaniem;
- *quality of live*, czyli symptomy tzw. choroby funkcjonalnej, używki oraz aktywność fizyczną;
- tzw. cechy metryczkowe (w tym poziom wykształcenia, i dochód *per capita* w rodzinie).

W poprowadzonej analizie wyodrębniono 5 kategorii wykształcenia, tj. podstawowe, zasadnicze, średnie, pomaturalne i wyższe; wysokość dochodu netto liczonego na głowę w rodzinie odnosiła się do 6 kategorii: do 300 PLN, pow. 300–500 PLN, pow. 500–700 PLN, pow. 700–1 000 PLN, pow. 1 000–1 500 PLN oraz pow. 1 500 PLN.

Struktura badanej zbiorowości

Wśród badanych przeważali mężczyźni, stanowiąc 54,5 proc. ogółu respondentów. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w średnim wieku (łącznie grupa osób w wieku 35–54 lata wyczerpywała 42 proc. ogółu). Dominantę stanowili respondenci z wykształceniem średnim (41,5 proc.); osoby deklarujące wykształcenie zasadnicze zawodowe stano-

wiły blisko czwartą część ogółu (24,1 proc.), podstawowe – 12,5 proc., pomaturalne – 6,5 proc., zaś 15,4 proc. badanych legitymowało się wykształceniem wyższym. Ze względu na określany przez badanych poziom przeciętnego miesięcznego dochodu netto liczonego na głowę w rodzinie, dominowali respondenci wskazujący kwotę między pow. 300 do 500 PLN; kategoria między pow. 500 a 700 PLN stanowiła 25,1 proc., między pow. 700 a 1 000 PLN 20,2 proc. Dochody przekraczające 1 000 PLN deklarowało łącznie 13,6 proc.; podobny odsetek (13,7 proc.) badanych określał ów dochód na poziomie niższym niż 300 PLN.

Analiza statystyczna

Wykorzystano regresję logistyczną w modelu jedno- i wieloczynnikowym, dla oceny równoczesnego wpływu wieku, płci, wykształcenia i dochodu badanej populacji i wytypowania spośród nich najsilniejszych predyktorów korzystania z różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Dla potrzeb analizy statystycznej poziom wykształcenia i dochodu przekształcono do zmiennych dwustanowych (wykształcenie: podstawowe, zasadnicze i średnie, wyższe; dochód: do 500 PLN i powyżej). Korzystanie z różnego rodzaju usług medycznych (zmiennie zależne) zestawiono z wiekiem – zmienna ciągła, płcią, wykształceniem i dochodem (zmiennie niezależne). Hipotezę zerową o braku wpływu rozpatrywanych parametrów na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych odrzucono przy poziomie $\alpha < 0,05$. Analizę wykonano przy użyciu programu STATISTICA ver 6.0.

Wyniki

Hospitalizacja

Wykazano istotny związek pomiędzy korzystaniem z hospitalizacji a wiekiem i poziomem dochodów. Starszy wiek respondentów zwiększa częstość hospitalizacji (OR 1,02, 95 proc. CI 1,01–1,03) natomiast wyższy poziom dochodów zmniejsza częstość hospitalizacji (OR 0,69, 95 proc. CI 1,52–1,92) (tab. 1.). W modelu wieloczynnikowym regre-

Tab. 1. Związek pomiędzy korzystaniem ze świadczeń medycznych - hospitalizacja, wizyty u lekarza rodzinnego, wizyty u specjalisty (nieodpłatne), wizyty u specjalisty (odpłatne) określonych jako zmiennie zależne a wiekiem (zmienna ciągła), płcią, wykształceniem, dochodem w modelu jednoczynnikowym regresji logistycznej

	Wiek (1)	Płeć (2)	Wykształcenie (3)	Dochód (4)
Hospitalizacja				
OR (iloraz szans)	1,02	1,16	0,98	0,69
-95 proc. CI	1,01	0,88	0,64	0,52
+95 proc. CI	1,03	1,55	1,51	0,92
P	0,0001	0,2964	0,9389	0,0101
Wizyty u lekarza rodzinnego				
OR (iloraz szans)	1,02	1,47	0,95	1,23
-95 proc. CI	1,02	1,19	0,78	1,02
+95 proc. CI	1,03	1,80	1,14	1,49
P	0,0001	0,0003	0,5666	0,0276
Wizyty u specjalisty (nieodpłatne)				
OR (iloraz szans)	1,02	1,51	1,12	1,17
-95 proc. CI	1,01	1,20	0,90	0,95
+95 proc. CI	1,03	1,89	1,39	1,44
P	0,0001	0,0003	0,3026	0,1341
Wizyty u specjalisty (odpłatne)				
OR (iloraz szans)	0,99	1,98	2,46	1,41
-95 proc. CI	0,99	1,44	1,80	1,07
+95 proc. CI	1,00	2,74	4,37	1,86
P	0,2793	0,0001	0,0001	0,0138

Iloraz szans z 95-proc. przedziałem ufności korzystania ze świadczeń medycznych

(1) dla wieku (wzrost o jeden rok)

(2) dla płci (żeńską)

(3) dla poziomu wykształcenia (wyższy poziom)

(4) dla dochodu (wyższy dochód)

sji logistycznej wykazano niezależny związek pomiędzy korzystaniem z hospitalizacji a wiekiem (OR 1,02, 95 proc. CI 1,01–1,03) i poziomem dochodów (OR 0,63, 95 proc. CI 0,47–0,84). Osoby starsze, deklarujące niskie dochody częściej korzystały z opieki stacjonarnej (tab. 2.).

Opieka ambulatoryjna

Obserwacja danych odnoszących się do tego rodzaju opieki wykazała, iż z usług lekarzy rodzinnych chętniej korzystały osoby starsze (OR 1,02, 95 proc. CI 1,02–1,03), kobiety (OR 1,47, 95 proc. CI 1,19–1,80) i osoby o wyższych dochodach (OR 1,23, 95 proc. CI 1,02–1,49) (tab. 1.). W analizie wieloczynnikowej wykazano statystycznie istotną zależność pomiędzy wiekiem (OR 1,02, 95 proc. CI 1,01–1,03) i płcią (OR 1,52, 95 proc. CI 1,23–1,89) respondentów a korzystaniem z porad lekarzy rodzinnych (tab. 2.); kobiety w starszym wieku częściej korzystały z porad lekarza rodzinnego.

Usługi specjalistyczne

Analiza częstości korzystania z nieodpłatnych specjalistycznych świadczeń wykazała zależność pomiędzy wiekiem (OR 1,02, 95 proc. CI 1,01–1,03) i płcią (OR 1,51, 95 proc. CI 1,20–1,89); z tego rodzaju świadczeń częściej korzystały osoby starsze oraz kobiety. Regresja logistyczna w modelu wieloczynnikowym również wykazała, że wiek (OR 1,02, 95 proc. CI 1,01–1,03) i płeć (OR 1,56, 95 proc. CI 1,24–1,97) są zmiennymi predyktorami częstości korzystania z nieodpłatnych świadczeń specjalistycznych; starsze kobiety częściej korzystały z tej formy opieki (tab. 2.).

Z odpłatnych usług lekarzy specjalistów częściej korzystały kobiety (OR 1,98, 95 proc. CI 1,44–1,74), osoby deklarujące wyższy poziom wykształcenia (OR 2,46, 95 proc. CI 3,37–1,80) oraz wyższy poziom deklarowanych dochodów (OR 1,41, 95 proc. CI 1,07–1,86). W modelu wieloczynnikowym zmiennymi

Tab. 2. Związek pomiędzy korzystaniem ze świadczeń medycznych – hospitalizacja, wizyty u lekarza rodzinnego, wizyty u specjalisty (nieodpłatne), wizyty u specjalisty (odpłatne) określonych jako zmienne zależne a wiekiem (zmienna ciągła), płcią, wykształceniem, dochodem w modelu wieloczynnikowym regresji logistycznej

	Wiek (1)	Płeć (2)	Wykształcenie (3)	Dochód (4)
Hospitalizacja				
OR (iloraz szans)	1,02	–	–	0,63
–95 proc. CI	1,01	–	–	0,47
+95 proc. CI	1,03	–	–	0,84
P	0,0001	–	–	0,0017
Wizyty u lekarza rodzinnego				
OR (iloraz szans)	1,02	1,52	–	–
–95 proc. CI	1,02	1,23	–	–
+95 proc. CI	1,03	1,89	–	–
P	0,0001	0,0001	–	–
Wizyty u specjalisty (nieodpłatne)				
OR (iloraz szans)	1,02	1,56	–	–
–95 proc. CI	1,01	1,24	–	–
+95 proc. CI	1,03	1,97	–	–
P	0,0001	0,0002	–	–
Wizyty u specjalisty (odpłatne)				
OR (iloraz szans)	–	1,80	2,27	–
–95 proc. CI	–	1,32	1,65	–
+95 proc. CI	–	2,46	3,11	–
P	–	0,0002	0,0001	–

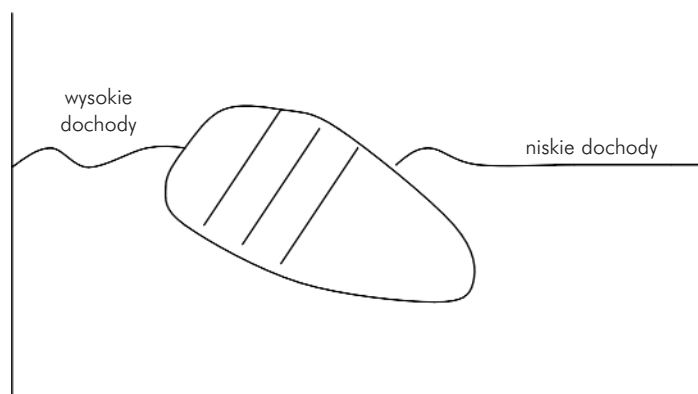
Iloraz szans z 95 proc. przedziałem ufności korzystania ze świadczeń medycznych

(1) dla wieku (wzrost o jeden rok)

(2) dla płci (żeńską)

(3) dla poziomu wykształcenia (wyższy poziom)

(4) dla dochodu (wyższy dochód)



Ryc. Góra lodowa symbolizująca korzystanie z usług medycznych z podziałem na grupy dochodowe

predyktorami korzystania ze specjalistycznych świadczeń odpłatnych okazały się być płeć (OR 1,80, 95 proc. CI 1,32–1,46) i poziom wykształcenia (OR 2,27, 95 proc. CI 3,11–1,65); najchętniej korzystały z nich dobrze wykształcone kobiety.

Omówienie

Poszukiwanie zależności pomiędzy korzystaniem z usług zdrowotnych a poziomem dochodów ludno-

ści i stopniem wykształcenia stanowi przedmiot wielu prac badawczych i eksperymentów. Szereg badań oceniających wpływ wykształcenia i innych czynników socjoekonomicznych (głównie dochodu i pozycji zawodowej) na behawioralne czynniki ryzyka, np. ChNS wykonano m.in. w Stanach Zjednoczonych i Finlandii, a ich rezultaty jednoznacznie przemawiają za istnieniem takich zależności.

Prezentowane w doniesieniu wyniki wskazują, że z opieki stacjonarnej (bezpłatne usługi zdrowotne) częściej korzystają osoby najstarsze i najuboższe. Obserwacje te wydają się potwierdzać wysuwaną przez wielu autorów tezę, że zmniejszenie bariery finansowej (kosztu ponoszonego przez pacjenta) powoduje wzrost częstości korzystania ze świadczeń, w grupach o najniższych dochodach. Zależność tę opisał G. Beck, przedstawiając potrzeby zdrowotne ludności w postaci góry lodowej, uwzględniającej podział społeczeństwa na grupy dochodowe. Ta część góry, która znajduje się pod powierzchnią wody, symbolicznie przedstawia niezaspokojone potrzeby zdrowotne. Zmniejszanie barier finansowych, np. poprzez wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych, powoduje zatem zwiększenie się części góry ponad powierzchnią wody, wraz z jej częściowym obróceniem się po stronie obrazującej grupy o niższych dochodach (ryc.).

W populacji łódzkiej obciążonej dużym bezrobociem zależności te mogą być szczególnie widoczne. Bezrobocie w Łodzi w 2001 roku osiągnęło 8,1 proc., i było wyższe od średniej krajowej – 6,7 proc. Problem bezrobocia dotyka również osoby starsze, będące w wieku przedemerytalnym. Dodatkowo można przypuszczać, że ta grupa badanych osób, jest bardziej obciążona problemami zdrowotnymi i częściej będzie wymagać opieki medycznej; badania epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na rosnącą wraz z wiekiem częstość chorób przewlekłych, a w szczególności chorób układu krążenia. W świetle tych danych nie dziwi fakt, że starsi respondenci częściej korzystają z opieki stacjonarnej, porad lekarzy rodzinnych, jak i z nieodpłatnych usług specjalistycznych.

Poziom dochodów wydaje się być oczywistym czynnikiem, determinującym korzystanie z usług odpłatnych, jednak nie sposób pominąć tu innych, pozaekonomicznych czynników. Osoby o wyższych dochodach należą w dużej mierze do osób dobrze wykształconych, o większej świadomości społecznej i zdrowotnej. Można więc założyć, że stan zdrowia tej grupy jest relatywnie lepszy, i że –

dotatkowo – grupa ta racjonalniej korzysta ze świadczeń zdrowotnych. Korzystanie z odpłatnych usług może być uwarunkowane dodatkowo innymi czynnikami, np. czasem oczekiwania na wizytę, możliwością wyboru miejsca i otoczenia w jakim udzielane jest świadczenie, możliwością wyboru konkretnego świadczeniodawcy (lekarza). Wreszcie, ludzie zamożniejsi i dobrze wykształceni najczęściej są przecież ludźmi aktywnymi zawodowo, dla których czynniki pozapieniężne, a w szczególności czas i komfort, odgrywają niekiedy większą rolę niż cena samej usługi. Być może jest to wynik złej jakości świadczeń udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ograniczonej dostępności do nieodpłatnych usług specjalistycznych. Niektóre badania wykazały bowiem, że poziom wiedzy lekarzy pierwszego kontaktu nie pozwala im spełnić zadań, wyznaczanych przez zreformowany system opieki zdrowotnej.

Zdiagnozowanie wielkości i rodzaju potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, prowadzące do określenia zapotrzebowania na usługi zdrowotne, jest jednym z najistotniejszych zagadnień w procesie zarządzania w instytucjach opieki zdrowotnej. Próba określenia czynników warunkujących korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w danej populacji ma ogromne znaczenie w kontekście planowania, budowania długoterminowej strategii i definiowania celów ochrony zdrowia w ogóle.

Wnioski

Poprowadzone analizy pozwoliły na weryfikację przyjętych wcześniej hipotez i – w konsekwencji – na sformułowanie spostrzeżeń, odnoszących się do roli oraz znaczenia wieku, płci, poziomu edukacji i wysokości dochodu, jako cech wyznaczających szereg istotnych zachowań prozdrowotnych, populacji dorosłych podopiecznych Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych. Najważniejsze z nich wskazują, że:

- dla pacjentów starszych o najniższych dochodach opieka typu stacjonarnego jest – częściej niż dla pozostałych – głównym źródłem świadczeń zdrowotnych;
- z porad ambulatoryjnych u lekarzy rodzinnych i nieodpłatnych świadczeń specjalistycznych najczęściej korzystają osoby starsze, w większości kobiety;
- poziom wykształcenia i płeć żeńska są istotną determinantą częstości korzystania z odpłatnych świadczeń specjalistycznych (im wyższy poziom wykształcenia, tym częstsze korzystanie z usług tego typu).

Włodzimierz Stelmach

– dyrektor Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi

Marek Baryła

– Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi

Krzyszyna Kaczmarczyk-Chałas

– Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu

Medycznego w Łodzi

Wojciech Bielecki

– Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu

Medycznego w Łodzi

Wojciech Drygas

– kierownik Katedry Medycyny Społecznej

i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi