

Jakość usług zdrowotnych i opiekuńczych w UE

Wstęp

W sprawozdaniu zbadano wykorzystanie i dostęp do usług zdrowotnych (podstawowej opieki zdrowotnej i szpitalnej), opieki długoterminowej i opieki nad dziećmi w całej Unii Europejskiej oraz postrzeganie jakości tych usług. Usługi te mają znaczenie dla zarządzania obowiązkami związanymi z opieką, umożliwiania uczestnictwa w zatrudnieniu i życiu społecznym oraz ogólnej jakości życia. Ustalenia opierają się na danych pochodzących z europejskiego badania jakości życia (European Quality of Life Survey, EQLS) z 2016 r. przeprowadzonego w 28 państwach członkowskich UE.

Usługi publiczne są rozumiane jako usługi świadczone na rzecz społeczeństwa, niezależnie od tego, czy zapewnia je sektor publiczny, sektor prywatny czy partnerstwo mieszane. W sprawozdaniu uznano, że usługi publiczne są wysokiej jakości, jeżeli spełnione są następujące kryteria: są łatwo dostępne, jakość opieki jest wysoka, osoby korzystające z nich są traktowane jednakowo, a usługi są wolne od korupcji. Jest to zgodne z podejściem unijnego Komitetu Ochrony Socjalnej obranym w przyjętych w 2010 r. dobrowolnych europejskich ramach odniesienia na rzecz zapewniania jakości usług społecznych, w których proponuje się monitorowanie kwestii związanych z nakładami, wynikami i procesem oraz uznaje dostęp za część jakości.

Kontekst polityki

Zarówno na szczeblu państw członkowskich, jak i UE, decydenci i podmioty zainteresowane opracowują koncepcje i ramy dotyczące kwestii jakości usług. Ważnym etapem jest Europejski filar praw socjalnych z 2017 r., którego zasady odnoszą się do poszczególnych usług publicznych i stanowią, że usługi muszą być nie tylko dostępne, lecz także cechować się wysoką jakością. Do oceny wdrażania filaru i opracowania zaleceń dla poszczególnych państw w ramach europejskiego semestru niezbędne będzie monitorowanie i ocena jakości usług.

Kluczowe ustalenia

Opieka zdrowotna

- W ciągu roku większość osób korzysta z usług podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieją jednak duże różnice w korzystaniu z e-opieki zdrowotnej (w ponad połowie państw członkowskich nie korzysta z niej ponad 90 proc. obywateli), a poziomy korzystania z opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach są bardzo zróżnicowane. Sugeruje to, że w niektórych państwach dostęp do bardziej regularnej opieki zdrowotnej nie jest optymalny.
- Opieka zdrowotna jest ogólnie oceniana pozytywnie w porównaniu z innymi usługami. 27% osób w UE ocenia jednak służbę zdrowia w swoim państwie nisko (poniżej średniej). Odsetek ten mieści się w przedziale od jednej dziesiątej do około dwóch trzecich ludności. Nawet w państwach członkowskich osiągających najlepsze wyniki duże grupy osób określają jakość jako niską.
- Opieka podstawowa jest ogólnie oceniana lepiej niż opieka szpitalna i specjalistyczna. Istnieją jednak wyjątki (odwrotna sytuacja występuje w Finlandii i Szwecji).

Opieka długoterminowa

- Zadowolenie użytkowników z określonych aspektów jakości opieki długoterminowej jest niższe niż w przypadku wszystkich pozostałych usług społecznych i zdrowotnych uwzględnionych w EQLS.
- Oceny jakości opieki długoterminowej w poszczególnych państwach są mniej zróżnicowane zależnie od sytuacji społeczno-ekonomicznej niż w przypadku innych usług. Warto jednak zwrócić uwagę na różnice pomiędzy państwami dotyczące korzystania z tych usług i postrzegania ich jakości.
- Różnice pomiędzy państwami dotyczące korzystania z opieki pielęgniarstwa w domu i opieki domowej są znaczne. Wydaje się jednak, że odzwierciedlają one różnice w dostępności tych usług i dostępie do nich.

Opieka nad dziećmi

- Poziom zadowolenia użytkowników jest wyższy w przypadku usług dla małych dzieci, w szczególności w przypadku osób korzystających ze sformalizowanych usług opiekunów do dzieci niż z opieki nad dziećmi świadczonej w wyspecjalizowanych instytucjach. Poziom zadowolenia użytkowników był niższy w przypadku opieki pozaszkolnej (dla dzieci w wieku poniżej 12 lat).
- Odsetek osób korzystających z bezpłatnej lub subsydiowanej opieki nad dziećmi jest proporcjonalnie wyższy niż w przypadku grup uzyskujących wyższe dochody. Wykorzystanie formalnej opieki nad dziećmi pozostaje jednak niższe, a osoby mieszczące się w najniższym kwartylu dochodów częściej nie mogą sobie pozwolić na takie usługi.
- Zapobieganie korupcji i zapewnienie równego traktowania w opiece nad dziećmi były wymiarami ocenianymi najniżej w porównaniu z innymi aspektami, co wskazuje na problemy z dostępem do usług opieki na dziećmi i korzystaniem z nich.

W odniesieniu do nierówności w zakresie dostępu do usług i ich jakości poziom dochodów jest nierówny i różni się w zależności od rodzaju usług.

- Między latami 2007–2011 a rokiem 2016 ogólna ocena jakości usług zdrowotnych poprawiła się w przypadku osób ze wszystkich kwartyli dochodów. W porównaniu z innymi omawianymi usługami dochody w największym stopniu powodują jednak zróżnicowanie postrzegania jakości w przypadku opieki zdrowotnej; oceny jakości wśród osób w najniższym kwartylu dochodów pozostają najniższe, a różnica między nimi a grupami o wyższych dochodach zwiększyła się. To negatywne postrzeganie jakości można po części wytłumaczyć trudnościami z dostępem, wyobrażeniami dotyczącymi korupcji i nierównym traktowaniem. Największa poprawa wystąpiła w przypadku osób z trzeciego kwartyłu dochodów i znalazła odzwierciedlenie w najwyższych ogólnych ocenach opieki zdrowotnej w 2016 r. (6,9), wyższych niż najwyższym kwartylu dochodów (6,8).
- W przypadku opieki długoterminowej jakość jest postrzegana nieco lepiej przez osoby w środkowych kwartyłach dochodów (6,2) niż w grupach o niskich i wysokich dochodach (6,1). W przypadku opieki nad dziećmi najniższe oceny zgłaszają osoby z najniższego kwartyłu dochodów (ocena jakości 6,5).
- W przypadku usług opieki nad dziećmi konkretne aspekty jakości związane z infrastrukturą i personelem są oceniane wysoko we wszystkich państwach i grupach społecznych. Trudności z przystępnością cenową usług związanych z opieką nad dziećmi zgłasza jednak około jednej trzeciej (36%) Europejczyków z dziećmi poniżej 12 roku życia korzystających z tych usług; odsetek ten jest wyższy w grupach o niskich dochodach.

Wskazówki dotyczące polityki

- Aby zwiększyć poziom zadowolenia użytkowników z usług, należy poświęcać im uwagę i czas oraz konsultować się z użytkownikami na temat wykorzystywanej przez nich opieki. Nie należy lekceważyć umiejętności miękkich: jeżeli użytkownicy nisko oceniają poświęcaną im uwagę i informowanie, zazwyczaj mają też złe zdanie o profesjonalizmie i wiedzy fachowej personelu, które są zazwyczaj dobrze oceniane.
- Zapewnienie większej sprawiedliwości (równe traktowanie i zapobieganie korupcji) jest istotne dla wszystkich omawianych usług, ponieważ skala zgłaszanych problemów jest zauważalna we wszystkich z nich i nie ograniczają się one do niewielkiej liczby państw.
- W ramach oceny barier finansowych w dostępie do usług należy brać pod uwagę nie tylko grupy o najniższych dochodach, lecz także grupy pośrednie – osób o dochodach zbyt wysokich, by móc ubiegać się o środki publiczne, ale zbyt niskich, by móc pozwolić sobie na łatwy dostęp do usług. W przypadku usług opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej znaczna część osób w trzecim co do wysokości kwartyłu dochodów zgłaszała trudności w dostępie do usług związane z kosztami.
- Pomiar równości oparty na różnicy między grupą o najwyższych i grupą o najniższych dochodach jest niewystarczający i należy go uzupełnić środkami ukierunkowanymi na grupy o średnich dochodach. Pozwoli to odzwierciedlić rosnącą przepaść między grupą o niskich dochodach i grupami o średnich i wyższych dochodach.
- Słabości w dostępie do usług można by badać w bardziej miarodajny sposób, gdyby koncentrowano się nie tylko na „niezaspokojonych potrzebach”, ale uwzględniano również opóźnianie skorzystania z opieki („oszczędzanie”) i korzystanie z niej, które wiąże się z trudnościami. Jest to istotne w przypadku państw, w których potrzeby w zakresie opieki są rzadko całkowicie niezaspokojone, ale bariery w dostępie do usług mogą mieć bardziej pośrednie skutki.

Dalsze informacje

Sprawozdanie „Quality of health and care services in the EU” (Jakość usług zdrowotnych i opiekuńczych) znajduje się na stronie <http://eurofound.link/ef18034>

Kierownik ds. badań: Tadas Leončikas

information@eurofound.europa.eu