

UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
WYDZIAŁ LEKARSKI

MAREK OLESZCZYK

Jakość podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce w ocenie pacjentów

Praca doktorska

Promotor: Dr hab. med. Adam Windak, Prof. UJ

Pracę wykonano w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii
Kierownik jednostki: Dr hab. med. Adam Windak, Prof. UJ

Kraków 2014

*Profesorowi Adamowi Windakowi,
mojemu Nauczycielowi i Mentorowi,
dziękuję za inspirację, motywację i nieustające
wsparcie*

Rodzinie dziękuję za cierpliwość

*Koleżankom i Kolegom z Zakładu Medycyny Rodzinnej
dziękuję za życzliwą pomoc na co dzień*

*I would like to thank my Colleagues at NIVEL, Utrecht,
the Netherlands, especially to Willemijn Schäfer,
Wienke Boerma and Peter Groenewegen
for their substantial support and great experience
of cooperation*

*Pracę dedykuję Ś.P. Dr Halinie Marek
Mojej Lekarce Rodzinnej*

Zestawienie użytych w pracy skrótów

ACCS	dostępność opieki (<i>accessibility</i>)
COMPR	wszechstronność opieki (<i>comprehensiveness</i>)
CONT	ciągłość opieki (<i>continuity</i>)
COOR	koordynacja opieki (<i>coordination</i>)
EFF	wydajność opieki (<i>efficiency</i>)
EQ	równość opieki (<i>equity</i>)
EQuIP	<i>European Society for Quality and Safety in Primary Care</i> (Europejskie Stowarzyszenie na Rzecz Bezpieczeństwa i Jakości w Podstawowej Opiece Zdrowotnej)
MEI	wskaźnik zaspokojenia oczekiwań (<i>Met Expectations Index</i>)
PHAMEU	<i>Primary Health Care Activity Monitor in Europe</i> (Monitor aktywności podstawowej opieki zdrowotnej w Europie) – akronim międzynarodowego projektu badawczego, realizowanego w latach 2007-10
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
QUAL	Jakość obsługi (<i>quality</i>)
QUALICOPC	<i>Quality and Costs of Primary Care in Europe</i> (Jakość i koszty podstawowej opieki zdrowotnej w Europie) – akronim międzynarodowego projektu badawczego, realizowanego w latach 2010-2013
SI	wskaźnik satysfakcji (<i>Satisfaction Index</i>)
VI	wskaźnik wartości (<i>Value Index</i>)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Światowa Organizacja Zdrowia)
WONCA	<i>World Organization of National Colleges and Associations of Family Medicine</i> (Światowa Organizacja Narodowych Kolegiów i Towarzystw Medycyny Rodzinnej)

Badanie przeprowadzone zostało w ramach międzynarodowego projektu *Quality and Costs of Primary Care in Europe* (QUALICOPC) koordynowanego przez Holenderski Instytut Badań Systemów Opieki Zdrowotnej NIVEL (Utrecht, Holandia). Projekt realizowany jest przy wsparciu środków finansowych Siódmego Programu Ramowego Unii Europejskiej.

Spis treści

1	Wstęp.....	5
1.1	Rola i znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej.....	5
1.2	Jakość podstawowej opieki zdrowotnej.....	6
1.3	Dotychczasowe badania nad jakością podstawowej opieki zdrowotnej.....	7
1.4	Cel pracy	9
1.5	Pytania badawcze	9
2	Metoda.....	11
2.1	Zakres i organizacja badania	11
2.2	Narzędzie badawcze	13
2.2.1	Międzynarodowa wersja narzędzia badawczego	13
2.2.2	Procedura opracowania polskiej wersji narzędzia badawczego	14
2.2.3	Kwestionariusze.....	16
2.2.4	Walidacja narzędzia badawczego	17
2.3	Uczestnicy badania	19
2.4	Baza danych	22
2.5	Zasady oceny jakości opieki	24
2.5.1	Wskaźnik satysfakcji i wartości.....	24
2.5.2	Wskaźnik zaspokojenia oczekiwań.....	25
2.6	Analiza statystyczna	26
3	Wyniki.....	27
3.1	Respondenci	27
3.1.1	Respondenci – ramię badania „Doświadczenia”	28
3.1.2	Respondenci – ramię badania „Oczekiwania i wartości”	28
3.2	Ocena doświadczeń	29
3.2.1	Dostępność opieki.....	31
3.2.2	Ciągłość opieki	34
3.2.3	Wszechstronność opieki.....	36
3.2.4	Koordinacja opieki.....	38

3.2.5	Jakość obsługi.....	40
3.2.6	Równość opieki	42
3.2.7	Efektywność opieki.....	44
3.3	Oczekiwania i system wartości pacjentów.....	47
3.3.1	Dostępność opieki.....	47
3.3.2	Ciągłość opieki	48
3.3.3	Jakość obsługi.....	48
3.3.4	Równość opieki	50
3.4	Zaspokojenie potrzeb i oczekiwań pacjentów	52
4	Dyskusja	54
4.1	Podsumowanie najważniejszych wyników	54
4.1.1	Doświadczenia.....	54
4.1.2	Oczekiwania i wartości	55
4.1.3	Zaspokojenie oczekiwań	56
4.2	Zalety i ograniczenia metody	57
4.3	Omówienie wyników w świetle innych badań.....	61
4.4	Znaczenie przeprowadzonych badań	67
4.5	Rekomendacje i kierunki dalszych badań	68
5	Wnioski	69
6	Piśmiennictwo.....	71
7	Streszczenie	79
8	Abstract	84
9	Spis tabel i rycin.....	89
10	Załączniki	91
10.1	Załącznik nr 1. Opinia Komisji Bioetycznej UJ.....	91
10.2	Załącznik nr 2. Zgoda koordynatora badania na wykorzystanie danych	92
10.3	Załącznik nr 3. Kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia”	93
10.4	Załącznik nr 4. Kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości”.....	100
10.5	Załącznik nr 5. Kwestionariusz „Przychodnia”.....	104

1 Wstęp

1.1 Rola i znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) to pierwszy poziom profesjonalnych usług medycznych, do którego zgłaszają się pacjenci ze swoimi problemami zdrowotnymi i w którym zaspokojona zostaje większość potrzeb leczniczych i profilaktycznych populacji. Dostęp do POZ powinien być pozbawiony barier – fizycznych, organizacyjnych i finansowych. Opieka sprawowana w POZ ma charakter generalistyczny. Skupia się raczej na różnorodnych potrzebach poszczególnych pacjentów (postrzeganych w kontekście rodziny i społeczności lokalnej) niż na konkretnej jednostce chorobowej [1–3]. Organizacja świadczeń POZ różni się pomiędzy poszczególnymi krajami w sposób znaczny, także pod względem udziału specjalistów medycznych. W europejskich systemach ochrony zdrowia dominują lekarze ogólni (*general practitioners*) lub rodzinni (*family physicians*) [4,5]. Różnorodność i złożoność problemów rozwiązywanych w POZ, zestawione z różnorodnością organizacyjną, utrudniają ocenę i porównanie efektywności oraz jakości świadczeń.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) po raz pierwszy wskazała na znaczenie POZ w kształtowaniu zdrowia społeczeństw w dokumencie z 1978 roku, tzw. Deklaracji z Alma Aty [6]. Mimo częstego powoływania się na ten dokument, traktowano go przez lata jako wskazówkę głównie dla krajów rozwijających się. Po trzech dekadach, w całkowicie odmienionych warunkach politycznych i gospodarczych, powróciła dyskusja na temat roli i znaczenia POZ w nowoczesnych systemach ochrony zdrowia. Opublikowany w 2008 roku dokument „Podstawowa opieka zdrowotna – teraz bardziej niż kiedykolwiek” (*‘Primary health care: now more than ever’*) to mocny głos na rzecz wzmocnienia POZ w systemach opieki zdrowotnej. Dokument ten wskazuje na korzyści z zapewnienia szerokiego dostępu do POZ zarówno dla krajów rozwijających się (osiągnięcie podstawowych standardów opieki zdrowotnej), jak i wysoko rozwiniętych (sprostanie zwiększającym się obciążeniom systemów opieki zdrowotnej i rosnącym oczekiwaniom pacjentów). W Polsce, jak w innych krajach uprzemysłowionych, rośnie obciążenie systemu ochrony zdrowia. Związane jest to z procesem wydłużania się życia, połączonego z typowymi dla starzejącej się populacji problemami: wielochorobowością, zwiększeniem kosztów opieki w chorobach niezakaźnych (m.in. choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca typu 2, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nowotwory). Istotnym elementem jest także konieczność zaspokojenia oczekiwań pacjentów w zakresie współdecydowania o swoim zdrowiu oraz rosnące wymagania i regulacje prawne dotyczące przestrzegania praw pacjentów [7]. W 2011 roku europejskie biuro WHO przedstawiło swoją wizję opieki zdrowotnej oraz jej cele w obecnej dekadzie. Wzmocnienie POZ wskazywane jest jako jedno z głównych narzędzi niwelowania nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych – zarówno wewnątrz poszczególnych krajów, jak

i pomiędzy nimi [8]. Ten sam raport, a także wcześniejsze publikacje, wskazują na konieczność prowadzenia badań naukowych, w których POZ będzie zarówno miejscem, jak i przedmiotem badań [9,10].

Na aktualny kształt POZ w Polsce największy wpływ miała reforma systemu opieki zdrowotnej z 1999 roku. Zmiany zainicjowane zostały jednak już pod koniec lat osiemdziesiątych XX wieku. Ich konieczność była spowodowana pogarszającą się wydolnością ekonomiczną systemu opieki wielospecjalistycznej (model polikliniki wg Siemaszki). Utrudniony dostęp do świadczeń, niski prestiż zawodowy lekarzy POZ, stale obniżająca się satysfakcja i przedmiotowe traktowanie pacjentów oraz nieracjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów, to cechy charakterystyczne POZ w drugiej połowie lat 1980. [11]. Problemy systemu opieki zdrowotnej były na tyle istotne, że stały się jednym z zagadnień omawianych w czasie obrad Okrągłego Stołu w 1989 roku [12]. W początku lat 90. ubiegłego stulecia został wypracowany nowy model POZ, bazujący na medycynie rodzinnej – nowej specjalności dla lekarzy, o kompetencjach zbliżonych do tych, jakie mają lekarze w krajach o stabilnej i silnej POZ (Wielka Brytania, Holandia, kraje skandynawskie, Kanada, Australia) [13]. Zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami lekarz rodzinny miał stać się specjalistą zdolnym sprawować kompleksową, wszechstronną i ciągłą opiekę zdrowotną, zastępując tym samym licznych specjalistów wielu dziedzin, typowych dla modelu Siemaszki. Przewidziano okres przejściowy, umożliwiając lekarzom pracującym w POZ uzyskanie specjalizacji z medycyny rodzinnej. Usługi zdrowotne w POZ, realizowane w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, poddano standaryzacji w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia [14,15].

Dostosowanie do norm Unii Europejskiej wymagało także wyraźnego uwzględnienia pozycji i praw pacjenta w systemie opieki zdrowotnej. Reforma z 1999 roku zakładała upodmiotowienie pacjenta, pozwalając mu na wybór miejsca leczenia, w tym także wybór lekarza POZ. W roku 2008 prawa pacjenta zostały zebrane w jednolitym akcie normatywnym [16]. Kolejne lata przynosiły coraz to nowe rozwiązania prawne, mające wzmocnić pozycję prawną pacjenta [17].

1.2 Jakość podstawowej opieki zdrowotnej

Z perspektywy pacjenta, jako użytkownika systemu POZ, jedną z kluczowych wartości jest jakość oferowanych świadczeń. Światowa Organizacja Lekarzy Rodzinnych (WONCA) określa zapewnienie jakości jako „*zaplanowany, dynamiczny proces, oparty na przeglądzie aktualnie sprawowanej opieki oraz podjęciu działań, mających na celu poprawę standardu opieki nad pacjentem*”. Podobna w wymowie jest definicja Europejskiego Stowarzyszenia na Rzecz Jakości w Medycynie Rodzinnej (EQuiP), która mówi, że „*poprawa jakości w praktyce lekarza rodzinnego jest wewnętrznym i ciągłym procesem zmierzającym do polepszenia wszystkich aspektów opieki nad pacjentem*”. Z punktu widzenia medycyny rodzinnej opinia pacjenta (poziom jego oczekiwań i satysfakcji) jest zatem istotnym parametrem oceny jakości opieki [18,19]. Opieka medyczna, która nie satysfakcjonuje

pacjenta, jest mniej efektywna, a satysfakcja pacjenta ze świadczeń medycznych może być traktowana jako wskaźnik oceny standardu usług medycznych [20]. Doświadczenie pacjenta jest określane aktualnie jako jeden z trzech filarów (obok efektywności klinicznej oraz bezpieczeństwa pacjentów) dobrej jakości opieki zdrowotnej. Badania wskazują na związek między doświadczeniami pacjentów a wynikami leczenia, stosowaniem się do zaleceń, korzystaniem z badań profilaktycznych i szczepień ochronnych, liczbą porad lekarskich w POZ i hospitalizacji oraz częstością zdarzeń niepożądanych [21].

Jakość podstawowej opieki zdrowotnej jest pojęciem złożonym, niepoddającym się łatwej analizie. Proces oddolnej i dobrowolnej poprawy jakości, jak przywołany powyżej za WONCA i EQuIP, nakłada się na ramy organizacyjne, legislacyjne i finansowe, obowiązujące w danym kraju. Dodatkowo należy uwzględnić uwarunkowania kulturowe i historyczne, kształtujące zachowania i oczekiwania pacjentów oraz świadczeniodawców. Zadaniem skal mierzących satysfakcję pacjenta jest uzyskanie informacji, jak pacjent ocenia różne aspekty zachowań osób, z którymi wszedł w kontakty z racji świadczenia przez nie usług medycznych i w jakim stopniu osoby te zaspokoili jego potrzeby zdrowotne. Skale zwracają uwagę na te aspekty, które mogą być przez pacjenta oceniane – zaspokojenie potrzeb afektywnych, wsparcie informacyjne, ocena dostępności (określenie dystansu przestrzennego i społecznego między lekarzem a pacjentem, pomoc w warunkach domowych, pomoc w godzinach nocnych [20]).

Podejściem, które umożliwia złożoną i wielowymiarową ocenę jakości w systemie ochrony zdrowia, jest użycie klasycznego modelu wg Avedisa Donabediana [18]. Zakłada on ocenę w trzech obszarach: struktury, procesu i wyniku. W ujęciu tym, pod pojęciem struktury rozumie się wszystkie elementy tworzące kontekst, w którym udziela się świadczeń medycznych – budynki, wyposażenie, zasoby ludzkie, ale także zasady organizacyjne, w tym finansowanie czy ramy legislacyjne. Pojęcie procesu jest rozumiane jako suma wszystkich czynności związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych – jak np. diagnozowanie, leczenie, profilaktyka. Można także mówić o procesie „technicznym” (procedury) oraz „interpersonalnym” (relacje). Przez wynik rozumie się łącznie wszystkie efekty, jakie opieka zdrowotna wywiera na pacjentów (np. zmiana statusu zdrowotnego, zachowań, wiedzy oraz satysfakcji pacjentów). Takie podejście wykorzystano w badaniu *Primary Health Care Monitor in Europe* (PHAMEU), realizowanym z udziałem zespołu badaczy Zakładu Medycyny Rodzinnej UJCM w latach 2007–2010 [22,23].

1.3 Dotychczasowe badania nad jakością podstawowej opieki zdrowotnej

Dotychczasowe prace, głównie porównania międzynarodowe w obrębie krajów OECD i badania ze Stanów Zjednoczonych, dostarczyły dowodów na związek między dostępnością do POZ, a lepszą koordynacją i ciągłością opieki oraz sprawniejszą kontrolą kosztów świadczeń [2,24].

Dane z obserwacji przeprowadzonych w USA sugerują, że większa dostępność do POZ wiąże się z mniejszą częstością niepotrzebnych hospitalizacji oraz lepszymi wskaźnikami zdrowotnymi [25]. Łatwiejszy dostęp do opieki podstawowej (np. finansowanie tych usług przez ubezpieczenie zdrowotne) jest związany z lepszym zdrowiem populacji (zaobserwowano wpływ na zmniejszenie umieralności z wszystkich przyczyn, nowotworów i chorób układu sercowo-naczyniowego). Efekt ten przy tym jest niezależny od statusu socjoekonomicznego pacjentów [2,26,27]. Opieka sprawowana przez lekarza rodzinnego wpływa na zmniejszenie kosztów leczenia [28–32]. Zaobserwowano też związek między lepszą dostępnością i korzystaniem z POZ a mniejszą umieralnością [32,33].

W Europie od początku lat 1990. podejmowano próby opisu funkcjonowania POZ. Nie było to zadanie proste, ze względu na bardzo duże zróżnicowanie systemów opieki zdrowotnej między poszczególnymi krajami. Obraz ten komplikowały zmiany społeczno-polityczne w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, połączone ze zmianami systemów opieki zdrowotnej. W wielu z nich, zwłaszcza tych, które przystąpiły do Unii Europejskiej, budowany jest system POZ z dominującą rolą lekarza rodzinnego/ogólnego. Z uwagi na wielowymiarowość i rozłożenie w czasie tego procesu, systemy opieki zdrowotnej krajów Europy Środkowej i Wschodniej opisuje się jako „systemy w trakcie transformacji” [34–38]. Najsilniejszym bodźcem do wprowadzenia zmian była konieczność dostosowania obowiązującego prawa do standardów Unii Europejskiej. Proces ten w wielu obszarach jest niedokończony i nie wykracza poza dostosowanie legislacji. W pełni przekształcenie POZ udało się jedynie w Estonii. W innych krajach regionu proces ten jest na różnym etapie zaawansowania. W przeszłości podejmowano liczne próby oceny jakości opieki w POZ poprzez ocenę wybranych parametrów, jak opieka nad osobami starszymi, opieka w cukrzycy, możliwość wyboru lekarza, realizacja szczepień, opieka na terenach wiejskich [39–49]. Parametrem oceny POZ w badaniach prowadzonych w Europie jest też równość dostępu do POZ dla osób ubogich czy społecznie wykluczonych [50,51].

W Polsce od początku lat 1990. prowadzone są badania satysfakcji pacjentów, korzystających ze świadczeń lekarzy rodzinnych (POZ) [52–54]. W badaniach tych potwierdzono satysfakcję pacjentów z jakości opieki sprawowanej przez lekarzy rodzinnych. Badania te mają jednak istotne ograniczenia. Część z nich ocenia jedynie wybrane aspekty opieki, jak np. czas konsultacji, dostępność, opieka nad osobami w wieku podeszłym, opieka nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym czy niewydolnością serca [55–60]. Skupiają się także na ocenie świadczeń w nielicznych praktykach lub na ograniczonym obszarze geograficznym [54,56,61–64]. Różnorodność metodologii stosowanych w przytoczonych badaniach nie pozwala niestety na bezpośrednie zestawienie uzyskiwanych wyników, a tym bardziej na wiarygodne porównanie z wynikami badań przeprowadzonych w innych krajach. Systemowe analizy działania POZ są nieliczne, np. ocena modelu finansowania czy analiza dostępności do świadczeń zdrowotnych prowadzona przez kilka lat przez Centrum Monitorowania Systemów Informacji w Ochronie Zdrowia, w tym dostępności do POZ (ostatni dostępny raport pochodzi z roku

2009) [55,65]. W innym niedawnym raporcie, oceniającym sprawność systemu opieki zdrowotnej w Polsce, podstawowa opieka zdrowotna nie jest w ogóle uwzględniona [66]. Badania międzynarodowe, obejmujące POZ w Polsce, należą do rzadkości [22,23,67].

W przywołanym już badaniu PHAMEU [22,23] stwierdzono istnienie zależności pomiędzy strukturą POZ a wynikami na poziomie ogólnym. Ponieważ metodologia badania zakładała identyfikację i wykorzystanie istniejących danych, a tam gdzie ich brakowało – wykorzystanie wiedzy i opinii ekspertów oraz danych niepublikowanych (np. raporty wewnętrzne instytucji związanych z opieką zdrowotną), w wielu obszarach pozostały „białe plamy”. Metodologia badania PHAMEU nie pozwoliła na dokładne prześledzenie mechanizmów łączących strukturę, proces i wynik w POZ. Przeprowadzone badanie stworzyło jednak podstawy koncepcyjne i ramy organizacyjne do prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

1.4 Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena jakości podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce poprzez:

- Poznanie oczekiwań pacjentów korzystających ze świadczeń lekarzy POZ.
- Poznanie doświadczeń pacjentów związanych ze świadczeniami lekarzy POZ.
- Określenie stopnia zaspokojenia oczekiwań.
- Poznanie istotnych cech pacjentów, wpływających na satysfakcję z usług POZ.
- Poznanie istotnych cech świadczeniodawców (rodzaj i kompetencje lekarzy, struktura praktyki i zakres świadczeń) wpływających na satysfakcję pacjentów z usług POZ.
- Poznanie kluczowych dla pacjentów elementów opieki w POZ, wpływających na postrzeganą jakość świadczeń.

1.5 Pytania badawcze

Badanie ma na celu znalezienie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak postrzegana jest jakość POZ w Polsce w kontekście medycznych i pozamedycznych doświadczeń pacjentów?
2. Jakie są oczekiwania pacjentów wobec opieki sprawowanej przez lekarzy POZ w Polsce?
3. Które obszary (rodzaje) świadczeń udzielanych w POZ są uznawane przez pacjentów za najważniejsze?
4. Czy istnieje związek między elementami charakterystyki demograficznej populacji pacjentów i ich lekarzy a poziomem zadowolenia z usług świadczonych w POZ w Polsce?
5. Jaki jest poziom satysfakcji z otrzymywanej opieki?
6. Czy poziom satysfakcji zależy od zakresu i kompleksowości otrzymanych świadczeń?
7. Czy elementy charakterystyki demograficznej pacjentów i ich lekarzy POZ mają wpływ na zakres otrzymywanych przez nich świadczeń?

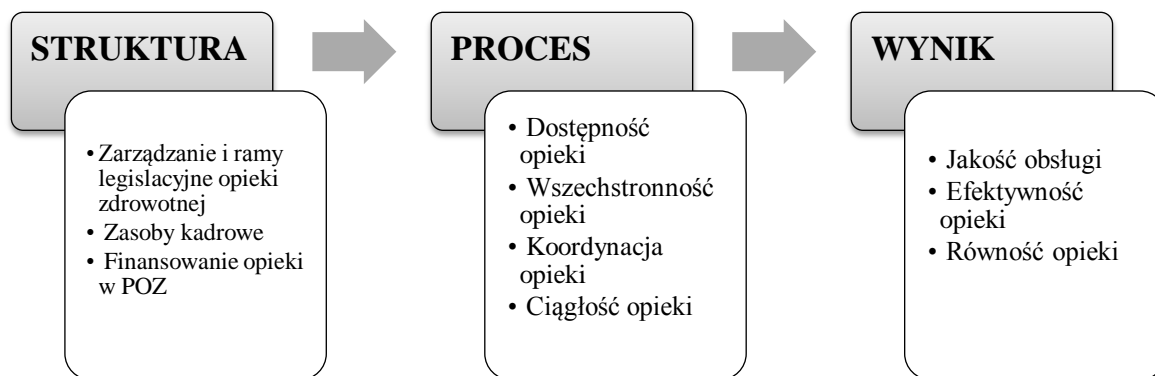
8. Jakie parametry POZ najsilniej negatywnie wpływają na jakość postrzeganą przez pacjentów i które z nich mogą wymagać poprawy w pierwszej kolejności?

2 Metoda

2.1 Zakres i organizacja badania

Niniejsza praca została zrealizowana w ramach międzynarodowego projektu *Quality and Costs of Primary Care in Europe* (QUALICOPC). Badanie przeprowadzone było przy użyciu wystandaryzowanego narzędzia i z zastosowaniem jednolitej metodologii we wszystkich krajach uczestniczących w projekcie [68,69]. Ogólna koncepcja badania opiera się na opisie jakości opieki sprawowanej w POZ z zastosowaniem klasycznego modelu wg A. Donabediana. W ramach zrealizowanego uprzednio projektu PHAMEU, w oparciu o systematyczny przegląd literatury, klasycznym obszarom oceny jakości opieki (struktura–proces–wynik) przyporządkowano dziesięć aspektów (podobszarów) (Rycina 1). W rezultacie otrzymano matrycę, która w sposób uniwersalny opisuje jakość POZ i umożliwia porównanie różnych rozwiązań organizacyjnych, spotykanych w poszczególnych krajach [22,68]. Projekt QUALICOPC, w części obejmującej badanie satysfakcji pacjentów, koncentruje się na wielowymiarowej ocenie tych aspektów POZ, które zaliczane są do obszaru „procesu” i „wyniku”. Przedmiotem zainteresowania niniejszej pracy badawczej są doświadczenia i oczekiwania pacjentów korzystających z usług konkretnego lekarza POZ.

Rycina 1. Model oceny jakości podstawowej opieki zdrowotnej (wg PHAMEU, za Kringos et al. *BMC Fam Pract* 2010)



Badanie QUALICOPC jest kwestionariuszowym badaniem przekrojowym z losowym doбором próby. Zostało ono zrealizowane we współpracy międzynarodowej w 32 krajach Europy, Kanadzie, Australii i Nowej Zelandii, w ramach projektu koordynowanego przez Holenderski Instytut Badań Systemów Opieki Zdrowotnej (NIVEL) z Utrechtu. Ocena jakości związanej z doświadczeniami i oczekiwaniami pacjentów, będąca przedmiotem tej części badania *QUALICOPC*, która stanowi treść niniejszej rozprawy doktorskiej, związana jest z aspektami opieki należącymi do obszaru „procesu” i „wyniku” w ujęciu Donabediana.

Ze względu na różnice w strukturze, organizacji i działaniu POZ w poszczególnych krajach, podejście badawcze musiało mieć charakter możliwie uniwersalny. Protokół badania i narzędzie badawcze zostało przygotowane przez międzynarodowy zespół naukowy pod nadzorem koordynatora badania.

Realizację badania w Polsce powierzono zespołowi Zakładu Medycyny Rodzinnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ Collegium Medicum w Krakowie. Badanie przeprowadzono na terenie Polski, między 15 lutego a 15 czerwca 2012 roku.

Koordinacją badania zajmował się zespół naukowy, złożony z pracowników i doktorantów. Do zadań koordynatora krajowego należało:

- przygotowanie polskiej wersji narzędzia badawczego,
- nawiązanie kontaktu i współpracy z instytucjami i organizacjami dysponującymi dostępem do danych lekarzy POZ i uzyskanie zgody na wykorzystanie tych danych,
- nadzór nad realizacją badania w Polsce,
- przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia dla osób koordynujących zbieranie danych,
- budowa bazy danych oraz nadzór nad poprawnym wprowadzaniem danych.

Zbieranie danych w terenie zostało zlecone przez instytut NIVEL firmie zewnętrznej specjalizującej się w realizacji projektów badawczych z zakresu medycyny i zdrowia publicznego. Instytucja ta pełniła rolę Centrum Rekrutacji, a do jej zadań należało:

- odbiór od i dostarczenie do koordynatora międzynarodowego kwestionariuszy,
- rekrutacja profesjonalnych ankierów poprzez podmioty wyspecjalizowane w zbieraniu danych w badaniach kwestionariuszowych,
- rekrutacja koordynatorów regionalnych,
- organizacja szkolenia ankierów,
- rekrutacja respondentów – lekarzy POZ,
- ustalanie terminów badania/wizyt ankierów,
- dystrybucja i odbiór zestawów kwestionariuszy od koordynatorów regionalnych.

Ankierzy i regionalni koordynatorzy zostali przeszkoleni w zakresie procedury zbierania danych zgodnie z protokołem badania. Szkolenie odbyło się w grudniu 2011 roku w siedzibie Zakładu Medycyny Rodzinnej UJCM w Krakowie. Oprócz zapoznania z celami i metodologią badania, uczestnicy szkolenia otrzymali szczegółowe pisemne instrukcje dotyczące zasad dystrybucji zestawów kwestionariuszy, realizacji zadań w terenie, sposobu rekrutacji respondentów w przychodniach, zachowania neutralności i poszanowania anonimowości respondentów oraz przechowywania i zwrotu wypełnionych kwestionariuszy. Rolą koordynatorów regionalnych był nadzór nad pracą ankierów oraz dystrybucja i odbiór zestawów kwestionariuszy do i od ankierów.

Ankieterzy w umówionym przez Centrum Rekrutacji terminie odwiedzali wylosowane przychodnie i lekarzy POZ oraz przeprowadzali rekrutację pacjentów, którym wręczali i od których odbierali wypełnione kwestionariusze oraz uzupełniali ankietę „Przychodnia”. Ich zadaniem było także udzielanie wyjaśnień i pomocy technicznej (np. w razie trudności w czytaniu lub pisaniu) respondentom przy wypełnianiu kwestionariusza.

Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (Opinia nr KBET/104/B/2011 z dnia 30.06.2011 r.) (Załącznik nr 1).

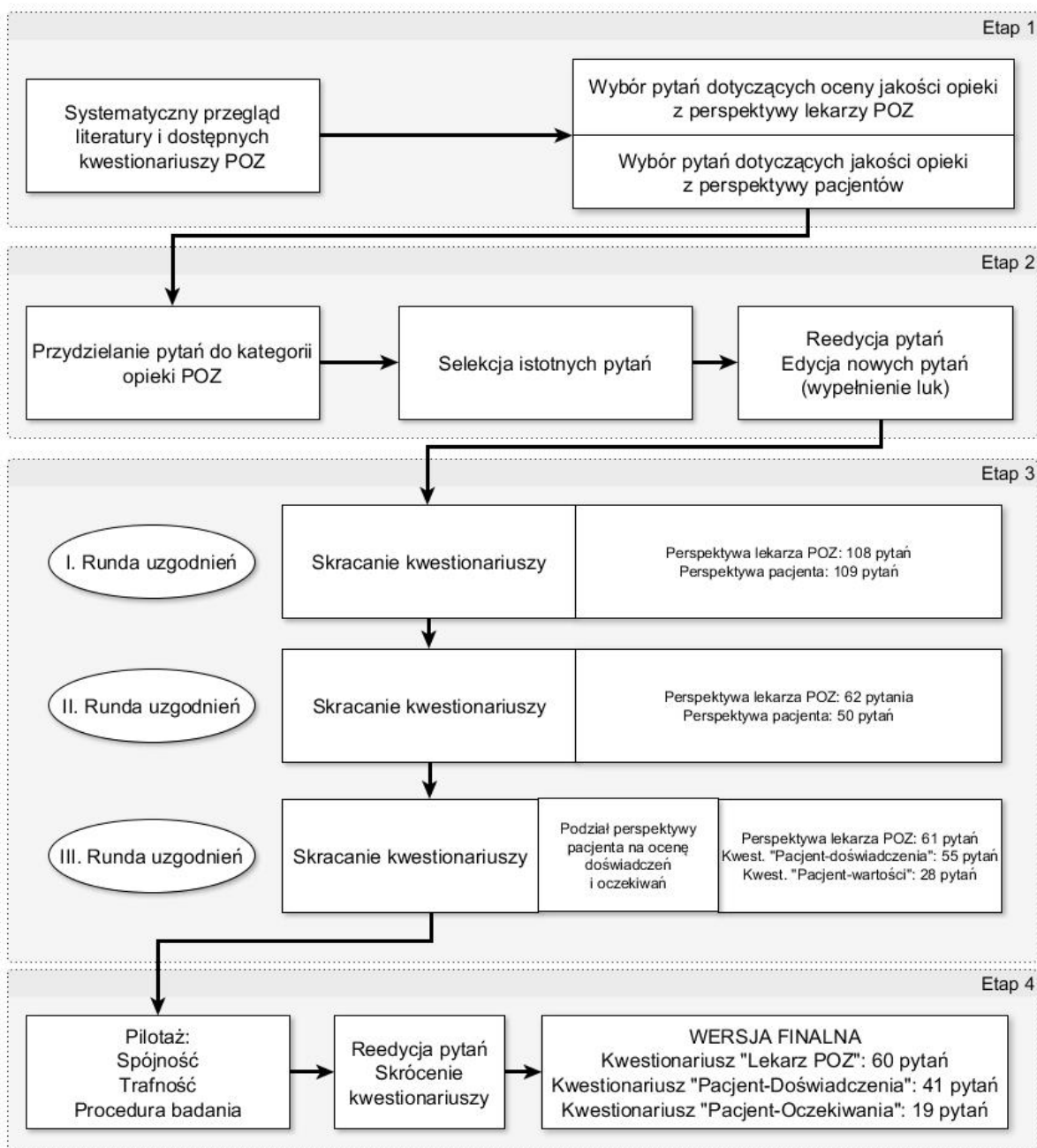
Zakład Medycyny Rodzinnej uzyskał zgodę instytutu NIVEL, koordynatora badania, na wykorzystanie zgromadzonych na terenie Polski danych w celu dalszej analizy i publikacji wyników, także na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej (Załącznik nr 2).

2.2 Narzędzie badawcze

2.2.1 Międzynarodowa wersja narzędzia badawczego

Podstawą do budowy narzędzia badawczego był systematyczny przegląd literatury, przeprowadzony w celu zidentyfikowania zwalidowanych kwestionariuszy, stosowanych do oceny różnych aspektów funkcjonowania POZ. Po dokonaniu selekcji adekwatnych dla potrzeb projektu QUALICOPC pytań zawartych w zidentyfikowanych kwestionariuszach, stworzono wstępną wersję zestawu ankiet, przewidzianych do wykorzystania w badaniu QUALICOPC. Następnie zespół badawczy w kilku etapach, na drodze uzgodnień, weryfikował istotność wybranych pytań dla celów badania, dążąc do skrócenia narzędzia badawczego. Badanie pilotażowe przeprowadzono w Belgii, Holandii i Słowenii. Po przeanalizowaniu uzyskanych odpowiedzi i zebraniu informacji zwrotnej, także dotyczących trudności technicznych i czasu potrzebnego do wypełnienia kwestionariuszy, ostatecznie skrócono i zmodyfikowano kwestionariusze do wersji finalnej. Szczegółowo procedura tworzenia i walidacji kwestionariusza została przedstawiona na Rycinie 2. Przygotowany finalny zestaw kwestionariuszy w wersji językowej angielskiej stanowił podstawę do stworzenia narodowych wersji językowych używanych do zbierania danych w poszczególnych krajach biorących udział w badaniu. Szczegółowy opis procedury budowy narzędzia badawczego wykorzystanego na potrzeby projektu QUALICOPC jest przedmiotem odrębnej publikacji [69].

Rycina 2. Procedura tworzenia międzynarodowej wersji kwestionariuszy badania QUALICOPC (zaadaptowane z: Schäfer W et al., *Qual Prim Care*, 2013)

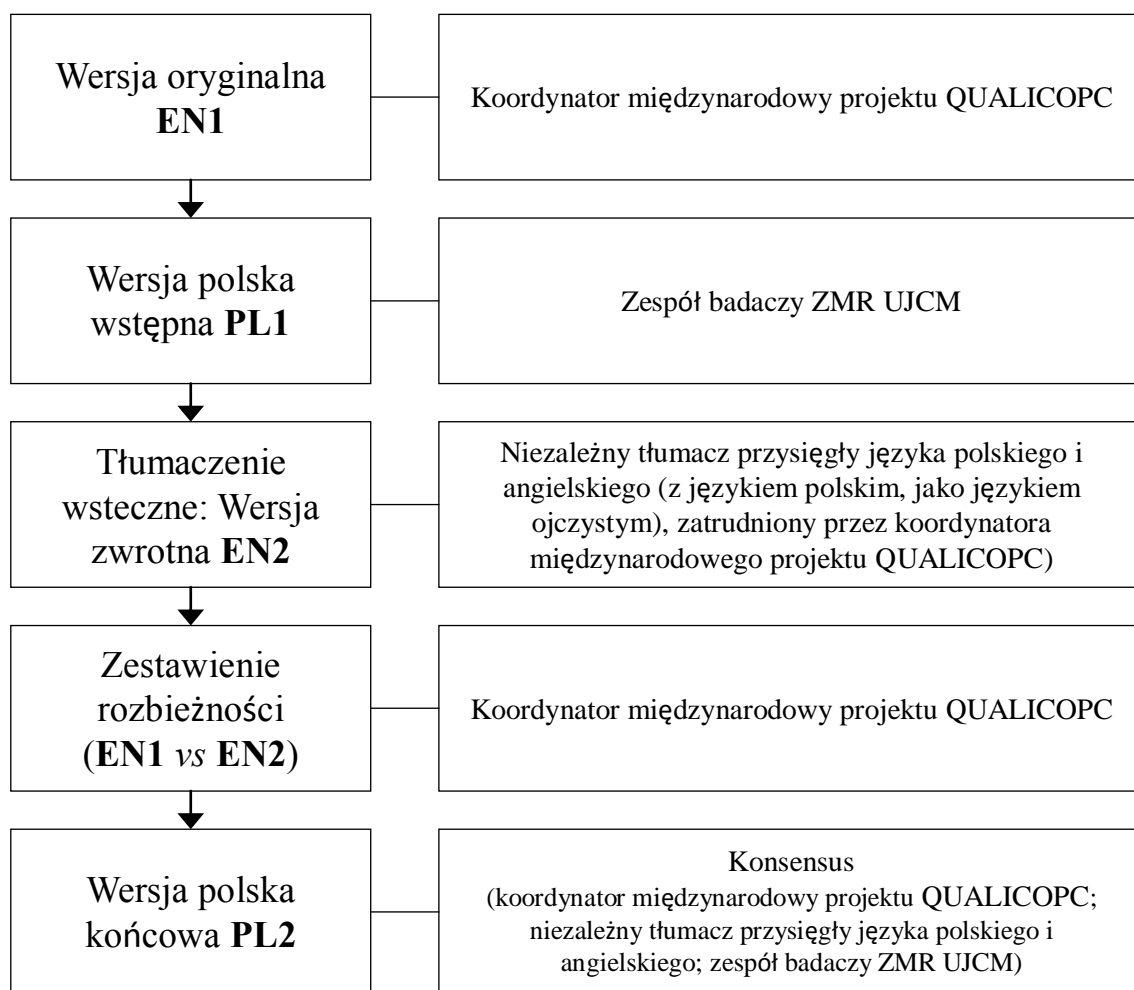


2.2.2 Procedura opracowania polskiej wersji narzędzia badawczego

Anglojęzyczne wersje kwestionariuszy zostały przetłumaczone na język polski, zgodnie z przyjętą dla całego badania QUALICOPC procedurą tłumaczenia na języki narodowe, przedstawioną na Rycina 3. Ostateczna polska wersja językowa została zaakceptowana przez koordynatora międzynarodowego.

Do oryginalnego kwestionariusza „Lekarz POZ”, za zgodą międzynarodowego koordynatora badania, dołączone zostały pytania o staż pracy, specjalizację lekarza POZ oraz zaangażowanie lekarza w kształcenie medyczne.

Rycina 3. Procedura tłumaczenia kwestionariuszy wchodzących w skład narzędzia badawczego projektu QUALICOPC



Zaakceptowana końcowa polska wersja językowa kwestionariuszy została poddana ocenie w badaniu pilotażowym. Celem badania pilotażowego były:

- identyfikacja sformułowań niejasnych, niezrozumiałych i nieprecyzyjnych dla respondentów,
- ocena potencjalnych barier technicznych i organizacyjnych, utrudniających przeprowadzenie badania w terenie,
- ocena czasu potrzebnego na wypełnienie kwestionariuszy,
- ocena gotowości pacjentów do udziału w badaniu.

Badanie pilotażowe odbyło się w listopadzie i grudniu 2011 roku z udziałem 40 pacjentów POZ dwóch praktyk lekarza rodzinnego w Krakowie oraz ośmiu lekarzy POZ praktykujących na obszarze województwa małopolskiego. Wskazówki dotyczące nieznacznych korekt językowych przekazane zostały międzynarodowemu koordynatorowi badania, który przed rozpoczęciem druku kwestionariuszy zaakceptował niezbędne w nich poprawki.

2.2.3 Kwestionariusze

W części badania QUALICOPC dotyczącej doświadczeń oraz oczekiwań i systemu wartości pacjentów POZ wykorzystano dane zebrane z użyciem kwestionariuszy „Pacjent – Doświadczenia” (*Patient – Experiences*) oraz „Pacjent – Oczekiwania i wartości” (*Patient – Values*). Kwestionariusze te użyte zostały do zbierania danych w odpowiednich ramionach badania. Do celów analizy wykorzystano także wybrane dane, zebrane za pomocą kwestionariuszy „Lekarz POZ” (*GP*) oraz „Przychodnia” (*Fieldworker*).

2.2.3.1 Kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia”

Kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia” składał się z 41 pytań, z których dziesięć zawierało kilka szczegółowych podpunktów (zmiennych), dotyczących doświadczeń pacjenta związanych z korzystaniem z podstawowej opieki zdrowotnej:

- 18 pytań dotyczyło charakterystyki respondenta (wiek, płeć, pochodzenie etniczne, biegłość w posługiwaniu się językiem polskim, obecność innych osób dorosłych i dzieci we wspólnym gospodarstwie domowym, stan zatrudnienia/pozycja zawodowa, wykształcenie, deklarowany poziom dochodów, samoocena stanu zdrowia, diagnoza choroby/chorób przewlekłych, cel konsultacji u lekarza POZ, częstotliwość korzystania z porad POZ w ostatnim półroczu, poziom zaufania do lekarzy i innych ludzi);
- 23 pytania (łącznie 75 zmiennych) oceniały doświadczenia pacjenta związane z korzystaniem z porad lekarza POZ. Pytania kwestionariusza odnosiły się do następujących obszarów opieki: dostępność opieki (13 zmiennych), ciągłość opieki (4 zmienne), wszechstronność opieki (15 zmiennych), koordynacja opieki (6 zmiennych), jakość obsługi (11 zmiennych), równość opieki (10 zmiennych), efektywność opieki (16 zmiennych).

Ze względu na błąd w kwestionariuszu, ujawniony już po jego wydrukowaniu, uniemożliwiający jednoznaczną interpretację udzielonych odpowiedzi, z dalszych analiz wyłączono odpowiedzi odnoszące się do poziomu zaufania respondentów (pytanie 31).

Kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia” znajduje się w Załączniku nr 3.

2.2.3.2 Kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości”

Kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości” składał się z 19 pytań (z czego siedem miało trzy lub więcej podpunktów). Wszystkie pytania kwestionariusza obejmowały łącznie:

- 12 pytań dotyczących charakterystyki respondenta (wiek, płeć, pochodzenie etniczne, biegłość w posługiwaniu się językiem polskim, obecność innych osób dorosłych i dzieci we wspólnym

gospodarstwie domowym, stan zatrudnienia/pozycja zawodowa, wykształcenie, deklarowany poziom dochodów, samoocena stanu zdrowia oraz diagnoza choroby/chorób przewlekłych);

- 7 pytań (łącznie 48 zmiennych) oceniających poziom istotności poszczególnych zagadnień dla respondenta, oceniany na czterostopniowej skali porządkowej (*nieważne, niezbyt ważne, ważne, bardzo ważne*). Trzy spośród nich odnosiły się do stopnia ważności dla pacjentów różnych aspektów opieki POZ. Cztery kolejne skupiały się na zagadnieniach związanych z komunikacją i relacjami lekarz–pacjent. Pytania kwestionariusza odnosiły się do następujących obszarów opieki: dostępność opieki (5 zmiennych), ciągłość opieki (3 zmienne), jakość obsługi (39 zmiennych), równość opieki (1 zmienna).

Kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości” znajduje się w Załączniku nr 4.

2.2.3.3 Kwestionariusz „Lekarz POZ”

Polska wersja kwestionariusza „Lekarz POZ” składała się z 64 pytań. Do celów niniejszej pracy wykorzystano osiem z nich, zawierających informacje na temat charakterystyki demograficznej i zawodowej lekarza (wiek, płeć, posiadane specjalizacje, rok ukończenia studiów medycznych, staż pracy w POZ, zaangażowanie w szkolenie medyczne przed- i podyplomowe, lokalizacja praktyki, deklarowany czas trwania przeciętnej konsultacji).

2.2.3.4 Kwestionariusz „Przychodnia”

Kwestionariusz „Przychodnia” składał się z 12 pytań. Do celów niniejszego badania wykorzystano dziewięć z nich, charakteryzujących zaplecze techniczne i organizacyjne przychodni, m.in. dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych.

W dalszej analizie pominięto (ze względu na duży subiektywizm) pytanie dotyczące oceny przez ankietera stopnia czystości w praktyce. Dwa pozostałe pytania miały charakter kontrolny, umożliwiając nadzorowanie poprawności i rzetelności rekrutacji.

Kwestionariusz „Przychodnia” znajduje się w Załączniku nr 5.

2.2.4 Walidacja narzędzia badawczego

Ponieważ międzynarodowe badanie pilotażowe przeprowadzone z użyciem anglojęzycznej wersji kwestionariuszy nie obejmowało oceny rzetelności i trafności w warunkach polskich, przed przystąpieniem do analizy statystycznej, opierając się na zebranych danych, przeprowadzono analizę

tych parametrów dla kwestionariuszy „Pacjent – Doświadczenia” i „Pacjent – Oczekiwania i wartości”.

2.2.4.1 Rzetelność

Rzetelność oceniono, obliczając współczynnik α -Cronbacha dla poszczególnych obszarów jakości opieki (przyjmując za akceptowalny poziom rzetelności $\alpha \geq 0,6$).

Uzyskano następujące wartości wystandaryzowanego współczynnika α dla poszczególnych zestawów pytań:

1. Kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia”: dostępność opieki (ACCS) $\alpha=0,66$; ciągłość opieki (CONT) $\alpha=0,65$; wszechstronność opieki (COMPR) $\alpha=0,85$; koordynacja opieki (COOR) $\alpha=0,58$; jakość obsługi (QUAL) $\alpha=0,75$; równość opieki (EQ) $\alpha=0,64$; efektywność opieki (EFF) $\alpha=0,85$.
2. Kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości”: dostępność opieki (ACCS) $\alpha=0,79$; ciągłość opieki (CONT) $\alpha=0,64$; jakość obsługi (QUAL) $\alpha=0,93$. Dla obszaru równości opieki (EQ) wyznaczenie współczynnika α -Cronbacha nie było możliwe, ponieważ przyporządkowano mu tylko jedno pytanie.

Potwierdzono, że używane do oceny poszczególnych obszarów opieki zestawy pytań cechują się akceptowalną rzetelnością. Założony, akceptowalny poziom rzetelności nie został osiągnięty jedynie w przypadku zestawu pytań oceniających doświadczenia pacjentów w zakresie koordynacji opieki, gdzie wartość współczynnika α -Cronbacha była nieznacznie niższa od zakładanej ($\alpha=0,58$).

2.2.4.2 Trafność

Trafność wewnętrzna (treściowa, *content validity*) była przedmiotem oceny na etapie tworzenia międzynarodowej wersji kwestionariusza [69]. Wykorzystując zgromadzone w badaniu dane, przeprowadzono analizę trafności teoretycznej (*construct validity*) kwestionariuszy, poprzez ocenę trafności zbieżnej i różnicowej (dyskryminacyjnej).

Rozdzielnie dla kwestionariusza „Pacjent – Doświadczenia” i „Pacjent – Oczekiwania i wartości” wyznaczono współczynniki korelacji poszczególnych zmiennych z obszarami jakości w celu oceny trafności zbieżnej. Odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza korelowały najwyżej z obszarami, do których dane pytania były przyporządkowane. W pojedynczych przypadkach zbliżoną korelację odnotowano także dla jeszcze jednego, innego obszaru.

1. Dla kwestionariusza „Pacjent – Doświadczenia” współczynniki korelacji poszczególnych pytań w obrębie obszarów, do których były przyporządkowane, zawierały się w przedziałach: dostępność opieki (ACCS): 0,43–0,58; ciągłość opieki (CONT): 0,51–0,79; wszechstronność opieki (COMPR): 0,27–0,71; koordynacja opieki (COOR): 0,3–0,72; jakość obsługi (QUAL): 0,34–0,64; równość opieki (EQ): 0,35–0,61; efektywność opieki (EFF): 0,39–0,66.

2. Dla kwestionariusza „Pacjent – Oczekiwania i wartości” współczynniki korelacji poszczególnych pytań w obrębie obszarów, do których były przyporządkowane, zawierały się w przedziałach: dostępność opieki (ACCS): 0,68–0,77; ciągłość opieki (CONT): 0,68–0,82; jakość obsługi (QUAL): 0,37–0,66.

W celu określenia zdolności dyskryminacyjnej poszczególnych zestawów pytań, odnoszących się do obszarów opieki, obliczono także współczynnik korelacji pomiędzy poszczególnymi obszarami. Zestawienie, oddzielnie dla kwestionariusza „Pacjent – Doświadczenia” i „Pacjent – Oczekiwania i wartości”, przedstawiono w Tabeli 1 i Tabeli 2.

Tabela 1. Zestawienie korelacji pomiędzy poszczególnymi obszarami jakości opieki dla kwestionariusza „Pacjent – Doświadczenia”

	ACCS	CONT	COMPR	COOR	QUAL	EQ	EFF
ACCS	0,6	0,21	0,13	0,27	0,49	0,29	0,08
CONT	0,21	0,6	0,37	0,39	0,47	0,24	0,24
COMPR	0,13	0,37	0,8	0,30	0,30	0,19	0,37
COOR	0,27	0,37	0,30	0,6	0,40	0,17	0,12
QUAL	0,49	0,47	0,30	0,40	0,7	0,46	0,17
EQ	0,29	0,24	0,18	0,17	0,46	0,6	0,08
EFF	0,08	0,24	0,37	0,12	0,17	0,08	0,8

Współczynniki korelacji są istotne z $p < 0,05$, na przecięciu α -Cronbacha; ACCS – dostępność opieki; CONT – ciągłość opieki; COMPR – wszechstronność opieki; COOR – koordynacja opieki; QUAL – jakość obsługi; EQ – równość opieki; EFF – efektywność opieki.

Tabela 2. Zestawienie korelacji pomiędzy poszczególnymi obszarami jakości opieki dla kwestionariusza „Pacjent – Oczekiwania i wartości”

	CONT	EQ	ACCS	QUAL
CONT	0,6	0,6	0,47	0,54
EQ	0,6	–	0,51	0,59
ACCS	0,47	0,51	0,8	0,51
QUAL	0,54	0,56	0,51	0,9

Współczynniki korelacji są istotne z $p < 0,05$, na przecięciu α -Cronbacha; ACCS – dostępność opieki; CONT – ciągłość opieki; QUAL – jakość obsługi; EQ – równość opieki.

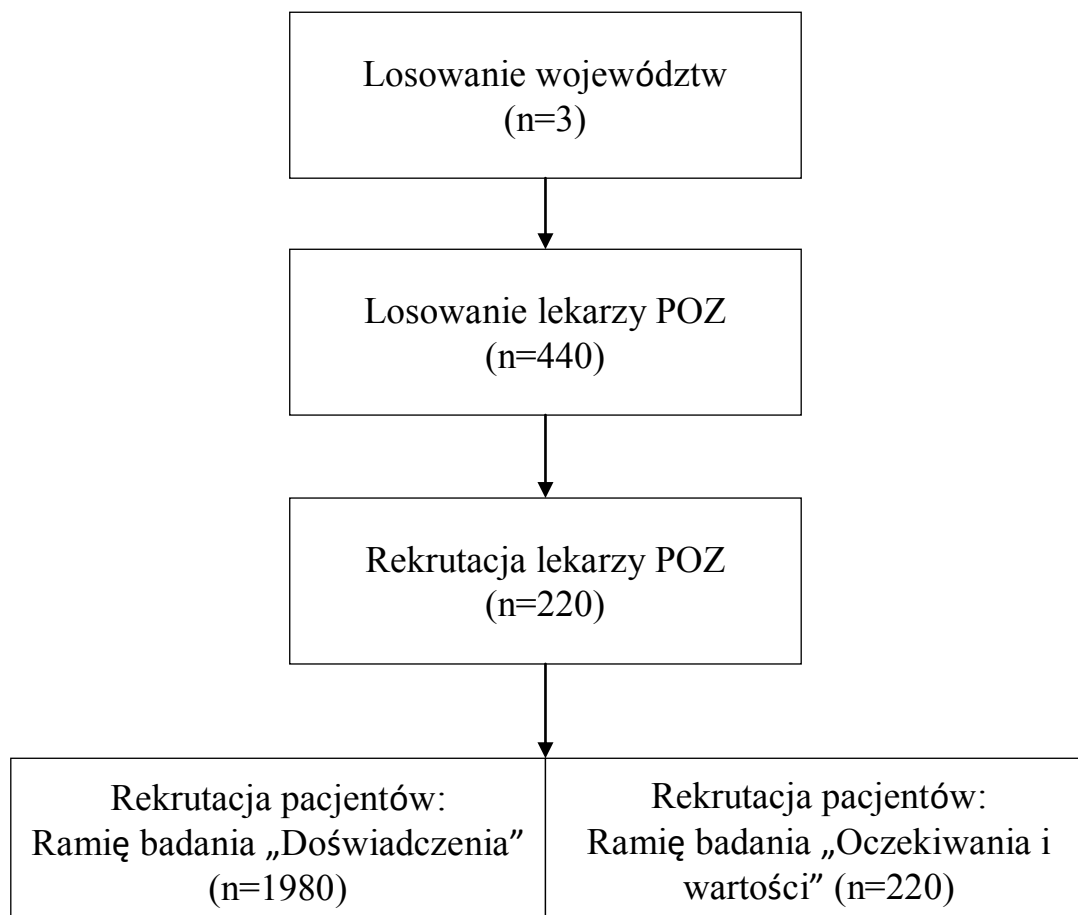
Wysokie korelacje odpowiedzi na pytania z tego samego obszaru jakości opieki świadczą o wysokiej trafności zbieżnej. Korelacje między obszarami mniejsze niż wewnętrzna homogenność skal mierzona współczynnikiem α -Cronbacha i nie większe niż 0,6 świadczą o wysokiej trafności różnicowej (dyskryminacyjnej).

2.3 Uczestnicy badania

Zgodnie z międzynarodowym protokołem badania, w Polsce zaplanowano rekrutowanie 2200 pacjentów korzystających z usług 220 lekarzy POZ: 1980 w ramieniu badania „Doświadczenia” oraz 220 w ramieniu badania „Oczekiwania i wartości”. Uczestnicy badania stanowili reprezentatywną

losową warstwową próbę dorosłych pacjentów korzystających z konsultacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Schemat doboru próby przedstawia Rycina 4.

Rycina 4. Schemat doboru próby badania QUALICOPC w Polsce



W pierwszym etapie, w sposób losowy wyłoniono 3 województwa (małopolskie, podlaskie i zachodniopomorskie). Następnie, z list lekarzy świadczących usługi w POZ, udostępnionych przez odpowiednie Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, wylosowano 440 lekarzy (przewidywana 50% skuteczność rekrutacji), z założeniem, że nie są to lekarze praktykujący w tej samej poradni POZ oraz z uwzględnieniem liczby ludności i lekarzy POZ w poszczególnych województwach (Tabela 3). Procedura losowania na każdym etapie została przeprowadzona w oparciu o funkcję *Próbkowanie – Losowanie proste* programu Statistica v.10 (StatSoft).

Tabela 3. Założenia proporcjonalnej rekrutacji uczestników badania

Województwo	Liczba ludności (mln)	Liczba lekarzy POZ	Docelowa liczba zrekrutowanych		
			Lekarzy POZ	Pacjentów	
				Ramię „Doświadczenia”	Ramię „Oczekiwania i wartości”
Małopolskie	3,3	2107	100–110	9/1 lekarza (razem 1980 osób)	1/1 lekarza (razem 220 osób)
Podlaskie	1,2	419	50–60		
Zachodniopomorskie	1,7	570	50–60		

Ankieterzy za pośrednictwem lokalnych koordynatorów otrzymywali z Centrum Rekrutacji zestawy kwestionariuszy, na które składały się 1 kwestionariusz „Lekarz POZ”, 9 kwestionariuszy „Pacjent – Doświadczenia”, 1 kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości”, 1 kwestionariusz „Przychodnia”. Ankieter otrzymywał także zestaw zapasowych blankietów, które mógł wykorzystać w przypadku zagubienia lub uszkodzenia blankietów pochodzących z numerowanych zestawów. W takim przypadku na blankiecie zapasowym ankieter w odpowiednim miejscu nanosił odręcznie numer identyfikacyjny zestawu.

W uzgodnionym terminie ankieter odwiedzał praktykę POZ, uzyskiwał pisemną zgodę na udział w badaniu lekarza i przekazywał mu do wypełnienia (po udzieleniu krótkiej instrukcji) kwestionariusz lekarza POZ. Następnie zapraszał do udziału w badaniu kolejne 10 dorosłych osób korzystających w danym dniu z usług badanego lekarza. W przypadku odmowy, zapraszał kolejną osobę, aż do zakończenia rekrutacji założonej liczby respondentów. Do badania włączono w każdej praktyce POZ dziesięciu kolejnych pacjentów spełniających kryteria włączenia do badania.

Kryteria włączenia obejmowały:

- ukończone 18 lat,
- korzystanie ze świadczeń lekarza POZ uczestniczącego w badaniu w dniu przeprowadzania badania,
- wyrażenie świadomej zgody na badanie, poświadczone własnoręcznym podpisem na formularzu zgody.

Kryteria wyłączenia obejmowały:

- brak spełnionych kryteriów włączenia,
- brak możliwości samodzielnego udzielenia odpowiedzi na pytania kwestionariusza (np. brak możliwości zrozumienia pytań, ubezwłasnowolnienie itp.).

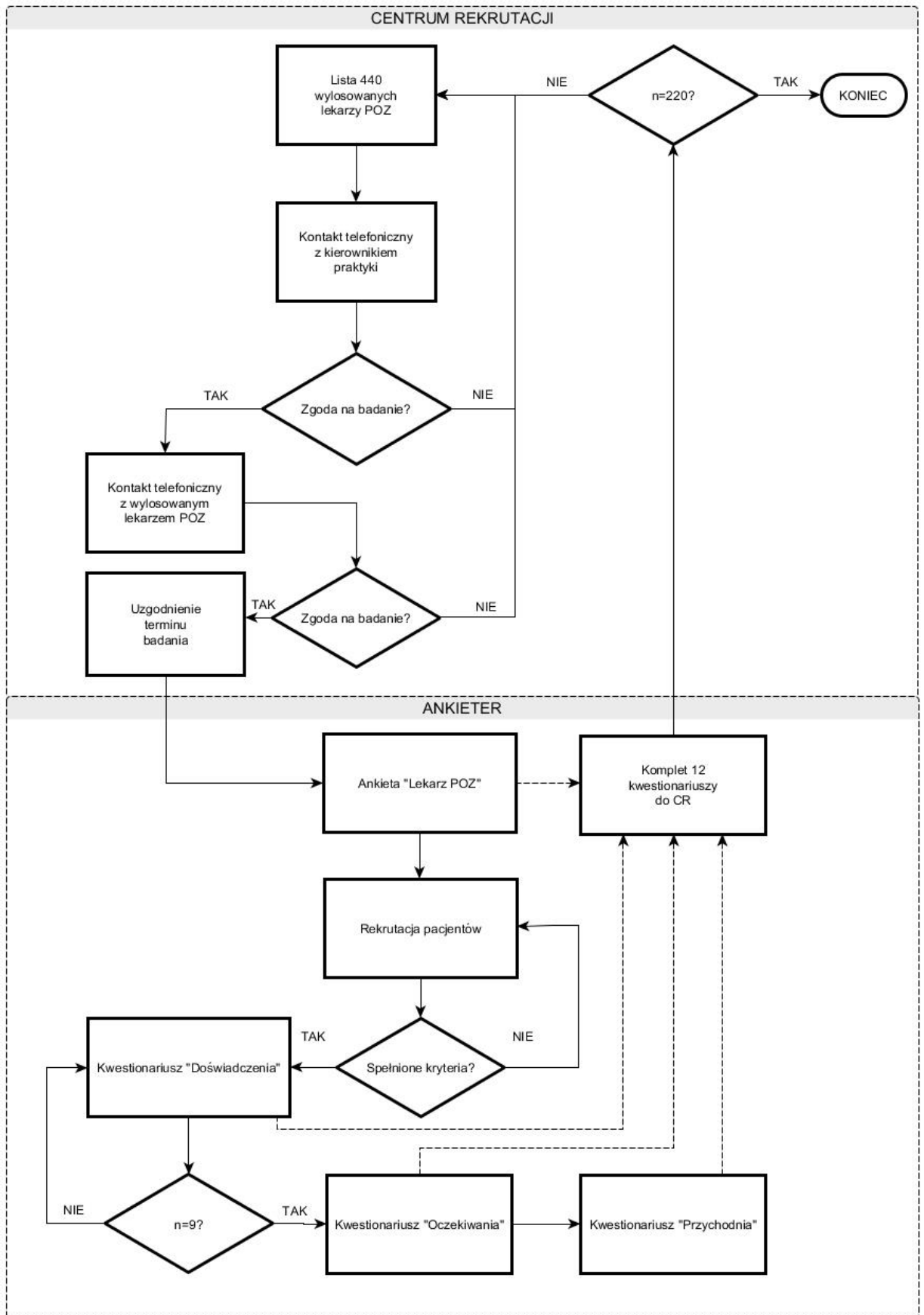
Ograniczenia techniczne (np. niedowidzenie, kłopoty z pisaniem) nie stanowiły kryterium wyłączenia. W takiej sytuacji dopuszczalne było udzielenie pomocy technicznej przez ankietera, z zachowaniem neutralności.

Wypełnianie kwestionariusza miało miejsce w przychodni, bezpośrednio po wyjściu pacjenta z gabinetu lekarskiego. Po uzyskaniu pisemnej i świadomej zgody, dziewięciu pacjentów otrzymywało do wypełnienia kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia”, a dziesiąty – kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości”. Zarówno lekarze, jak i pacjenci zwracali ankieterowi wypełniony formularz w nieoznakowanej, zaklejonej kopercie. Szczegółowy algorytm badania przedstawia Rycina 5.

2.4 Baza danych

Do wprowadzania informacji z kwestionariuszy i przygotowania bazy danych użyto oprogramowania MS Access 2010 (Microsoft). Wprowadzanie danych odbywało się poprzez specjalnie zaprojektowany zestaw formularzy, zawierający mechanizmy i udogodnienia zmniejszające ryzyko popełnienia błędów przy przenoszeniu danych z wersji papierowej (m.in. zamknięte, predefiniowane listy opcji, automatyczne sprawdzanie poprawności wpisanych kodów identyfikacyjnych). Pliki bazy danych przechowywane były na komputerach stanowiących własność Zakładu Medycyny Rodzinnej UJCM, w folderach zabezpieczonych hasłem przed dostępem osób niepowołanych. Wprowadzaniem danych do cyfrowej bazy danych zajmowali się przeszkoleni pracownicy Centrum Rekrutacji. Po zakończeniu przenoszenia danych przeprowadzono scalenie plików bazy danych z poszczególnych stanowisk roboczych. Kompletną bazę danych poddano oczyszczeniu z wykorzystaniem narzędzi automatycznych (m.in. usuwanie duplikatów, identyfikacja pustych rekordów). Następnie badacze z Zakładu Medycyny Rodzinnej UJCM dokonali przeglądu bazy danych pod kątem poprawności i rzetelności wprowadzanych danych, poszukując danych nietypowych, błędnych, nieprawdopodobnych i tam, gdzie to było możliwe – dokonując korekty w oparciu o papierowe wersje kwestionariuszy. W kolejnym etapie dokonano eksportu kompletnej bazy danych do programu Statistica v.10 (StatSoft).

Rycina 5. Algorytm realizacji badania



2.5 Zasady oceny jakości opieki

W celu oceny jakości doświadczeń oraz zakresu oczekiwań dla poszczególnych zmiennych przyjęto jednolitą skalę oceny od -1 do $+1$.

Dla ramienia badania „Doświadczenia”, doświadczeniom pozytywnym przypisano wartości dodatnie, doświadczeniom negatywnym – ujemne. W przypadku zmiennych dychotomicznych, dla pytań z dwoma wersjami odpowiedzi (Tak/Nie) poszczególnym odpowiedziom przyporządkowano wartości $(+1)$ lub (-1) , w zależności od kontekstu pytania. W przypadku zmiennych o wartościach w skali porządkowej, dla pytań z większą liczbą możliwych odpowiedzi, ich poszczególnym wersjom przyporządkowano wartości od (-1) dla wartości skrajnie negatywnej do $(+1)$ dla wartości skrajnie pozytywnej, pozostałym odpowiedziom przydzielając wartości pośrednie: $(-0,5)$, (0) , $(+0,5)$.

Dla ramienia badania „Oczekiwania i wartości”, gdzie poszczególne aspekty opieki POZ oceniane były na skali porządkowej, wartości ujemne zostały przypisane zagadnieniom uznawanym za nieważne dla pacjenta, zagadnieniom ważnym – dodatnie, według następującej skali: (-1) dla zagadnień określanych jako „nieważne”, $(-0,5)$ dla zagadnień określanych jako „raczej nieważne”, $(+0,5)$ dla zagadnień ocenianych jako „ważne”; $(+1)$ dla zagadnień uznanych za „bardzo ważne”.

Określenie wartości dla poszczególnych zmiennych przeprowadzało niezależnie dwóch członków zespołu badawczego Zakładu Medycyny Rodzinnej UJCM. Następnie zestawiono obydwie wersje. W sytuacji pojawienia się rozbieżności lub wątpliwości, ostateczną punktację ustalano w drodze dyskusji i uzgodnień panelowych zespołu badawczego Zakładu Medycyny Rodzinnej UJCM. Ostatecznie ustalony klucz kodów do poszczególnych wersji odpowiedzi włączono w dalszych etapach do programu wspierającego analizę statystyczną.

2.5.1 Wskaźnik satysfakcji i wartości

Poszczególne zmienne zostały przyporządkowane do ocenianych obszarów opieki według klucza ustalonego przez międzynarodowego koordynatora badania *QUALICOPC*. Przyporządkowanie zmiennych do poszczególnych obszarów przedstawia Tabela 4.

W celu syntezy oceny doświadczeń i oczekiwań w ramach poszczególnych obszarów, odrębnie dla ramienia „Doświadczenia” i ramienia „Wartości i oczekiwania” obliczono odpowiedni wskaźnik satysfakcji (SI – *Satisfaction Index*) oraz wskaźnik wartości (VI – *Value Index*), będący średnią z wartości zmiennych przyporządkowanych do poszczególnych obszarów oceny jakości opieki.

Tabela 4. Przyporządkowanie zmiennych do obszarów jakości opieki

Obszar jakości opieki	Przyporządkowane zmienne (nr pytania kwestionariusza)
Kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia”	
Dostępność opieki	6.7, 11.1–11.5; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 26
Wszechstronność opieki	9; 28.1–28.14
Koordinacja opieki	19.1; 24.1; 24.2; 24.4, 24.5; 27
Ciągłość opieki	6.1; 8.1; 8.2; 10
Jakość obsługi	6.2–6.6; 6.9; 6.10; 8.3; 8.4; 11.6; 19.2; 19.3; 20
Efektywność opieki	29.1–29.7; 30.1–30.9
Równość opieki	6.8; 18.1–18.5; 22; 24.3
Kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości”	
Dostępność opieki	5.1–5.5
Ciągłość opieki	3.1; 4.1; 4.2
Jakość obsługi	3.2–3.4; 3.6; 3.7; 4.3; 6.1–6.6; 7.1–7.13; 8.1–8.8; 9.1–9.6
Równość opieki	3.5

Dla ramienia badania „Doświadczenia” na poziomie poszczególnych uczestników badania przeprowadzono też analizę rozkładu doświadczeń w ramach ocenianych obszarów opieki. Wartość wskaźnika satysfakcji poszczególnych respondentów w badanych obszarach przyporządkowano do odpowiedniej kategorii doświadczeń, wg klasyfikacji przedstawionej w Tabela 5.

Tabela 5. Kategoryzacja indywidualnych doświadczeń respondentów

Kategoria doświadczeń	Wartość wskaźnika jakości
Całkowicie negatywne	-1
Negatywne	(-1, -0.2)
Neutralne	[-0.2, 0.2]
Pozytywne	(0.2, 1)
Całkowicie pozytywne	1

2.5.2 Wskaźnik zaspokojenia oczekiwań

W celu oceny poziomu zaspokojenia oczekiwań pacjentów przeprowadzono porównanie wskaźników jakości dla obszarów jednoimiennych, obecnych zarówno w badaniu doświadczeń, jak i oczekiwań. Konstrukcja narzędzi badawczych umożliwiła porównanie oczekiwań i doświadczeń pacjentów w obszarach: dostępności, koordynacji opieki, jakości obsługi i efektywności opieki.

Celem tej dodatkowej analizy była identyfikacja obszarów, w których oczekiwania pacjentów są w najmniejszym stopniu spełnione i które w pierwszej kolejności powinny stać się obszarami działań w zakresie poprawy jakości.

Dla każdego obszaru jednoimiennego został wyznaczony wskaźnik zaspokojenia oczekiwań (MEI – *Met Expectations Index*), będący różnicą między średnimi wartościami wskaźnika jakości dla danego obszaru z badania doświadczeń i badania oczekiwań i wartości.

$$MEI_{(A)} = SI_{(A)} - VI_{(A)}$$

gdzie: **MEI** – wskaźnik zaspokojenia potrzeb, **A** – obszar opieki, **SI** – wskaźnik satysfakcji, **VI** – wskaźnik wartości.

Wskaźnik MEI może przyjąć wartości od –1 do +1. Wartość równa lub bliska zero oznacza (prawie) pełne zaspokojenie oczekiwań. Wartości ujemne wskazują na doświadczenia poniżej poziomu oczekiwań (brak zaspokojenia potrzeb). Wyznaczenie MEI oraz wskazanie obszarów o niskich (zwłaszcza ujemnych) wartościach ma pozwolić zidentyfikować te aspekty opieki POZ, które mogą wymagać w pierwszej kolejności poprawy jakości.

Dodatkowo wskaźnik MEI został obliczony dla wybranych, pojedynczych (w pełni równoważnych) zmiennych, pojawiających się w obydwu ramionach badania.

2.6 Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania Statistica v.10 (StatSoft). Dla przedstawienia charakterystyki respondentów, analizy odpowiedzi na pozostałe pytania ankiet oraz wskaźników satysfakcji (SI) i wskaźników wartości (VI) obliczonych dla poszczególnych obszarów jakości opieki obliczono: rozkłady częstości dla cech mierzonych na skali nominalnej lub porządkowej (jakościowych), średnią wraz z odchyleniem standardowym, medianę oraz kwartyłe dolny/pierwszy (Q1) i górny/trzeci (Q3), minimum i maksimum dla zmiennych przedziałowych (ilościowych). Do porównania dwóch średnich zastosowano dla zmiennych ilościowych test t, w przypadku niespełnienia założeń (braku rozkładu normalnego) oraz do porównania rozkładów zmiennej porządkowej w dwóch podgrupach zastosowano jego nieparametryczny odpowiednik – test U Manna-Whitneya. Analogicznie, w przypadku więcej niż dwóch grup zmiennych niepowiązanych, wykorzystano analizę wariancji (ANOVA) w sytuacji występowania rozkładów normalnych i jednorodnych wariancji w porównywanych podgrupach lub jej nieparametryczny odpowiednik – test Kruskalla-Wallisa. Do badania powiązania dwóch zmiennych zastosowano dla zmiennych ilościowych współczynnik korelacji Pearsona (r), do badania powiązania dwóch zmiennych porządkowych lub ilościowych o rozkładach różnych od normalnego obliczono współczynnik korelacji rang Spearmana (R) oraz współczynnik korelacji gamma (w przypadku danych zawierających wiele obserwacji powiązanych). W celu oszacowania łącznego wpływu analizowanych zmiennych niezależnych na wskaźniki satysfakcji i wskaźniki wartości w poszczególnych obszarach, wykorzystano modele regresji wielorakiej, wskazując zmienne istotnie powiązane ze zmienną objaśnianą przez model, przy jednoczesnej kontroli pozostałych zmiennych oraz obliczając proporcję całkowitej wariancji zmiennej objaśnianej (R^2), która jest tłumaczona przez ten model. W celu

identyfikacji zmiennych niezależnych istotnie związanych z negatywnymi doświadczeniami w ramieniu badania „Doświadczenia”, wykorzystano modele regresji logistycznej krokowo-wstecznej, obliczając ilorazy szans (OR) negatywnych doświadczeń w poszczególnych obszarach opieki. Dla całości obliczeń i analiz statystycznych przyjęto powszechnie stosowany poziom istotności $\alpha=0,05$.

3 Wyniki

3.1 Respondenci

Ogółem w badaniu udział wzięło 2200 dorosłych pacjentów, korzystających z jakiegokolwiek powodu ze świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w jednej z 220 placówek lecznictwa otwartego. Pacjentów rekrutowano, zgodnie z protokołem badania, w 120 praktykach województwa małopolskiego, 53 zachodniopomorskiego i 47 podlaskiego. Większość respondentów korzystała z opieki w przychodniach zlokalizowanych w miastach (duże miasto – 30%, małe miasto – 30%, przedmieścia – 6,8%), mniej więcej co czwarty pacjent (27,2%) leczył się u lekarza w praktyce wiejskiej, co dziewiąty (10,9%) w praktyce w małym ośrodku zlokalizowanym na pograniczu miasta i wsi.

W większości praktyk na zewnątrz dostępna była czytelna informacja o godzinach otwarcia oraz wskazówki, jak otrzymać pomoc poza godzinami pracy przychodni (odpowiednio: 96,4 i 80,5%). Praktyki były zlokalizowane na parterze lub posiadały windę dostępną dla pacjentów (95%), w większości z nich (84,1%) znajdowała się toaleta dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, a prawie połowa (45,7%) miała także wydzielone dla nich miejsca parkingowe. W co jedenastej praktyce (9,1%) istniały wyraźne bariery utrudniające lub uniemożliwiające dostanie się do środka osobie na wózku inwalidzkim lub z wózkiem dziecięcym. W większości (63,9%) zadbano o prywatność rozmów w rejestracji, a tylko w 6,8% przychodni osoby w poczekalni mogły usłyszeć lub zobaczyć, co dzieje się w gabinecie w czasie konsultacji.

Respondenci byli pacjentami lekarzy POZ, wśród których kobiety stanowiły 63,6%, a średnia wieku wynosiła 49,7 roku ($SD \pm 8,7$ roku). Najmłodszy lekarz miał lat 30, a najstarszy 82. Najlicniejsza grupa lekarzy (45,5%) pracowała w POZ powyżej 15 lat. Staż pracy poniżej 5 lat miało 4,5% lekarzy. Trzy czwarte lekarzy posiadało specjalizację z medycyny rodzinnej (dla 27,2% była to jedyna specjalizacja). Blisko połowa lekarzy (46,8%) była zaangażowana w prowadzenie edukacji medycznej przed- i/lub podyplomowej.

Łącznie na pytania o doświadczenia odpowiedziało 1980 pacjentów (ramię badania „Doświadczenia”), a na pytania o wartości i oczekiwania 220 (ramię badania „Oczekiwania i wartości”). Niemal wszystkie ankiety, z wyjątkiem jednej z zakresu „Doświadczenia” oraz jednej z zakresu „Oczekiwania i wartości”, były kompletne i zostały włączone do analizy.

3.1.1 Respondenci – ramię badania „Doświadczenia”

W podgrupie „Doświadczenia” 60,6% respondentów stanowiły kobiety, średni wiek wynosił 48,2 (SD $\pm 16,6$) roku. Najstarszy respondent miał 87 lat, najmłodszy – 18. Prawie połowa mieszkała razem z dziećmi do 18. r.ż., a 85% z inną dorosłą osobą. Największy odsetek respondentów miał wykształcenie średnie, . Wykształcenie wyższe posiadał co czwarty badany. Prawie połowa była aktywna zawodowo (co dwunasta osoba prowadziła działalność gospodarczą). Niemal połowa respondentów deklarowała przeciętny dochód, a niższy niż przeciętny status materialny wskazało blisko 40%. Ponad połowa leczyła się z powodu co najmniej jednej choroby przewlekłej. Łącznie, jako „dobry” i „bardzo dobry” określiła swój stan zdrowia ponad połowa badanych. Prawie co trzeci pacjent swój stan zdrowia określił jako „zadowolający”, a co szósty respondent ocenił swój status zdrowotny jako „zły”. Blisko 85% badanych potwierdziło, że lekarz, u którego właśnie byli, jest ich lekarzem POZ. Tylko co dwudziesty badany twierdził, że nie ma swojego lekarza POZ. Dla co czwartego pacjenta była to pierwsza wizyta od przynajmniej pół roku, 16% podało, że w tym czasie korzystało z usług lekarza pięć lub więcej razy. Dla 3/4 pacjentów jednym z powodów wizyty był aktualny stan zdrowia (wizyta w związku z zachorowaniem lub wizyta kontrolna), niespełna 1/3 pacjentów prosiła o receptę na leki stosowane przewlekłe, dla ok. 1/5 powodem wizyty były procedury administracyjne (uzyskanie skierowania lub zaświadczenia lekarskiego). Co trzeci pacjent podawał więcej niż jeden powód zgłoszenia się do lekarza, przy czym 4 i więcej powodów konsultacji dotyczyło jednego na sto respondentów.

3.1.2 Respondenci – ramię badania „Oczekiwania i wartości”

W badanej grupie „Oczekiwania i wartości” większość respondentów stanowiły kobiety, średni wiek wynosił 45,3 roku. Zdecydowana większość mieszkała razem z innymi osobami dorosłymi, a ponad połowa z dziećmi do 18. roku życia. Aktywni zawodowo respondenci stanowili ponad połowę badanych (co dziesiąty prowadził własną działalność gospodarczą). Ponad połowa miała wykształcenie średnie, wykształcenie wyższe wskazał co czwarty badany. Prawie co trzeci respondent miał dochody poniżej przeciętnej, wyższy od przeciętnej poziom dochodów wskazał co dziesiąty z nich. Ponad połowa respondentów nie miała postawionej diagnozy żadnej choroby przewlekłej. Jako zadowolający swój stan zdrowia określiła prawie trzecia część respondentów, jako dobry i bardzo dobry – łącznie blisko dwie trzecie.

Badane podgrupy pacjentów POZ stanowiły populację praktycznie homogeną pod względem etnicznym i językowym, dlatego zmienne te zostały pominięte w dalszej analizie. Szczegółowe zestawienie charakterystyki respondentów uczestniczących w badaniu przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 6. Zestawienie charakterystyk respondentów w obydwu ramionach badania

Cecha	Respondenci ramienia „Doświadczenia” (n=1979)	Respondenci ramienia „Oczekiwania i wartości” (n=219)
Płeć		
Kobiety (%)	60,6	65,6
Wiek (lata)		
Średnia (±SD)	48,2 (±16,6)	45,3 (±14,5)
min./max.	18/87	18/83
Miejsce urodzenia w Polsce (%)		
Respondent	98,7	98,6
Matka respondenta	97,8	97,7
Aktywność zawodowa (%)		
Zatrudniony(a)	38,9	48,2
Prowadzący(a) własną działalność gospodarczą	8,6	12,4
Student(ka)	6,9	5,5
Szukający(a) pracy/bezrobotny(a)	8,1	6
Niezdolny(a) do pracy	5,3	4,1
Emeryt(ka)	27,4	19,7
Prowadzący(a) dom/opiekujący(a) się dziećmi	8,9	7,3
Wykształcenie (%)		
Brak/podstawowe/zawodowe	32	20,6
Średnie	43,3	56
Wyższe	24,7	23,4
Znajomość j. polskiego (%)		
Biegła	96,5	97,7
Wystarczająca	2,8	2,3
Średnia, słaba/brak	0,7	0
Dochód (%)		
Poniżej przeciętnej	39,9	30,3
Okolo przeciętnej	48,5	57,4
Powyżej przeciętnej	11,6	12,3
Stan zdrowia (%)		
Bardzo dobry	11,3	12,8
Dobry	41,4	48,4
Zadowolający	29,8	30,6
Zły	17,5	8,2
Diagnoza choroby przewlekłej	51,8	41,1

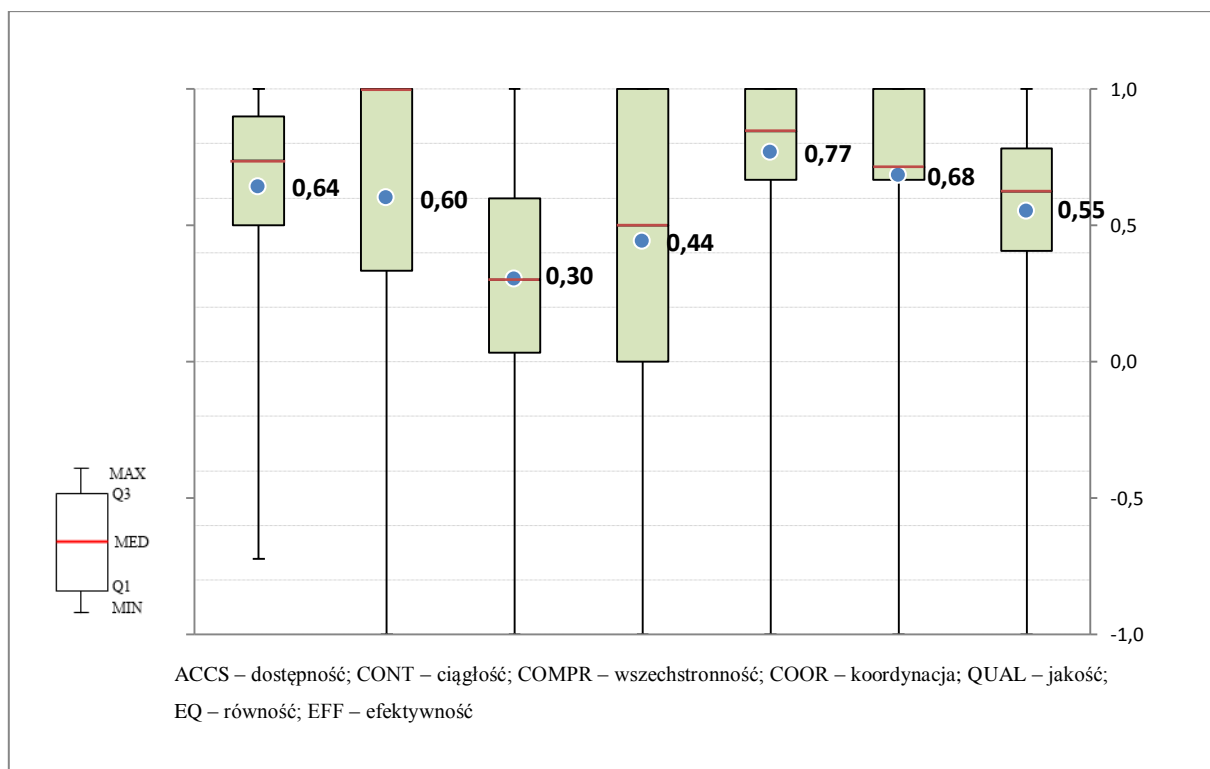
3.2 Ocena doświadczeń

Respondenci uczestniczący w badaniu pozytywnie ocenili swoje doświadczenia związane z jakością opieki, jaką otrzymują u swojego lekarza POZ. Wskaźnik satysfakcji (SI) we wszystkich obszarach

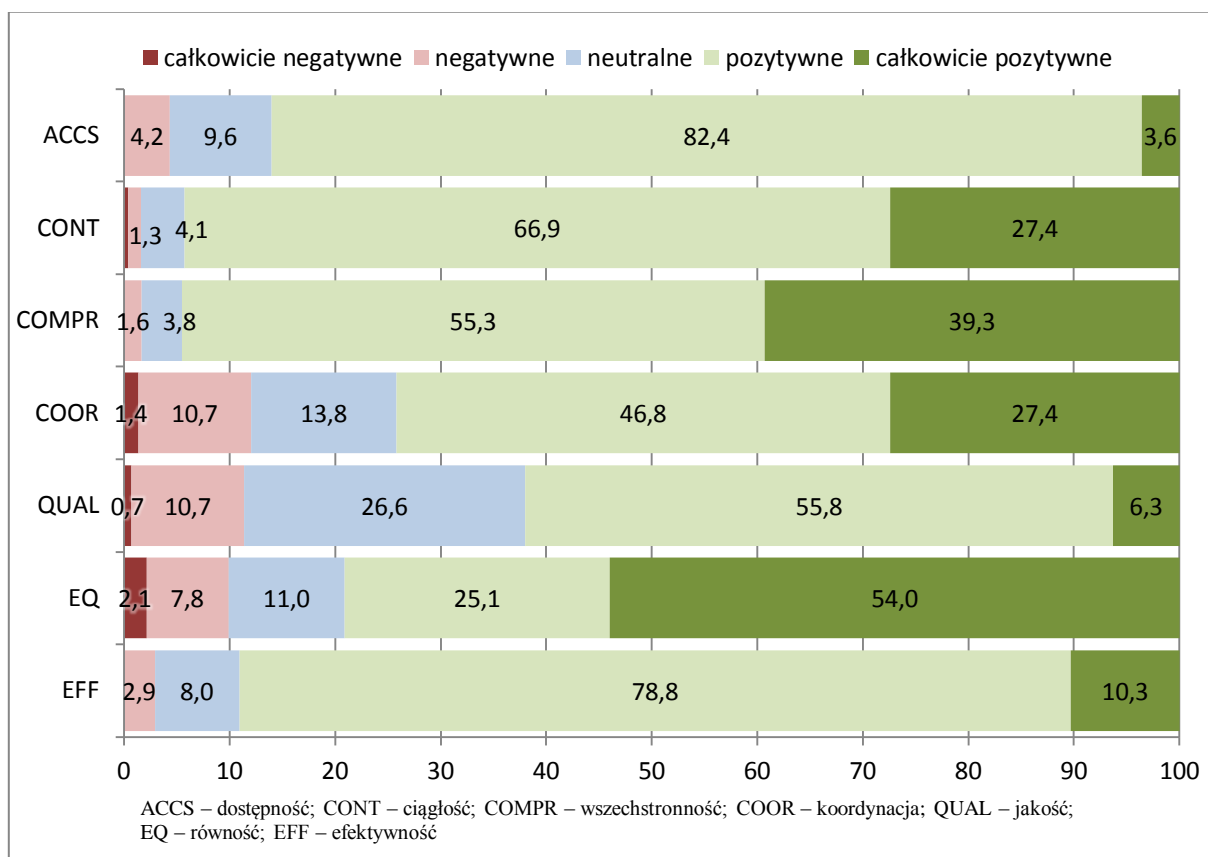
przyjął wartość dodatnią, dolne kwartyłe także we wszystkich obszarach miały wartość dodatnią. Najniższe wyniki odnotowano dla doświadczeń związanych z wszechstronnością (COMPR) oraz koordynacją (COOR) opieki. Najwyżej oceniane były doświadczenia związane z jakością obsługi (QUAL) oraz równością w traktowaniu (EQ). Szczegółowe rozkłady wartości wskaźnika satysfakcji dla poszczególnych obszarów przedstawiono na Rycinie 6.

We wszystkich badanych obszarach opieki doświadczenia większości respondentów znajdowały się w kategoriach doświadczeń pozytywnych i całkowicie pozytywnych. Najwyższy odsetek całkowicie pozytywnych doświadczeń odnotowano w obszarze równości opieki, najniższy w obszarze dostępności. Niski odsetek ocen całkowicie pozytywnych i jednocześnie najwięcej ocen neutralnych odnotowano w obszarze jakości obsługi. Doświadczenia negatywne i całkowicie negatywne łącznie, w najgorzej ocenianych obszarach dotyczyły około 10% respondentów. W trzech obszarach (dostępność, wszechstronność i efektywność opieki) praktycznie nie odnotowano ocen całkowicie negatywnych. Rycina 7 przedstawia szczegółowy rozkład odsetkowy wartości średnich ocen według przyporządkowania do kategorii doświadczeń w poszczególnych obszarach opieki.

Rycina 6. Wskaźnik satysfakcji (SI) dla poszczególnych obszarów opieki



Rycina 7. Rozkład doświadczeń w poszczególnych obszarach opieki (w procentach)

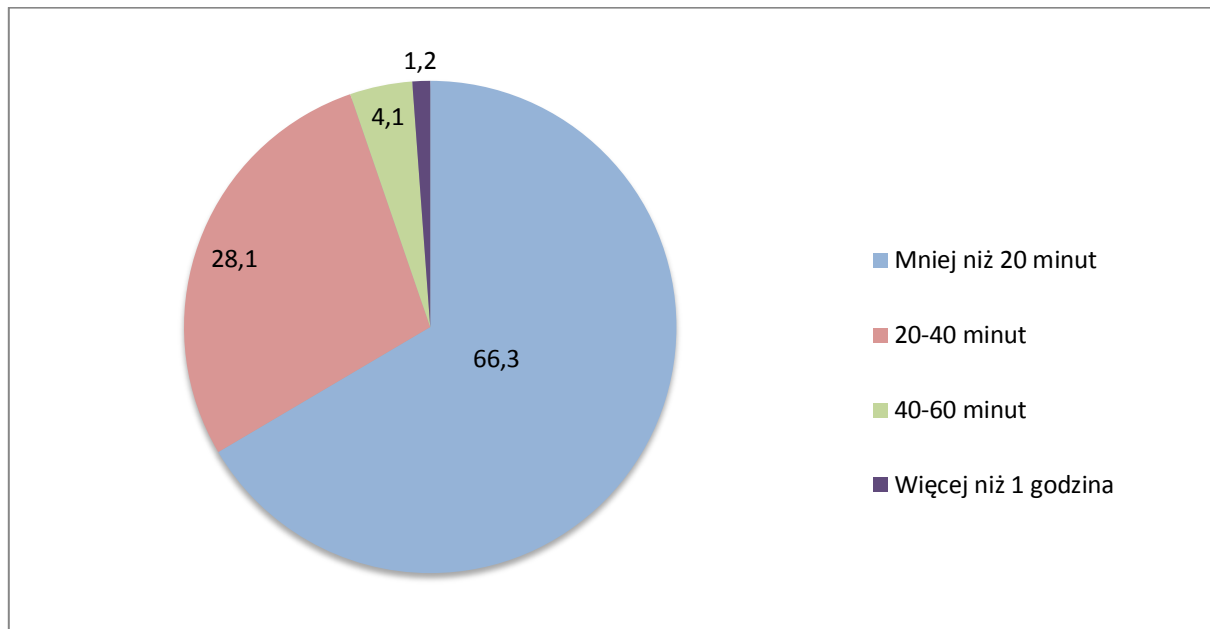


3.2.1 Dostępność opieki

Wskaźnik satysfakcji (SI) w obszarze dostępności (ACSS) przyjął wartość dodatnią i wyniósł 0,64 (SD 0,33). Wiek pacjenta dodatnio korelował z oceną dostępności, ale była to korelacja słaba ($r=0,08$; $p<0,0001$). Gorzej dostępność oceniali pacjenci, których lekarzami POZ były kobiety (0,62 vs 0,69; $p<0,001$), oraz pacjenci lekarzy posiadających specjalizację wyłącznie z medycyny rodzinnej w porównaniu z lekarzami ze specjalizacją z MR i inną (0,56 vs 0,67; $p<0,001$), oraz w porównaniu z lekarzami nieposiadającymi specjalizacji z MR w ogóle (0,56 vs 0,67; $p<0,01$). Wiek lekarza ani staż pracy w POZ nie wpływał na ocenę. Jako trudniejszy ocenili też dostęp do lekarza pacjenci praktyk kształcących studentów i rezydentów (0,60 vs 0,68; $p<0,001$). Dłuższy czas konsultacji lekarskiej wiązał się także z gorszą oceną dostępności ($r=-0,22$; $p<0,001$). Najniżej dostępność do lekarza POZ ocenili pacjenci z dużych miast, przy czym najbardziej w swoich ocenach różnili się od pacjentów z praktyk wiejskich (0,54 vs 0,76; $p<0,001$). Lepiej dostępność do lekarza oceniali pacjenci praktyk, w których nie było czytelnej informacji o godzinach otwarcia (0,76 vs 0,64; $p<0,01$), była informacja o sposobie uzyskania pomocy poza godzinami pracy przychodni (0,66 vs 0,59; $p<0,001$) i nie było wyznaczonych miejsc parkingowych dla niepełnosprawnych (0,67 vs 0,60; $p<0,001$).

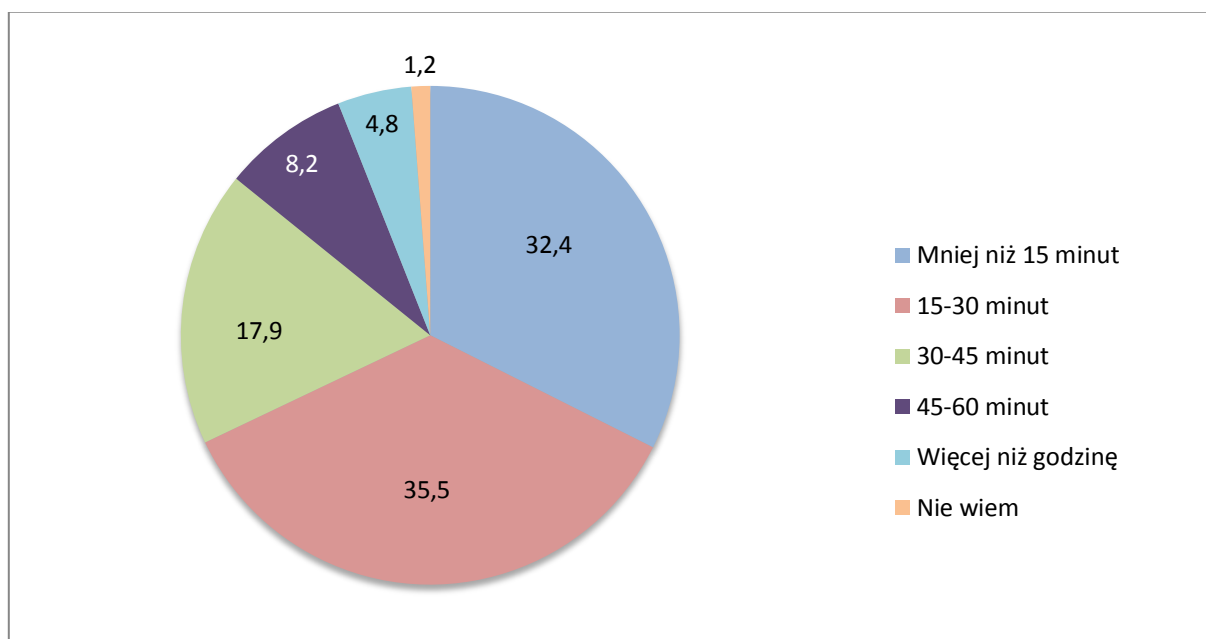
Dla 78% badanych godziny otwarcia praktyki POZ były wystarczające. Co szósty pacjent (15%) twierdził, że praktyka jest zbyt oddalona od miejsca zamieszkania lub pracy. Rozkład deklarowanego czasu dotarcia do praktyki przedstawia Rycina 8.

Rycina 8. Czas dojazdu do praktyki – rozkład procentowy



Połowa pacjentów zgłosiła się do lekarza bez wcześniejszego ustalenia terminu wizyty, dalsze 35% respondentów termin ten ustaliło tego samego dnia lub w dniu poprzednim. Dłużej niż tydzień czekało ok. 2% badanych. Połowa spośród pacjentów, którzy ustalali wcześniej termin wizyty, potwierdziła, że uzyskanie terminu było łatwe. Trzy czwarte (73%) respondentów nie miało problemów z dodzwonieniem się do rejestracji. Czas oczekiwania w poczekalni na konsultację przedstawia Rycina 9.

Rycina 9. Czas oczekiwania w poczekalni – rozkład procentowy



Zdecydowana większość respondentów (92%) stwierdziła, że lekarz poświęcił im odpowiednią ilość czasu w trakcie konsultacji. Dwie trzecie badanych było zdania, że w razie potrzeby otrzyma wizytę domową. Nieco poniżej 40% badanych uznało, że uzyskanie pomocy lekarza POZ w nocy oraz w dni wolne od pracy nie jest zbyt trudne. Przeciwnego zdania było ok. 27% badanych. Trzy czwarte (73%) wiedziało, jak uzyskać pomoc w czasie, gdy praktyka POZ jest zamknięta. Co dwunasty respondent (8%) przyznał, że w ciągu ostatniego roku przynajmniej raz skorzystał z porady w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) z powodu braku dostępu do lekarza POZ lub spodziewając się tam lepszej i sprawniejszej opieki. W ocenie zbiorczej z użyciem wieloczynnikowego modelu regresji wielorakiej stwierdzono, że niezależnie na lepszą ocenę dostępności wpływał wiek pacjenta, dobra i bardzo dobra samoocena stanu zdrowia oraz korzystanie ze świadczeń w praktyce na terenie wiejskim. Zmiennymi związanymi z gorszą oceną w tym modelu był czas trwania konsultacji lekarskiej oraz korzystanie z porad lekarza, który posiadał specjalizację wyłącznie z medycyny rodzinnej. Uzyskany w tej analizie zespół zmiennych w niewielkim stopniu tłumaczy wynik ogólny w obszarze dostępności opieki ($R^2=0,1$). Szczegółowe wyniki dla zmiennych uzyskanych w modelu regresji przedstawia Tabela 7.

Tabela 7. Wpływ zmiennych w modelu regresji wielorakiej na ocenę dostępności opieki (ACCS)

Zmienna	b	Błąd standardowy (b)	p
Wiek pacjenta	0,002644	0,000485	<0,001
Samoocena stanu zdrowia: bardzo dobry	0,106840	0,026180	<0,001
Samoocena stanu zdrowia: dobry	0,054535	0,016499	<0,001
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	0,133077	0,017400	<0,001
Czas trwania konsultacji	-0,013498	0,001512	<0,001
Specjalizacja lekarza POZ: medycyna rodzinna (wyłącznie)	-0,075238	0,016355	<0,001

Niezależnie od pozostałych cech, korzystanie ze świadczeń lekarzy z praktyk zlokalizowanych na terenach wiejskich i mieszanych miejsko-wiejskich wiązało się z większą szansą negatywnych doświadczeń w obszarze dostępności opieki. Podobny wpływ miał dobry i bardzo dobry stan zdrowia pacjenta, dłuższy czas trwania konsultacji lekarskiej, brak specjalizacji z medycyny rodzinnej u lekarza POZ oraz młodszy wiek pacjenta. Szczegółowe zestawienie wpływu poszczególnych zmiennych na szansę negatywnej oceny dostępności opieki przedstawia Tabela 8.

Tabela 8. Zestawienie zmiennych związanych z negatywną oceną dostępności opieki (ACCS) – model regresji logistycznej krokowo-wstecznej

Zmienna	iloraz szans (OR)	Przedział ufności (95% CI)	p
Wiek pacjenta	0,973	0,96–0,97	<0,001
Samoocena stanu zdrowia: bardzo dobry	1,907	1,27–2,86	<0,01
Samoocena stanu zdrowia: dobry	1,408	1,07–1,85	<0,05
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	3,21	1,91–5,56	<0,001
Lokalizacja praktyki: obszar mieszany miejsko-wiejski	1,869	1,16–2,99	=0,01
Lokalizacja praktyki: małe miasto	3,231	1,92–5,42	<0,001
Czas trwania konsultacji	1,1	1,06–1,14	<0,001
Specjalizacja lekarza POZ: medycyna rodzinna (wyłącznie)	0,529	0,38–0,73	<0,001
Specjalizacja lekarza POZ: medycyna rodzinna i inna specjalizacja	0,695	0,5–0,97	<0,001

3.2.2 Ciągłość opieki

Wskaźnik satysfakcji (SI) w ocenie ciągłości opieki przyjął wartość dodatnią i wyniósł 0,6 (SD 0,52). W tym obszarze wyżej opiekę oceniły kobiety (0,64 vs 0,54; $p < 0,001$). Wiek pacjenta dodatnio korelował z oceną ciągłości ($r = 0,29$; $p < 0,001$). Stan zdrowia respondentów dodatnio korelował z oceną ($R = 0,22$; $p < 0,001$). Lepiej ciągłość oceniona została przez pacjentów z rozpoznaniem choroby przewlekłej (0,75 vs 0,44; $p < 0,001$). Gorzej ciągłość opieki oceniali pacjenci wychowujący dzieci (0,55 vs 0,64; $p < 0,001$). Im wyższy poziom wykształcenia, tym niższa ocena w tym obszarze opieki ($\gamma = -0,21$; $p < 0,001$). Podobną zależność odnotowano w przypadku dochodów ($\gamma = -0,24$; $p < 0,001$). Gorzej ciągłość opieki postrzegali respondenci aktywni zawodowo (działalność gospodarcza vs niepracujący: 0,45 vs 0,66; $p < 0,001$ i zatrudnieni na etacie vs niepracujący: 0,54 vs 0,66; $p < 0,001$). Wiek lekarza słabo dodatnio korelował z oceną ($r = 0,13$, $p < 0,001$). Istotnie lepsze

oceny ciągłości wskazywali pacjenci lekarzy posiadających specjalizację z medycyny rodzinnej i inną, zarówno w porównaniu z pacjentami lekarzy posiadających tylko specjalizację z MR (0,63 vs 0,58; $p < 0,001$), jak i w porównaniu z tymi, którzy posiadali inne niż medycyna rodzinna specjalizacje (odpowiednio 0,63 vs 0,56; $p < 0,001$). Staż pracy lekarza POZ wiązał się z lepszą oceną ciągłości opieki – najniższą punktację wskazywali pacjenci lekarzy pracujących w POZ poniżej 5 lat, wyraźnie wyższe oceny przyznawali pacjenci lekarzy z doświadczeniem powyżej 15 lat (0,63 vs 0,68; $\gamma = 0,20$; $p < 0,001$). Ciągłość opieki istotnie lepiej oceniali pacjenci praktyk wiejskich, zwłaszcza w porównaniu z pacjentami z małych miast (0,74 vs 0,5; $p < 0,001$) oraz pacjenci praktyk, w których nie wyznaczono miejsc parkingowych dla pacjentów niepełnosprawnych (0,64 vs 0,56; $p < 0,001$) i w których nie było dla nich dostosowanej toalety (0,69 vs 0,58; $p < 0,01$). W praktykach, w których w widocznym miejscu znajdowała się informacja o opiece poza godzinami pracy przychodni, oceny ciągłości opieki były istotnie lepsze (0,62 vs 0,54; $p < 0,05$). Lepsze oceny w tym obszarze przydzielali pacjenci z praktyk, gdzie oczekujący w poczekalni nie mogli usłyszeć i zobaczyć tego, co dzieje się w gabinecie lekarskim (0,61 vs 0,48; $p < 0,01$).

Zdecydowana większość pacjentów potwierdziła, że lekarz w trakcie konsultacji miał dostęp do dokumentacji medycznej, a ponad 3/4 stwierdziło, że lekarz zna ich historię medyczną. Podobny odsetek respondentów potwierdził, że w okresie ostatnich 2 lat personel praktyki pytał o wszystkie zażywane leki, także te przepisane przez innych lekarzy. Niespełna połowa badanych twierdziła, że poza problemami medycznymi lekarz POZ zna ich sytuację życiową.

Zbiorcza ocena z użyciem wieloczynnikowego modelu regresji wielorakiej wykazała, że zmienne takie jak: wiek pacjenta, diagnoza choroby przewlekłej, uczęszczanie do praktyki zlokalizowanej na obszarze wiejskim oraz korzystanie z usług lekarzy ze stażem pracy w POZ powyżej 5 lat wiązały się z lepszą oceną ciągłości opieki. Zmienną związaną z gorszą oceną w tym obszarze był bardzo dobry (w samoocenie) stan zdrowia pacjenta oraz płeć męska. Uzyskany w tej analizie zespół zmiennych w niewielkim stopniu tłumaczy wynik ogólny w obszarze dostępności opieki ($R^2 = 0,16$). Szczegółowe wyniki dla zmiennych uzyskanych w modelu regresji przedstawia Tabela 9.

Tabela 9. Wpływ zmiennych w modelu regresji wielorakiej na ocenę ciągłości opieki (CONT)

Zmienna	b	Błąd standardowy (b)	p
Wiek pacjenta	0,005609	0,000779	<0,001
Płeć pacjenta: męska	-0,088791	0,022324	<0,001
Samoocena stanu zdrowia: bardzo dobry	-0,143814	0,037252	<0,001
Diagnoza choroby przewlekłej	0,166293	0,026326	<0,001
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	0,150930	0,026282	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ: 5–10 lat	0,235482	0,057784	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ: 10–15 lat	0,253207	0,054945	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ: >15 lat	0,356765	0,053948	<0,001

Płeć męska i starszy wiek pacjenta, korzystanie ze świadczeń praktyk zlokalizowanych w małych miastach oraz na przedmieściach oraz lekarzy z dłuższym stażem pracy w POZ wiązały się z mniejszym ryzykiem negatywnych doświadczeń ciągłości opieki. Natomiast fakt rozpoznania choroby przewlekłej zwiększał prawdopodobieństwo negatywnych doświadczeń w tym obszarze. Szczegółowe zestawienie wpływu poszczególnych zmiennych na szansę negatywnej oceny ciągłości opieki przedstawia Tabela 10.

Tabela 10. Zestawienie zmiennych związanych z negatywną oceną ciągłości opieki (CONT) – model regresji logistycznej krokowo-wstecznej

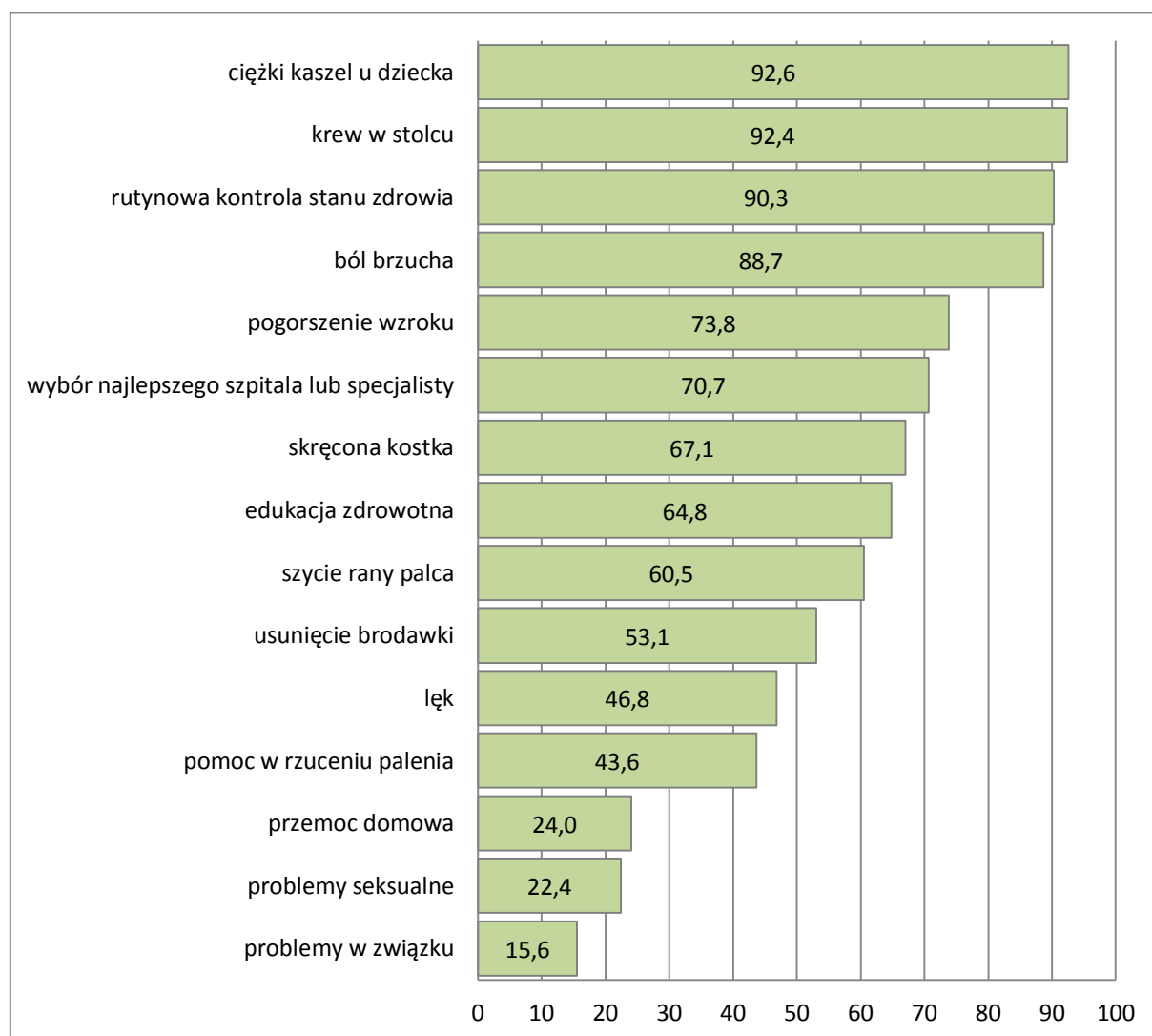
Zmienna	Poraz szans (OR)	Przedział ufności (95% CI)	P
Wiek pacjenta	0,976	0,96–0,98	<0,001
Płeć pacjenta: męczyzna	0,766	0,65–0,89	=0,001
Diagnoza choroby przewlekłej	1,780	1,44–2,19	<0,001
Lokalizacja praktyki: przedmieścia	0,648	0,49–0,86	<0,01
Lokalizacja praktyki: małe miasto	0,743	0,61–0,91	<0,01
Staż pracy lekarza w POZ	0,653	0,55–0,77	<0,001

3.2.3 Wszechstronność opieki

Wskaźnik satysfakcji (SI) w obszarze wszechstronności opieki przyjął wartość dodatnią, wyniósł 0,3 (SD 0,40) i był najniżej ocenionym spośród wszystkich obszarów. Gorsza samoocena stanu zdrowia pacjentów korelowała z lepszą oceną wszechstronności opieki ($r=0,12$; $p<0,001$). Wyższe oceny odnotowali pacjenci z rozpoznaniem choroby przewlekłej (0,37 vs 0,23; $p<0,001$) i osoby samotne (brak osób dorosłych w gospodarstwie: 0,36 vs 0,29; $p<0,01$; brak dzieci w gospodarstwie 0,32 vs 0,28; $p<0,05$). Poziom wykształcenia i zamożności odwrotnie (odpowiednio: $\gamma = -0,17$; $p<0,001$ i $\gamma = -0,17$; $p<0,001$), a wiek pacjenta dodatnio ($r=0,20$; $p<0,001$) korelował z oceną wszechstronności opieki w POZ. Gorzej ten obszar oceniali także respondenci aktywni zawodowo: zatrudnieni na etacie w porównaniu z niepracującymi (0,24 vs 0,35; $p<0,001$) i prowadzący działalność gospodarczą vs niepracujący (0,23 vs 0,35; $p<0,001$). Pacjenci z praktyk wiejskich wyżej oceniali wszechstronność opieki niż pacjenci praktyk z dużych miast (0,40 vs 0,28; $p<0,001$). Wiek lekarza słabo dodatnio korelował z pozytywną oceną wszechstronności opieki ($r=0,11$; $p<0,001$). Istotnie lepiej wszechstronność opieki postrzegali pacjenci lekarzy, których jedną ze specjalizacji była medycyna rodzinna, w porównaniu z lekarzami innych specjalizacji (0,34 vs 0,29; $p<0,001$) oraz tych, dla których medycyna rodzinna była jedyną specjalizacją (0,34 vs 0,24; $p<0,001$). Istotnie lepiej oceniana była wszechstronność opieki lekarzy ze stażem pracy powyżej 15 lat w porównaniu z ocenami

pacjentów lekarzy z krótkim (poniżej 5 lat) stażem pracy (0,34 vs 0,18; $p < 0,01$). W tym obszarze także istotnie lepiej opiekę oceniali pacjenci z praktyk znajdujących się na piętrze, bez możliwości korzystania ze specjalnej windy (0,39 vs 0,19; $p < 0,001$). Na Rycinie 10 przedstawiono odsetek respondentów spodziewających się korzyści z wizyty u swojego lekarza POZ w wybranych, typowych sytuacjach klinicznych.

Rycina 10. Odsetek respondentów spodziewających się skutecznej pomocy lekarza POZ w wybranych sytuacjach klinicznych



Na lepszą ocenę wszechstronności opieki miał wpływ wiek pacjenta, korzystanie z usług praktyki zlokalizowanej na obszarze wiejskim, wiek lekarza POZ oraz korzystanie z porad lekarzy zaangażowanych w edukację medyczną. Uzyskany w tej analizie zespół zmiennych wpływa na wynik ogólny w obszarze wszechstronności opieki w stopniu niewielkim ($R^2=0,07$). Szczegółowe wyniki dla zmiennych uzyskanych w modelu regresji przedstawia Tabela 11.

Tabela 11. Wpływ zmiennych w modelu regresji wielorakiej na ocenę wszechstronności opieki (COMPR)

Zmienna	b	Błąd standardowy (b)	p
Wiek pacjenta	0,004994	0,000529	<0,001
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	0,123771	0,022247	<0,001
Wiek lekarza	0,004046	0,001045	<0,001
Zaangażowanie lekarza w edukację medyczną	0,062629	0,018258	<0,001

Zwiększone prawdopodobieństwo negatywnych doświadczeń w obszarze wszechstronności opieki (zgodnie z modelem regresji logistycznej krokowo-wstecznej) wiązało się z korzystaniem z porad lekarza POZ posiadającego co najmniej dwie specjalizacje (w tym jedną z medycyny rodzinnej) oraz korzystanie ze świadczeń w praktykach wiejskich. Z kolei starszy wiek pacjenta, średnie przychody, dłuższy czas konsultacji lekarskiej oraz korzystanie ze świadczeń lekarza o dłuższym stażu pracy w POZ wiązały się ze zmniejszeniem szans na negatywne oceny doświadczeń. Szczegółowe zestawienie wpływu poszczególnych zmiennych na szansę negatywnej oceny ciągłości opieki przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Zestawienie zmiennych związanych z negatywną oceną wszechstronności opieki (COMPR) – model regresji logistycznej krokowo-wstecznej

Zmienna	Iloraz szans (OR)	Przedział ufności (95% CI)	p
Wiek pacjenta	0,99	0,98–1,0	<0,001
Przychody pacjenta: około przeciętnej	0,83	0,73–0,94	<0,01
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	1,33	1,12–1,58	=0,001
Czas trwania konsultacji	0,97	0,94–1,0	<0,01
Specjalizacja lekarza POZ: medycyna rodzinna i inna specjalizacja	1,2	1,04–1,37	=0,01
Staż pracy lekarza w POZ	0,80	0,71–0,91	<0,001

3.2.4 Koordynacja opieki

Wskaźnik satysfakcji (SI) w ocenie koordynacji opieki przyjął wartość dodatnią i wyniósł 0,44 (SD 0,48). Gorszy stan zdrowia korelował dodatnio ($r=0,10$; $p<0,001$) z lepszą oceną koordynacji opieki. Obecność choroby przewlekłej także wiązała się z lepszymi ocenami koordynacji (0,54 vs 0,34; $p<0,001$). Lepsze oceny wystawili też pacjenci mieszkający bez dzieci (0,47 vs 0,40; $p<0,01$). Poziom wykształcenia i zamożności słabo ujemnie (odpowiednio: $\gamma = -0,1$; $p<0,001$ oraz $\gamma = -0,12$; $p<0,001$) a wiek pacjenta słabo dodatnio ($r=0,20$; $p<0,001$) korelował z oceną koordynacji. Osoby pracujące na etatach jakość koordynacji oceniały gorzej niż prowadzący działalność gospodarczą

(0,37 vs 0,41; $p < 0,001$) i niepracujący (0,37 vs 0,49; $p < 0,001$). Gorzej koordynację oceniali pacjenci lekarek (0,40 vs 0,50; $p < 0,001$). Wiek lekarza słabo dodatnio korelował z oceną tego obszaru opieki POZ ($r = 0,082$; $p < 0,001$). Istotnie lepiej oceniali koordynację opieki pacjenci lekarzy posiadających obok medycyny rodzinnej inną specjalizację (0,49 vs 0,39; $p < 0,001$). Najwyższe oceny koordynacji wskazywali pacjenci praktyk wiejskich, przy czym różnica była największa w porównaniu z ocenami pacjentów z dużych miast (0,58 vs 0,39; $p < 0,001$). Korzystanie z usług lekarzy praktykujących w przychodniach bez udogodnień dla osób niepełnosprawnych (brak wydzielonych miejsc parkingowych, brak dostosowanej toalety) wiązało się z lepszą oceną koordynacji opieki (odpowiednio: 0,48 vs 0,39; $p < 0,001$; 0,49 vs 0,43; $p < 0,05$). Gorzej natomiast oceniali ten obszar pacjenci praktyk, w których oczekujący w poczekalni mogli usłyszeć rozmowy w recepcji (0,40 vs 0,48; $p < 0,001$).

Analiza zbiorcza z użyciem regresji wielorakiej wykazała, że lepsza ocena koordynacji opieki wiązała się z wiekiem pacjenta, płcią męską, obecnością choroby przewlekłej, korzystaniem z usług praktyki zlokalizowanej w obszarze wiejskim oraz korzystaniem z porad lekarzy posiadających co najmniej dwie specjalizacje, w tym jedną z medycyny rodzinnej. Uzyskany w tej analizie zespół zmiennych wpływa na wynik ogólny w obszarze koordynacji opieki w stopniu niewielkim ($R^2 = 0,09$). Szczegółowe wyniki dla zmiennych uzyskanych w modelu regresji przedstawia Tabela 13.

Tabela 13. Wpływ zmiennych w modelu regresji logistycznej krokowo-wstecznej na ocenę koordynacji opieki (COOR)

Zmienna	b	Błąd standardowy (b)	p
Wiek pacjenta	0,004368	0,000740	<0,001
Płeć pacjenta: męska	0,080721	0,022046	<0,001
Diagnoza choroby przewlekłej	0,115596	0,024791	<0,001
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	0,146834	0,025581	<0,001
Specjalizacja lekarza POZ: medycyna rodzinna i inna specjalizacja	0,081966	0,021079	<0,001

Większe prawdopodobieństwo negatywnych doświadczeń w obszarze koordynacji opieki w modelu uzyskanym w regresji logistycznej krokowo-wstecznej związane było z płcią męską pacjenta, rozpoznaniem choroby przewlekłej, faktem korzystania z usług praktyk zlokalizowanych w obszarach wiejskich i mieszanych miejsko-wiejskich oraz korzystanie z porad lekarzy POZ ze specjalizacją z medycyny rodzinnej i inną. Starszy wiek pacjenta oraz dłuższy staż pracy lekarza w POZ związane były ze zmniejszeniem szansy negatywnych ocen w tym obszarze opieki. Szczegółowe zestawienie wpływu poszczególnych zmiennych na szansę negatywnej oceny ciągłości opieki przedstawia Tabela 14.

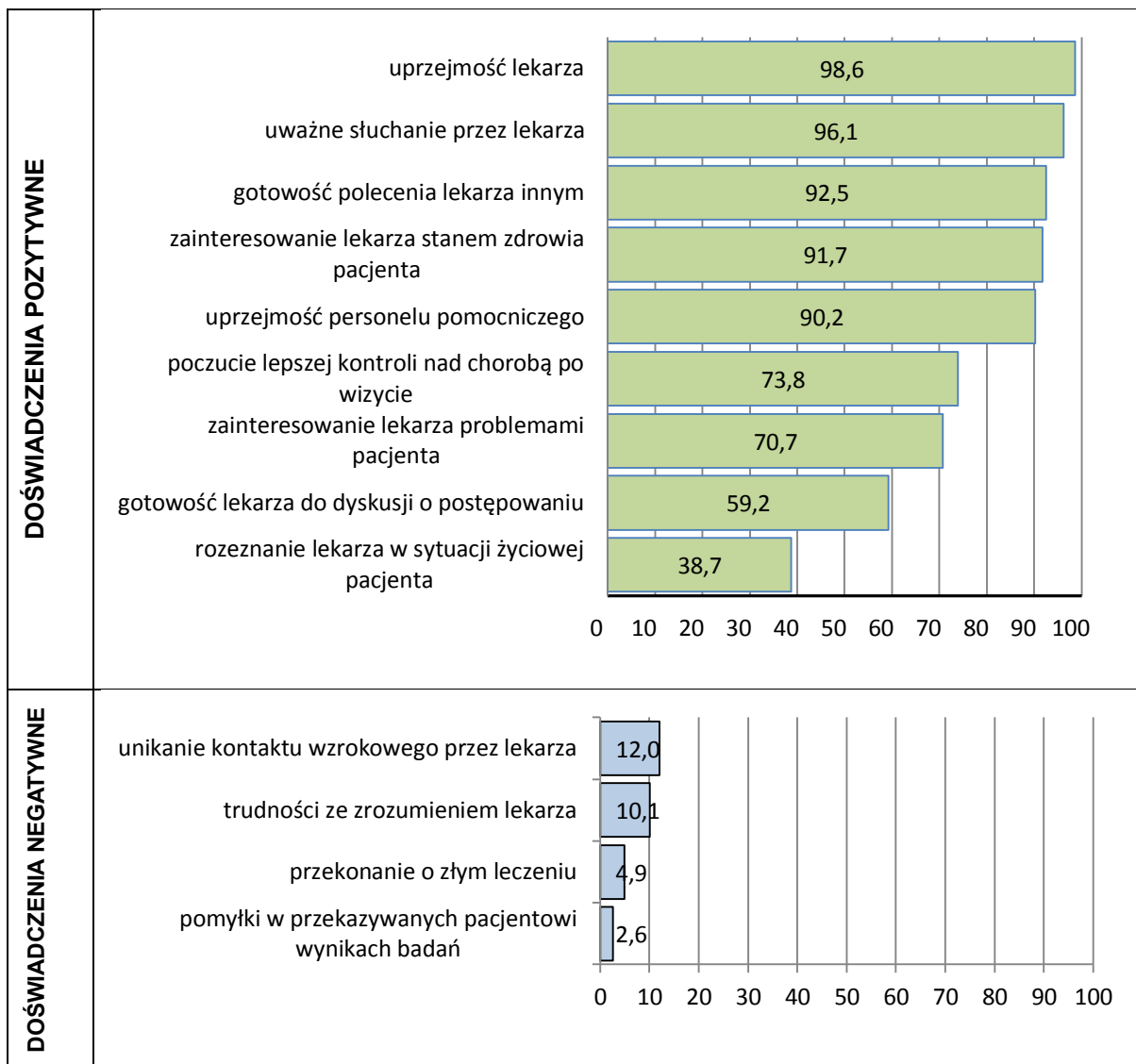
Tabela 14. Zestawienie zmiennych związanych z negatywną oceną koordynacji opieki (COOR) – model regresji logistycznej krokowo-wstecznej

Zmienna	Iloraz szans (OR)	Przedział ufności (95% CI)	p
Wiek pacjenta	0,98	0,97–0,99	=0,001
Płeć pacjenta: męska	1,26	1,09–1,46	<0,01
Diagnoza choroby przewlekłej	1,26	1,06–1,51	=0,01
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	1,9	1,49–2,41	<0,001
Lokalizacja praktyki: obszar mieszany miejsko-wiejski	1,69	1,29–2,23	<0,001
Specjalizacja lekarza POZ: medycyna rodzinna i inna specjalizacja	1,28	1,07–1,52	<0,01
Staż pracy lekarza w POZ	0,71	0,61–0,82	<0,001

3.2.5 Jakość obsługi

Wskaźnik satysfakcji (SI) w ocenie jakości obsługi przyjął wartość dodatnią i wyniósł 0,77 (SD 0,29). Cechy takie jak: obecność choroby przewlekłej (0,78 vs 0,75; $p < 0,01$), wykształcenie podstawowe i wyższe w porównaniu ze średnim (0,80 i 0,77 vs 0,74; $p < 0,001$), starszy wiek ($r = 0,12$; $p < 0,001$) wiązały się z lepszą oceną jakości obsługi. Natomiast deklarowany poziom zarobków korelował odwrotnie z oceną ($\gamma = -0,12$; $p < 0,001$). Respondenci nieaktywni zawodowo lepiej od pracujących oceniali jakość obsługi (0,78 vs 0,75 dla zatrudnionych i 0,72 dla prowadzących działalność gospodarczą; $p < 0,001$). Pacjenci lekarzy, którzy posiadali oprócz medycyny rodzinnej także inną specjalizację, istotnie lepiej oceniali jakość obsługi w porównaniu z respondentami korzystającymi z porad lekarzy ze specjalizacją wyłącznie z medycyny rodzinnej (0,80 vs 0,72; $p < 0,001$). Ocena w tym obszarze rosła także wraz ze stażem pracy lekarza ($\gamma = 0,1$; $p < 0,001$) – istotnie gorzej oceniali pacjenci lekarzy ze stażem pracy do 5 lat, najlepiej – ci, których lekarze pracowali w POZ powyżej 15 lat (0,62 vs 0,78; $p < 0,001$). Pacjenci praktyk, w których kształcą się studentów i rezydentów, przyznawali gorsze oceny (0,75 vs 0,79; $p < 0,01$) w tym obszarze. Dłuższy czas konsultacji lekarskiej wiązał się z gorszą oceną ($r = -0,14$; $p < 0,001$). Lokalizacja praktyki na wsi wiązała się z istotnie lepszą oceną jakości w porównaniu z pozostałymi praktykami (0,86 vs 0,71; $p < 0,001$ dla praktyk zlokalizowanych na przedmieściach). Jakość obsługi lepiej oceniali pacjenci praktyk nieposiadających wyznaczonych miejsc parkingowych dla niepełnosprawnych (0,79 vs 0,75; $p < 0,01$), ale takich, w których nie można w poczekalni usłyszeć rozmów prowadzonych w rejestracji (0,79 vs 0,75; $p < 0,01$). Na Rycinie 11 przedstawiono pozytywne i negatywne doświadczenia uczestników badania, związane z jakością obsługi.

Rycina 11. Odsetek pacjentów z pozytywnymi i negatywnymi doświadczeniami w obszarze jakości obsługi (QUAL)



Niezależnie od innych zmiennych, lepsza ocena jakości obsługi była związana z wiekiem pacjenta, uczęszczaniem do praktyki zlokalizowanej na obszarze wiejskim oraz korzystaniem z usług lekarzy ze stażem pracy w POZ powyżej 5 lat. Zmiennymi związanymi z gorszą oceną w tym obszarze był wiek lekarza, czas trwania konsultacji lekarskiej oraz posiadanie przez lekarza specjalizacji wyłącznie z medycyny rodzinnej. Uzyskany w tej analizie zespół zmiennych w niewielkim stopniu wpływa na wynik ogólny w obszarze jakości obsługi ($R^2=0,08$). Szczegółowe wyniki dla zmiennych uzyskanych w modelu regresji logistycznej przedstawia Tabela 15.

Tabela 15. Wpływ zmiennych w modelu regresji wielorakiej na ocenę jakości obsługi (QUAL)

Zmienna	b	Błąd standardowy (b)	p
Wiek pacjenta	0,002169	0,000388	<0,001
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	0,117116	0,016104	<0,001
Czas trwania konsultacji	-0,006800	0,001378	<0,001
Wiek lekarza	-0,002980	0,000900	<0,001
Specjalizacja lekarza POZ: medycyna rodzinna (wyłącznie)	-0,057494	0,015257	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ: 5–10 lat	0,146124	0,034749	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ: 10–15 lat	0,191715	0,033283	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ: >15 lat	0,201085	0,033685	<0,001

Zastosowanie regresji logistycznej krokowo-wstecznej pozwoliło na ustalenie, że przeciętne i wyższe od przeciętnych deklarowane przychody pacjenta, dłuższy czas trwania konsultacji i korzystanie ze świadczeń w praktykach zlokalizowanych na wsi wiązały się z większą szansą doświadczeń negatywnych. Szansę tę zmniejszał starszy wiek pacjenta. Szczegółowe zestawienie wpływu poszczególnych zmiennych na szansę negatywnej oceny jakości obsługi przedstawia Tabela 16.

Tabela 16. Zestawienie zmiennych związanych z negatywną oceną jakości obsługi (QUAL) – model regresji logistycznej krokowo-wstecznej

Zmienna	Iloraz szans (OR)	Przedział ufności (95% CI)	p
Wiek pacjenta	0,98	0,96–0,99	=0,01
Przychody pacjenta: około przeciętnej	1,39	1,04–1,86	<0,05
Przychody pacjenta: powyżej przeciętnej	2,2	1,18–4,13	<0,05
Lokalizacja praktyki: obszar wiejski	2,0	1,22–3,27	<0,01
Czas trwania konsultacji	1,12	1,08–1,17	<0,001

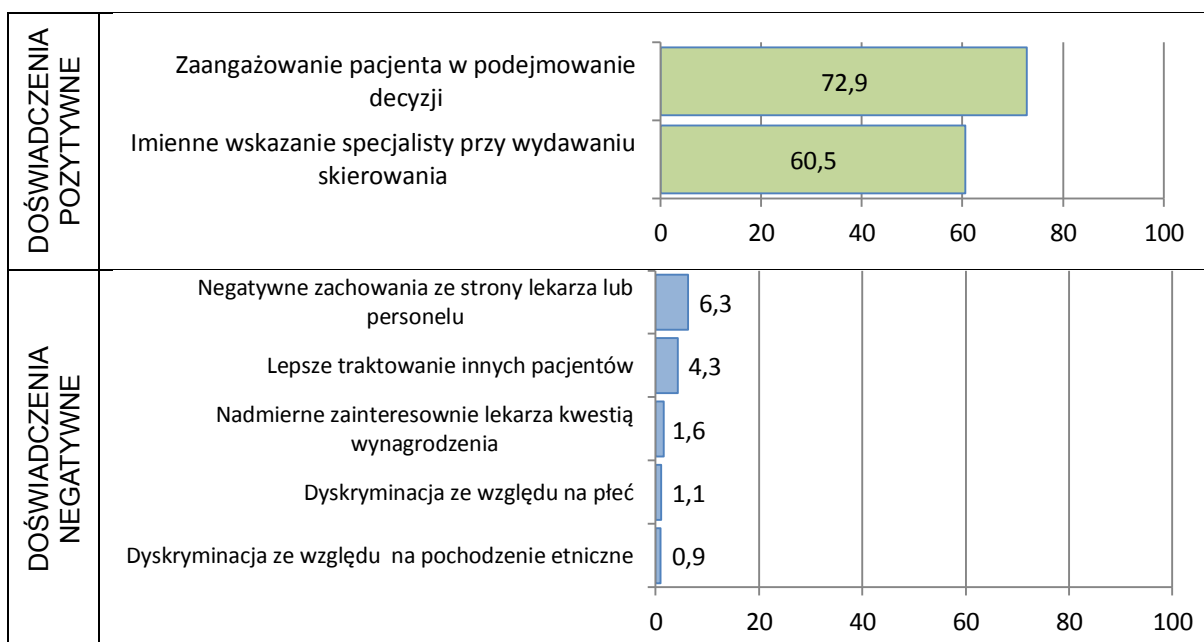
3.2.6 Równość opieki

Wskaźnik satysfakcji (SI) w ocenie równości traktowania przyjął wartość dodatnią i wyniósł 0,55 (SD 0,34). Obszar ten oceniali lepiej pacjenci praktyk niezaangażowanych w kształcenie medyczne (0,70 vs 0,67; $p < 0,01$). Istotnie lepiej oceniali równość w traktowaniu pacjenci z małych miast w porównaniu z pacjentami przychodni zlokalizowanych w dużych miastach (0,72 vs 0,64; $p < 0,01$).

Pacjenci z praktyk, które znajdowały się na piętrze (ale można było korzystać ze specjalnej windy) istotnie lepiej oceniali równość traktowania niż pacjenci praktyk zlokalizowanych na parterze (0,73 vs 0,67; $p < 0,05$). Nie zaobserwowano istotnych różnic w ocenie równości traktowania dla pozostałych zmiennych.

Przeważająca liczba badanych nie doświadczyła nierównego traktowania. Doświadczenia nierównego/złego traktowania w praktyce doświadczyło (w zależności od przedmiotu pytania) 0,9–6,3% badanych. W największym stopniu dotyczyło to doświadczenia negatywnego zachowania ze strony personelu (w tym lekarzy) (6,3%) oraz odczucia, że inni pacjenci zostali potraktowani lepiej niż respondent (4,3%). Zestawienie pozytywnych i negatywnych doświadczeń w zakresie równości opieki deklarowanych przez respondentów przedstawia Rycina 12.

Rycina 12. Odsetek pacjentów zgłaszających pozytywne i negatywne doświadczenia w obszarze równości opieki



Jedyną zmienną związaną niezależnie od innych z gorszą oceną równości opieki był czas trwania konsultacji. Zmienna ta miała niewielki całościowy negatywny wpływ na wskaźnik jakości w tym obszarze ($R^2=0,01$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 17.

Tabela 17. Wpływ zmiennych w modelu regresji wielorakiej na ocenę równości opieki (EQ)

Zmienna	b	Błąd standardowy (b)	p
Czas trwania konsultacji	-0,007314	0,001379	<0,001

W obszarze równości opieki przeciętne i ponadprzeciętne deklarowane przychody pacjenta, fakt zamieszkiwania z dziećmi do 18. r.ż. oraz dłuższy czas trwania konsultacji lekarskiej zwiększały szansę negatywnych doświadczeń. Przeciwnie – ze zmniejszeniem szansy na oceny negatywne

związany był starszy wiek pacjenta oraz korzystanie ze świadczeń lekarzy z dłuższym stażem pracy w POZ. Szczegółowe zestawienie wpływu poszczególnych zmiennych na szansę negatywnej oceny równości opieki przedstawia Tabela 18.

Tabela 18. Zestawienie zmiennych związanych z negatywną oceną równości opieki (EQ) – model regresji logistycznej krokowo-wstecznej

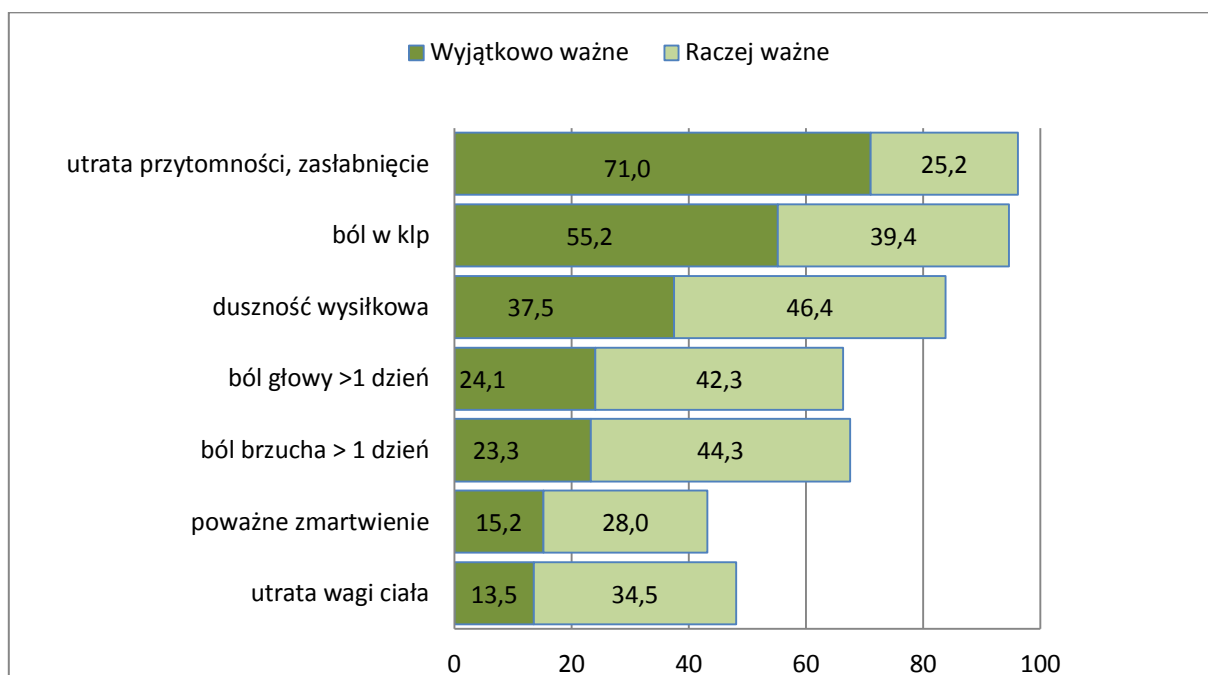
Zmienna	Poraz szans (OR)	Przedział ufności (95% CI)	p
Wiek pacjenta	0,98	0,96–1,0	<0,05
Dzieci do 18. r.ż. we wspólnym gospodarstwie domowym pacjenta	1,41	1,04–1,9	<0,05
Przychody pacjenta: około przeciętnej	1,45	1,07–1,95	<0,05
Przychody pacjenta: powyżej przeciętnej	1,85	1,06–3,23	<0,05
Czas trwania konsultacji	1,12	1,08–1,17	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ	0,70	0,52–0,94	<0,05

3.2.7 Efektywność opieki

Wskaźnik satysfakcji (SI) w ocenie efektywności opieki przyjął wartość dodatnią i wyniósł 0,77 (SD 0,29). Gorszy stan zdrowia oraz wiek pacjenta dodatnio korelował z oceną efektywności (odpowiednio: $r=0,1$; $p<0,001$ oraz $r=0,19$; $p<0,001$). Lepiej oceniali ją też pacjenci z rozpoznaniem choroby przewlekłej (0,60 vs 0,50; $p<0,001$), bez dzieci we wspólnym gospodarstwie domowym (0,57 vs 0,53; $p<0,01$) oraz kobiety (0,58 vs 0,50; $p<0,001$). Ocena efektywności opieki w POZ malała ze wzrostem poziomu wykształcenia pacjenta ($\gamma=-0,13$; $p<0,001$) i zamożności ($\gamma=-0,11$; $p<0,001$). Lepiej efektywność opieki postrzegali respondenci nieaktywni zawodowo w porównaniu z pracującymi na etacie (0,58 vs 0,53; $p<0,001$) i osobami prowadzącymi działalność gospodarczą (0,58 vs 0,43; $p<0,001$). Istotnie gorzej wydajność ocenili pacjenci praktyk z małych miast w porównaniu z praktykami z miast dużych (0,49 vs 0,57; $p<0,001$) oraz terenów wiejskich (0,49 vs 0,61; $p<0,001$). Ocena wydajności opieki korelowała słabo dodatnio z wiekiem lekarza ($r=0,08$; $p<0,01$) i długością konsultacji ($r=0,06$; $p<0,01$). W porównaniu z pacjentami lekarzy o średnim stażu pracy (5–10 lat), lepiej oceniali ten obszar opieki pacjenci lekarzy z dłuższym stażem (10–15 i powyżej 15 lat) (odpowiednio: 0,49 vs 0,57 i 0,49 vs 0,58; $p<0,01$).

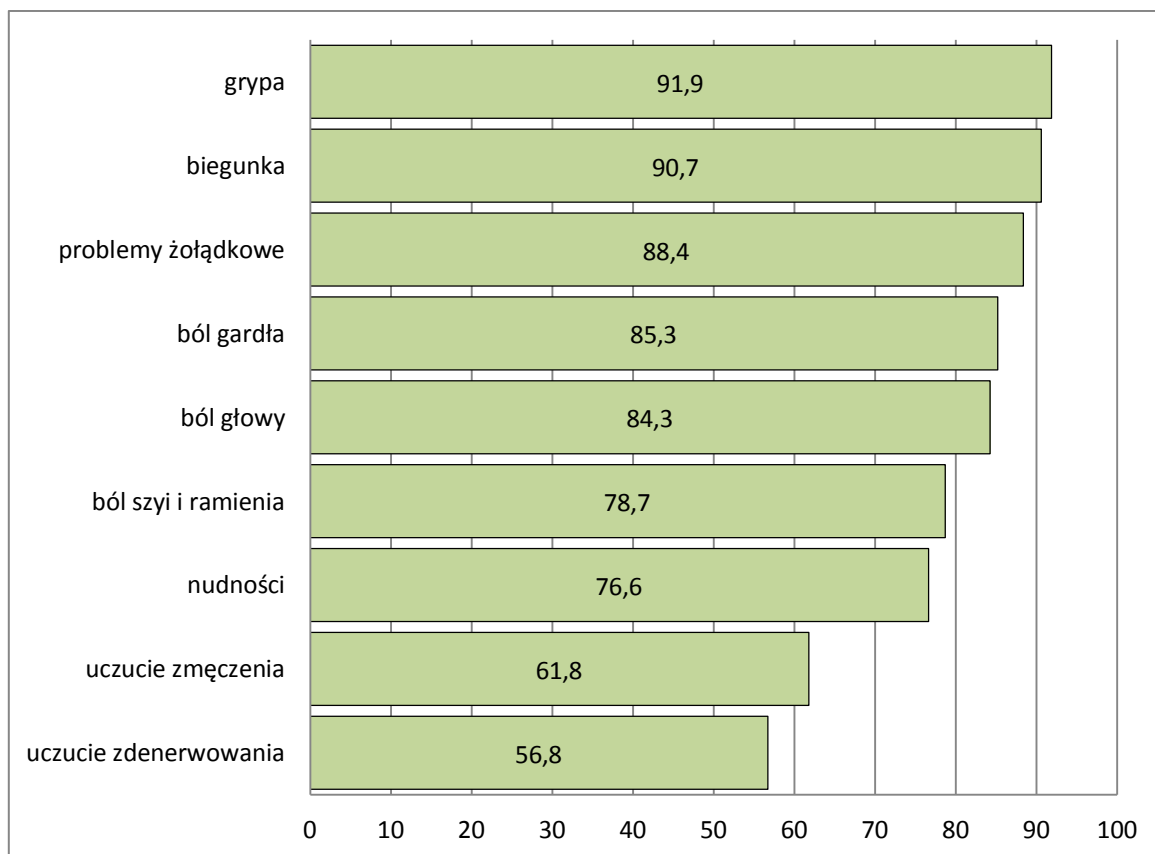
Rycina 13 przedstawia zestawienie typowych dla POZ, lecz jednocześnie potencjalnie groźnych sytuacji klinicznych, w których pacjenci uznali za ważne, by skonsultować się z lekarzem pierwszego kontaktu.

Rycina 13. Odsetek pacjentów uznających za raczej ważne i wyjątkowo ważne skorzystanie z porady lekarza POZ w przypadku objawów potencjalnie groźnych zachorowań



Zestawienie sytuacji typowych dla POZ, w których respondenci byli przekonani o odniesieniu korzyści w wyniku konsultacji ze swoim lekarzem, przedstawia Rycina 14.

Rycina 14. Odsetek respondentów spodziewających się korzyści z konsultacji lekarza POZ w typowych i częstych sytuacjach klinicznych spotykanych w podstawowej opiece zdrowotnej



Na lepszą ocenę efektywności opieki (w modelu uzyskanym w regresji wielorakiej) wpływ miał wiek pacjenta oraz korzystanie z porad lekarzy ze stażem pracy w POZ powyżej 10 lat. Zmiennymi związanymi z gorszą oceną w tym obszarze była płeć męska pacjenta, obecność dzieci we wspólnym gospodarstwie domowym oraz korzystanie ze świadczeń w praktyce zlokalizowanej w małym mieście. Uzyskany w tej analizie model wpływał na wynik ogólny w obszarze efektywności opieki w niewielkim stopniu ($R^2=0,08$). Szczegółowe wyniki dla zmiennych uzyskanych w modelu regresji przedstawia Tabela 19.

Tabela 19. Wpływ zmiennych w modelu regresji wielorakiej na ocenę efektywności opieki (EFF)

Zmienna	b	Błąd standardowy (b)	p
Wiek pacjenta	0,003841	0,000449	<0,001
Płeć pacjenta: męska	-0,068408	0,015293	<0,001
Dzieci do 18. r.ż. we wspólnym gospodarstwie domowym pacjenta	-0,095592	0,027552	<0,001
Lokalizacja praktyki: małe miasto	-0,077099	0,016466	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ: 10–15 lat	0,114692	0,020575	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ: >15 lat	0,104759	0,019414	<0,001

Zwiększona szansa negatywnych doświadczeń w obszarze efektywności opieki związana była z faktem zamieszkiwania pacjenta z inną osobą dorosłą oraz z korzystaniem ze świadczeń lekarzy zaangażowanych w edukację medyczną i z praktyk zlokalizowanych na terenach wiejskich. Mniejsze prawdopodobieństwo doświadczeń negatywnych związane było ze starszym wiekiem pacjenta, płcią męską, korzystaniem z opieki lekarzy z praktyk w małych miastach oraz dłuższym czasem konsultacji lekarskiej. Szczegółowe zestawienie wpływu poszczególnych zmiennych na szansę negatywnej oceny efektywności opieki przedstawia Tabela 20.

Tabela 20. Zestawienie zmiennych związanych z negatywną oceną efektywności opieki (EFF) – model regresji logistycznej krokowo-wstecznej

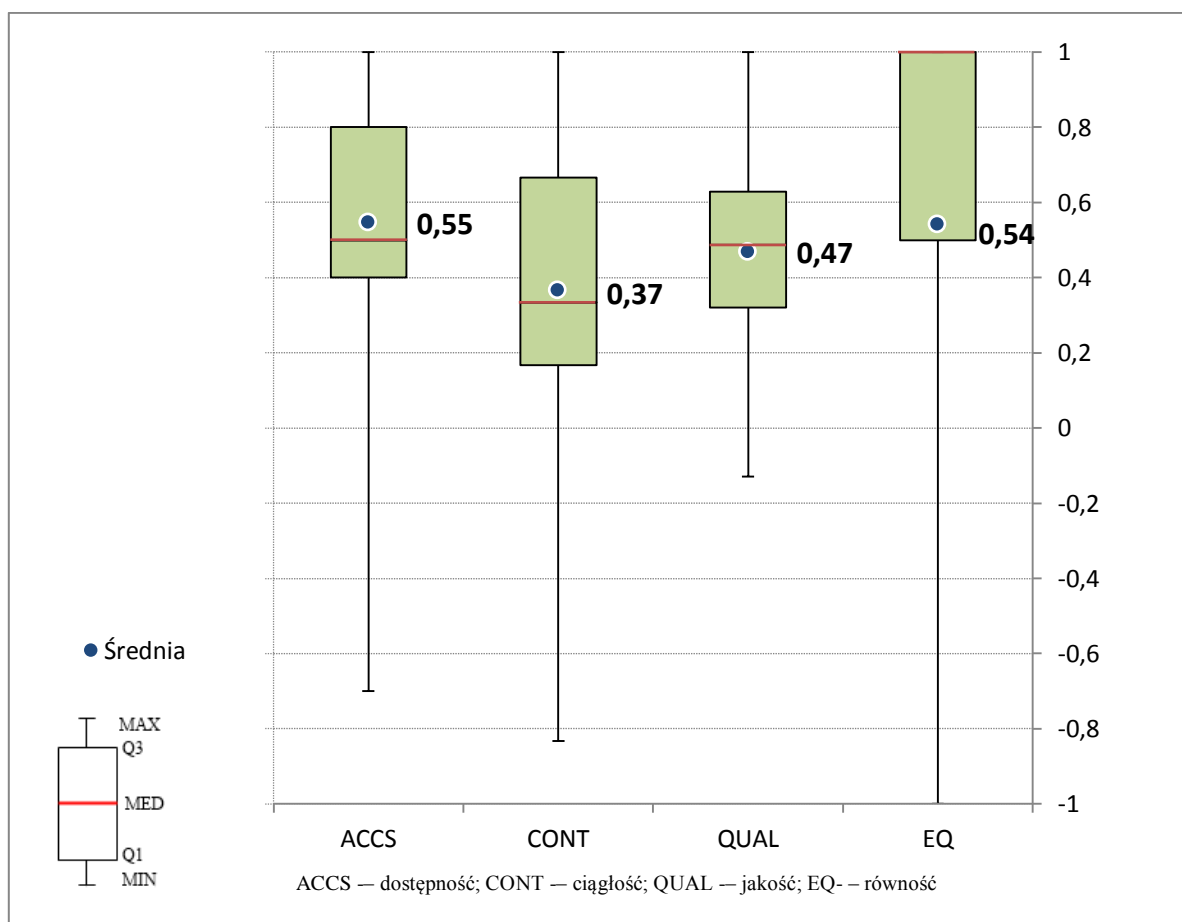
Zmienna	Iloraz szans (OR)	Przedział ufności (95% CI)	p
Wiek pacjenta	0,98	0,97–0,99	<0,001
Płeć pacjenta: męska	0,68	0,57–0,82	<0,001
Inne osoby dorosłe we wspólnym gospodarstwie domowym pacjenta	1,32	1,05–1,67	<0,05
Lokalizacja praktyki: małe miasto	0,78	0,62–0,99	<0,05
Lokalizacja praktyki: wieś	1,49	1,08–2,04	<0,05
Czas trwania konsultacji	0,95	0,90–0,99	<0,05
Specjalizacja lekarza: medycyna rodzinna i inna specjalizacja	0,59	0,46–0,76	<0,001
Staż pracy lekarza w POZ	0,57	0,48–0,71	<0,001
Zaangażowanie lekarza w edukację medyczną	1,31	1,06–1,61	<0,05

3.3 Oczekiwania i system wartości pacjentów

Oczekiwania i system wartości pacjentów oceniono w czterech badanych obszarach opieki – dostępności (ACCS), ciągłości (CONT), jakości obsługi (QUAL) oraz równości traktowania i opieki (EQ).

We wszystkich obszarach średnia ocena przyjęła wartość dodatnią. Najniższą wartość średniej odnotowano w obszarze ciągłości opieki (obszar najmniej istotny dla respondentów), obszary równości dostępu i jakości obsługi uzyskały najwyższe punktacje (stanowiły obszary opieki najważniejsze dla respondentów). Wartości VI dla w poszczególnych obszarach przedstawia Rycina 15

Rycina 15. Wskaźnik wartości (VI) dla poszczególnych obszarów POZ

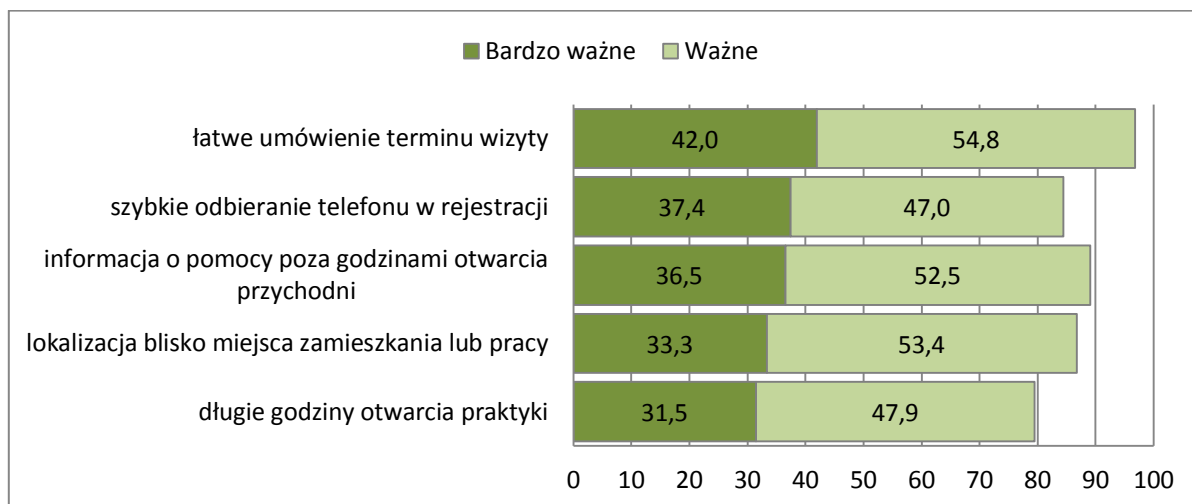


3.3.1 Dostępność opieki

Dostępność do świadczeń lekarza POZ była istotnie ważniejsza dla pacjentów z rozpoznaniem choroby przewlekłej (VI: 0,60 vs 0,50; $p < 0,05$), oczekiwania w tym obszarze rosły też wraz z wiekiem badanych ($r = 0,18$; $p < 0,01$). Pacjenci z praktyk zlokalizowanych w dużych miastach mieli większe

oczekiwania w stosunku do dostępności opieki, a różnica była największa w porównaniu z pacjentami z praktyk na obszarach miejsko-wiejskich (VI: 0,63 vs 0,46; $p < 0,01$). Rycina 16 przedstawia rozkład procentowy oczekiwań pacjentów związanych z dostępnością do opieki.

Rycina 16. Oczekiwania pacjentów w obszarze dostępności do opieki (%)



3.3.2 Ciągłość opieki

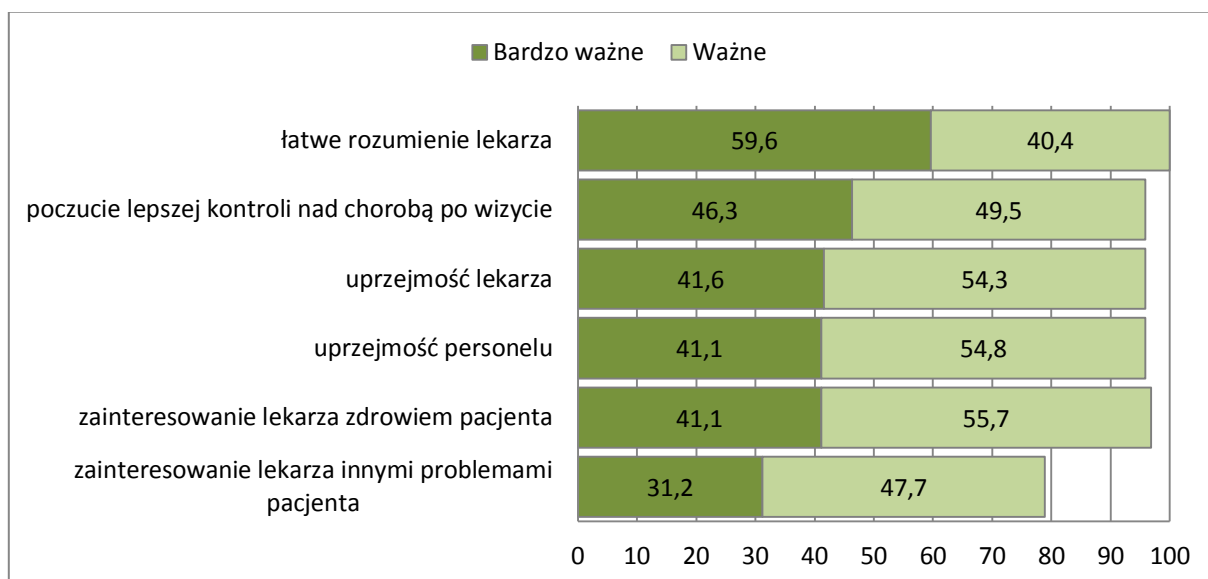
Jako istotnie ważniejszą, ciągłość opieki wskazywali pacjenci z rozpoznaniem choroby przewlekłej (VI: 0,47 vs 0,30; $p < 0,01$). Wiek pacjenta korelował słabo dodatnio z oczekiwaniami w tym zakresie ($r = 0,17$; $p = 0,01$). Także pacjenci lekarzy, których konsultacje trwały dłużej, mieli większe oczekiwania dotyczące ciągłości opieki (korelacja słabo dodatnia $r = 0,16$; $p < 0,05$).

W obszarze oczekiwań dotyczących ciągłości opieki, jako bardzo ważne i ważne respondenci wskazywali dostęp lekarza do wcześniejszej dokumentacji medycznej (odpowiednio 40 i 53%) oraz znajomość przez lekarza historii medycznej pacjenta (odpowiednio 43 i 48%). Znacznie mniejszy odsetek respondentów jako istotne wskazywał, aby lekarz znał sytuację życiową pacjenta (bardzo ważne jedynie dla 12%, nieważne i niebyły ważne dla – odpowiednio – 20 i 40% badanych).

3.3.3 Jakość obsługi

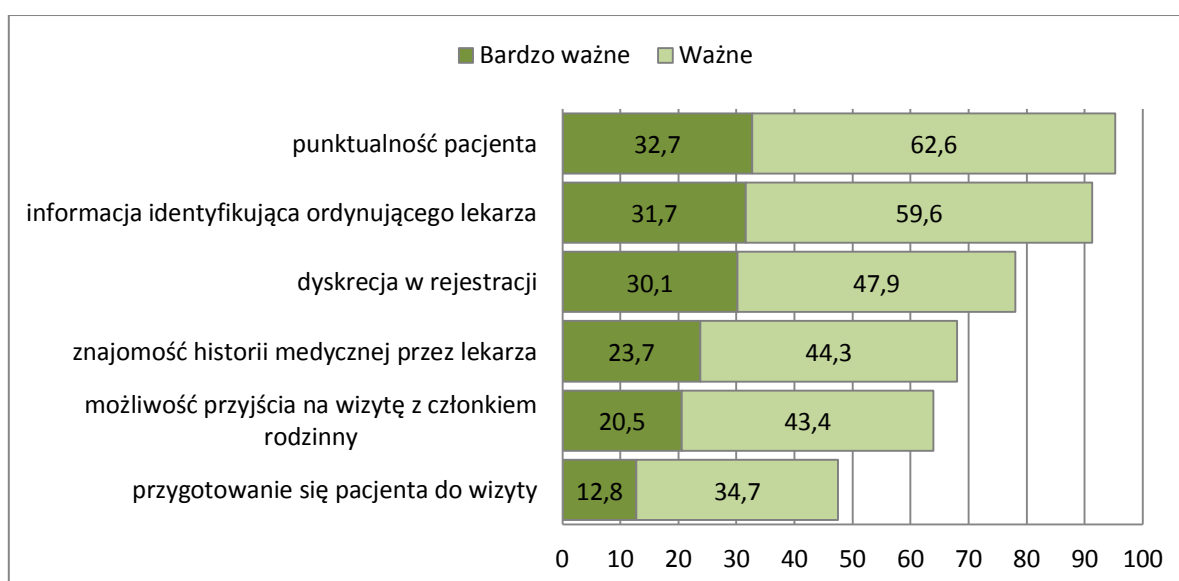
Oczekiwania pacjentów co do jakości obsługi dodatnio korelowały z wiekiem pacjentów ($r = 0,22$; $p = 0,001$). Czas konsultacji lekarskiej korelował również słabo dodatnio z oczekiwaniami dotyczącymi jakości obsługi ($r = 0,18$; $p < 0,01$). Rycina 17 przedstawia rozkład odsetkowy oczekiwań pacjentów związanych z jakością obsługi, dotyczących zachowań społeczno-emocjonalnych.

Rycina 17. Oczekiwania pacjentów związane z jakością obsługi (%)



Rycina 18 przedstawia rozkład odsetkowy oczekiwań związanych z jakością, dotyczących elementów przygotowania do konsultacji. Jako najważniejszy pojedynczy element, spośród zagadnień związanych z przygotowaniem do wizyty, 28% respondentów wskazało przygotowanie lekarza do konsultacji (zapoznanie się z dokumentacją medyczną pacjenta), a kolejne 24% za najważniejszy wskaźnik uznano jakości obsługi – dyskrecję i brak konieczności opowiadania o przyczynie wizyty w rejestracji.

Rycina 18. Oczekiwania pacjentów związane z jakością obsługi – zagadnienia związane z przygotowaniem do konsultacji (%)



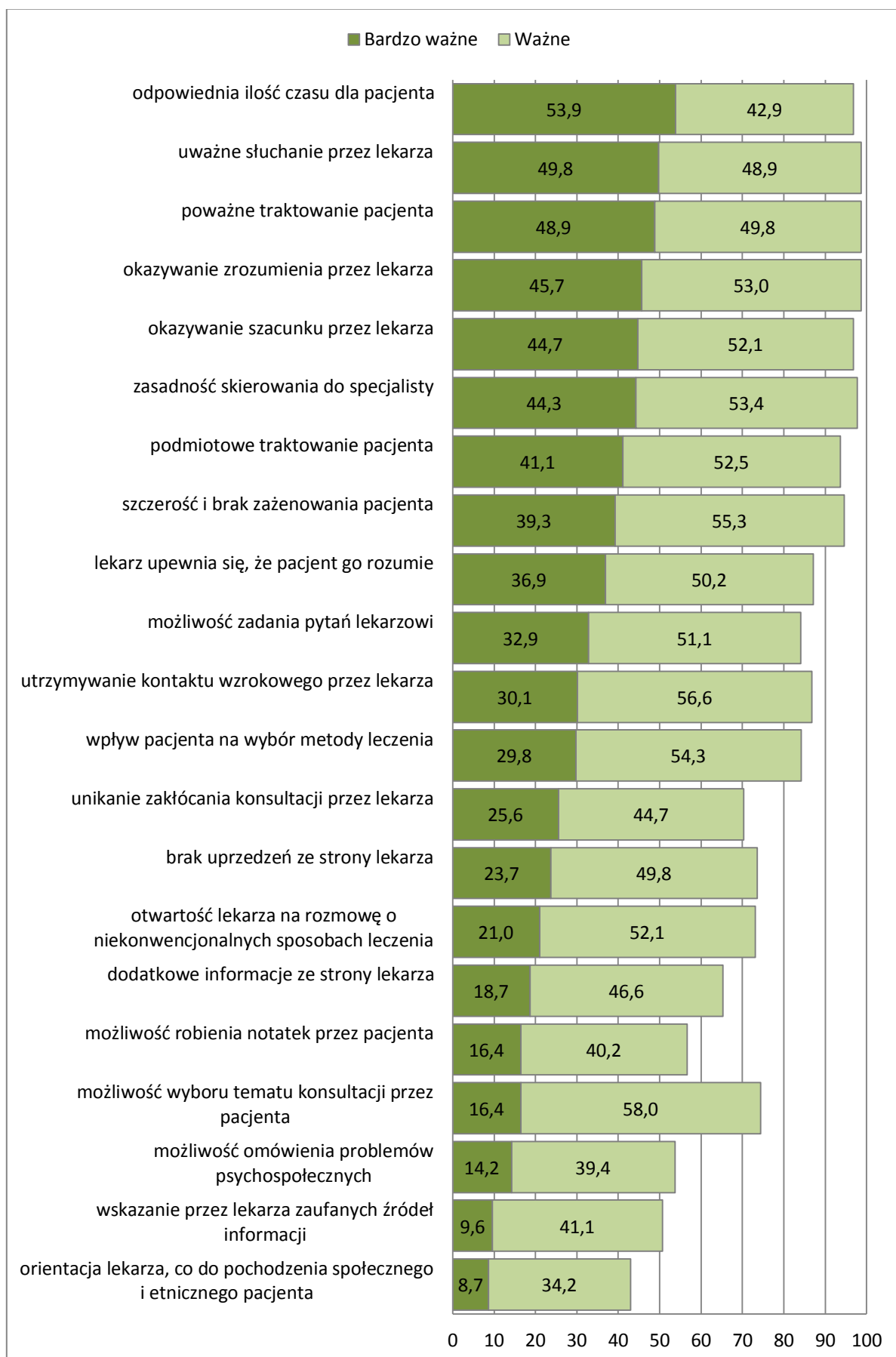
Spośród elementów oceny oczekiwań związanych z jakością przebiegu wizyty, jako kluczowe respondenci wskazywali możliwość szczerego i nieskrępowanego opowiedzenia o swoich problemach zdrowotnych (40%), podmiotowe traktowanie pacjenta (18%), kierowanie przez lekarza POZ do lekarza specjalisty, jeżeli zachodzi taka potrzeba (17%), unikanie zakłócania przebiegu wizyty przez lekarza, np. przez odbieranie telefonów (17%). Rycina 19 przedstawia oczekiwania respondentów związane z jakością obsługi związanej z przebiegiem konsultacji medycznej.

W grupie zagadnień związanych z postępowaniem po wizycie u lekarza POZ, blisko 50% respondentów za kluczowe uznało otrzymanie od lekarza jasnej instrukcji, jak postępować w razie pogorszenia stanu zdrowia. Kolejne 15% za najważniejsze uznało, aby lekarz wydał wyniki badań, nawet jeśli są prawidłowe. Rycina 20 przedstawia rozkład procentowy oczekiwań pacjentów związanych z jakością obsługi, związanych z postępowaniem po zakończeniu konsultacji.

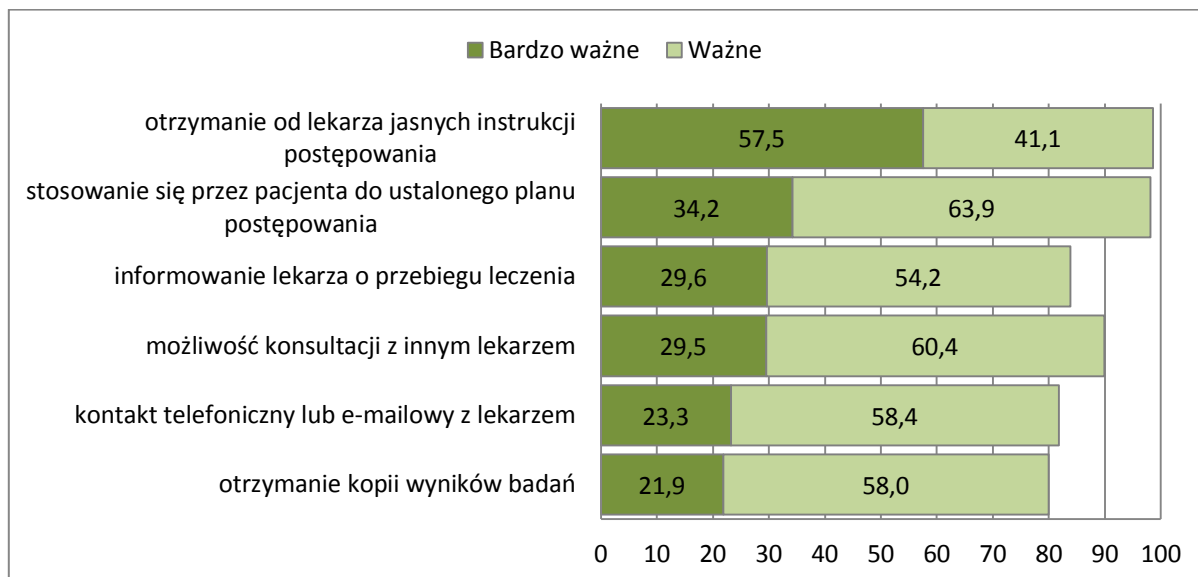
3.3.4 Równość opieki

Pacjenci z gorszą oceną własnego stanu zdrowia przywiązywali istotnie większą wagę do równości w dostępie i traktowaniu ($\gamma=0,15$; $p<0,05$). Oczekiwania w tym obszarze korelowały dodatnio z poziomem wykształcenia pacjenta ($r=0,17$; $p<0,05$), a ujemnie z wiekiem lekarza ($r=-0,17$; $p<0,05$), chociaż stopień korelacji był niski. W obszarze tym, równe traktowanie poprzez angażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji jako bardzo ważne i ważne wskazało odpowiednio 36 i 50% respondentów. Jedynie niespełna 0,5% uczestników badania wskazało, że jest to dla nich zagadnienie nieważne.

Rycina 19. Oczekiwania pacjentów związane z jakością obsługi – zagadnienia związane z przebiegiem konsultacji (%)



Rycina 20. Oczekiwania pacjentów związane z jakością obsługi – zagadnienia związane z postępowaniem po konsultacji (%)



3.4 Zaspokojenie potrzeb i oczekiwań pacjentów

W czterech możliwych do porównania obszarach wskaźniki satysfakcji (SI) zestawiono ze wskaźnikami wartości (VI). Stwierdzono, że wskaźnik zaspokojenia potrzeb (MEI) w każdym obszarze przyjął wartość dodatnią, w największym stopniu w zakresie jakości obsługi (QUAL) i ciągłości opieki (CONT), w najmniejszym zaś w obszarze dostępności (ACCS). Szczegółowe zestawienia przedstawia Tabela 21.

Tabela 21. Zestawienie średnich ocen i współczynnika zaspokojenia oczekiwań dla poszczególnych obszarów opieki POZ

Obszar opieki	Wskaźnik satysfakcji (SI)	Wskaźnik wartości (VI)	Wskaźnik zaspokojenia oczekiwań (MEI)
Dostępność opieki (ACCS)	0,642	0,547	0,096
Ciągłość opieki (CONT)	0,601	0,367	0,234
Jakość obsługi (QUAL)	0,768	0,469	0,299
Równość opieki (EQ)	0,685	0,541	0,143

Analiza wybranych, szczegółowych parametrów oceny jakości opieki potwierdziła, że w większości ocenianych sytuacji wskaźnik satysfakcji przyjął wartość dodatnią, najwyższą w ocenie równości traktowania ze względu na płeć i pochodzenie etniczne. Najniższy wskaźnik zaspokojenia

(przyjmujący wartości ujemne) dotyczył możliwości omówienia z lekarzem POZ problemów psychospołecznych oraz znajomości sytuacji życiowej pacjenta. Szczegółowe porównanie zaspokojenia potrzeb i oczekiwań przedstawia Tabela 22.

Tabela 22. Zestawienie średnich ocen i wskaźnika zaspokojenia oczekiwań dla wybranych parametrów oceny jakości POZ

Obszar opieki	Wskaźnik satysfakcji (SI)	Wskaźnik wartości (VI)	Wskaźnik zaspokojenia oczekiwań (MEI)
Doświadczenia lepsze niż oczekiwania			
szacunek ze względu na pochodzenie etniczne	0,98	0,31	0,67
szacunek ze względu na płeć	0,98	0,31	0,67
uprzejmość lekarza	0,97	0,66	0,31
korzystanie przez lekarza z dokumentacji medycznej	0,90	0,63	0,28
znajomość przez lekarza sytuacji życiowej pacjenta	0,11	-0,15	0,26
utrzymywanie kontaktu wzrokowego przez lekarza	0,76	0,51	0,25
godziny otwarcia praktyki	0,67	0,45	0,22
uważne słuchanie przez lekarza	0,92	0,73	0,19
uprzejmość personelu praktyki	0,84	0,66	0,18
bliska lokalizacja praktyki	0,69	0,53	0,17
wiedza, jak uzyskać pomoc po godzinach pracy praktyki	0,73	0,57	0,16
zadawanie pytań dotyczących stanu zdrowia	0,83	0,67	0,16
odpowiedni czas trwania konsultacji	0,85	0,73	0,12
znajomość przez lekarza historii medycznej pacjenta	0,70	0,62	0,08
szybkie odbieranie telefonów w recepcji	0,59	0,52	0,07
poczucie lepszego radzenia sobie z chorobą po konsultacji	0,73	0,69	0,05
łatwe umówienie terminu wizyty	0,71	0,67	0,03
Doświadczenia na poziomie oczekiwań			
możliwość zrozumienia lekarza	0,80	0,80	0,00
Doświadczenia poniżej oczekiwań			
zainteresowanie lekarza innymi problemami pacjenta	0,41	0,43	-0,02
angażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji	0,46	0,54	-0,08
możliwość omówienia problemów psychospołecznych	-0,127	0,039	-0,166

4 Dyskusja

4.1 Podsumowanie najważniejszych wyników

4.1.1 Doświadczenia

Doświadczenia pacjentów związane z korzystaniem z podstawowej opieki zdrowotnej były pozytywne we wszystkich badanych obszarach. Pacjenci najlepiej ocenili jakość obsługi, równość i dostępność opieki, najgorzej (ale wciąż pozytywnie) – koordynację i wszechstronność opieki. Największy odsetek doświadczeń pozytywnych odnotowano w obszarach ciągłości, wszechstronności i efektywności opieki POZ, zaś największy odsetek doświadczeń negatywnych – w obszarze koordynacji, równości opieki oraz jakości obsługi.

Lepiej opiekę sprawowaną w większości obszarów oceniają pacjenci z terenów wiejskich i starsi. Pacjenci leczący się z powodu chorób przewlekłych, mniej zamożni, gorzej wykształceni oraz nieaktywni zawodowo, a także ci, którzy mieszkają bez dzieci, lepiej oceniają swoje doświadczenia we wszystkich obszarach objętych badaniem, z wyjątkiem dostępności i równości opieki. Kobiety lepiej niż mężczyźni oceniały opiekę w zakresie ciągłości i efektywności opieki.

Płeć lekarza nie miała wpływu na ocenę świadczonych usług, poza dostępnością i koordynacją, która została oceniona gorzej przez pacjentów kobiet-lekarek. W większości obszarów (poza równością i efektywnością opieki) lepiej była oceniana opieka lekarzy posiadających obok specjalizacji z medycyny rodzinnej także inną specjalizację – i to zarówno w porównaniu z lekarzami, dla których medycyna rodzinna była jedyną specjalnością, jak i tymi, którzy nie posiadali specjalizacji z medycyny rodzinnej. Jakość podstawowej opieki zdrowotnej w większości ocenianych obszarów koreluje pozytywnie z wiekiem i stażem zawodowym lekarza. Natomiast pacjenci korzystający z opieki w praktykach, w których lekarze są zaangażowani w kształcenie medyczne, gorzej oceniają dostępność i równość opieki oraz jakość obsługi. Dłuższy czas konsultacji wiąże się z gorszymi ocenami dostępności i lepszymi ocenami jakości obsługi i efektywności opieki.

Infrastruktura praktyk w niewielkim stopniu wpływa na doświadczenia pacjentów. Lepiej dostępność i ciągłość opieki oceniają pacjenci z praktyk, w których znajduje się informacja o możliwości uzyskania opieki poza godzinami pracy praktyki. Poszanowanie prywatności pacjenta wiąże się z lepszymi ocenami w obszarze ciągłości, koordynacji opieki i jakości obsługi. Brak udogodnień dla pacjentów niepełnosprawnych nie wpływa negatywnie na ocenę opieki.

W ocenie całościowej, uwzględniającej możliwe wzajemne powiązania między poszczególnymi zmiennymi, potwierdza się zależność pomiędzy starszym wiekiem pacjenta i korzystaniem z porad w praktykach wiejskich, a lepszymi doświadczeniami we wszystkich (poza równością i efektywnością opieki) obszarach. Mężczyźni lepiej oceniają koordynację i efektywność opieki, a gorzej jej ciągłość. Bardzo dobry stan zdrowia pacjenta wiąże się z gorszą oceną ciągłości i efektywności opieki, a lepszą

– dostępności. Pacjenci z rozpoznaniem choroby przewlekłej lepiej oceniają ciągłość i koordynację opieki. Dłuższy czas trwania konsultacji wiąże się z gorszą oceną dostępności i równości opieki oraz jakości obsługi. Wiek lekarza w obszarze wszechstronności wiąże się z doświadczeniami pozytywnymi w zakresie wszechstronności opieki, a w ocenie jakości obsługi – negatywnymi.

Pacjenci tych lekarzy, którzy posiadali specjalizację wyłącznie z medycyny rodzinnej, doświadczają gorszej dostępności i jakości obsługi. Lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej i inną/innymi – w opinii swoich pacjentów lepiej koordynują opiekę. Dłuższy staż pracy lekarza POZ wiąże się z lepszymi doświadczeniami pacjentów w obszarach ciągłości, efektywności oraz jakości obsługi.

Zidentyfikowano także cechy związane z ryzykiem doświadczeń negatywnych. Starszy wiek pacjenta wiąże się z nieco mniejszym ryzykiem doświadczeń negatywnych we wszystkich obszarach. Płeć męska pacjenta wiąże się z mniejszym ryzykiem negatywnych doświadczeń w obszarze ciągłości i efektywności opieki, a większym w obszarze koordynacji. Rozpoznanie choroby przewlekłej zwiększa ryzyko negatywnych doświadczeń w obszarze ciągłości i koordynacji opieki. W porównaniu z pacjentami z niskimi dochodami – pacjenci średnio zamożni mają mniejszą szansę doświadczeń negatywnych w obszarze wszechstronności. Dla obszarów równości opieki i jakości obsługi, deklarowane dochody około i powyżej przeciętnej wiążą się z wyraźnie większą szansą na negatywną ocenę doświadczeń. Zaobserwowano także związek między korzystaniem z porad praktyk zlokalizowanych na wsi i w małym mieście a większym ryzykiem doświadczeń negatywnych w zakresie dostępności. Pacjenci praktyk wiejskich mieli też większą szansę negatywnych doświadczeń w zakresie wszechstronności, koordynacji, efektywności opieki i jakości obsługi. W małych miastach natomiast istnieje mniejsza szansa negatywnych doświadczeń w obszarze ciągłości i efektywności opieki. Dłuższy czas trwania konsultacji lekarskiej zwiększa szansę doświadczeń negatywnych w obszarze dostępności, równości opieki i jakości obsługi, a zmniejsza w obszarze wszechstronności i efektywności opieki. Korzystanie z porad specjalisty medycyny rodzinnej zmniejsza ryzyko doświadczeń negatywnych w obszarze dostępności opieki. Podobną (dodatkowo w obszarze efektywności opieki) zależność odnotowano dla lekarzy, którzy oprócz specjalizacji z medycyny rodzinnej posiadali jeszcze inną specjalność. W ich przypadku zwiększało się jednak ryzyko doświadczeń negatywnych w obszarze wszechstronności i koordynacji opieki. Dłuższy staż pracy lekarza zmniejsza ryzyko doświadczeń negatywnych w obszarach wszechstronności, koordynacji, równości i efektywności opieki.

4.1.2 Oczekiwania i wartości

Wyniki badania wskazują, że dostępność, ciągłość, jakości obsługi oraz równość podstawowej opieki zdrowotnej są ważne dla korzystających z niej pacjentów. Obszarem najważniejszym dla respondentów jest dostępność opieki, najmniej istotnym – jej ciągłość.

Większe oczekiwania związane z dostępnością opieki mają pacjenci z chorobami przewlekłymi, starsi oraz korzystający z porad lekarzy POZ w miastach. Najważniejsza dla pacjentów była możliwość

łatwego umówienia wizyty, bliska lokalizacja praktyki, sprawne działanie rejestracji, długie godziny otwarcia oraz czytelna informacja o godzinach pracy praktyki.

Ciągłość opieki jest ważniejsza dla pacjentów starszych i tych z rozpoznaniem choroby przewlekłej. Za najważniejsze w tym obszarze pacjenci uważają znajomość przez lekarza historii choroby oraz dostęp lekarza do wcześniejszej dokumentacji medycznej.

Jakość obsługi okazała się szczególnie istotna dla osób w starszym wieku. Spośród zagadnień związanych z jakością obsługi, za najważniejsze uczestnicy badania uznają łatwość zrozumienia lekarza, poczucie lepszej kontroli nad chorobą po konsultacji oraz uprzejmość personelu praktyki. Najważniejszym oczekiwaniem związanym z przygotowaniem do konsultacji było zapoznanie się lekarza przed konsultacją z dokumentacją medyczną pacjenta oraz dyskrecja i poszanowanie prywatności pacjenta w rejestracji praktyki. Najważniejszymi oczekiwaniami, związanymi z przebiegiem konsultacji, była możliwość szczerej i nieskrępowanej rozmowy z lekarzem, podmiotowe traktowanie pacjenta, skupienie się przez lekarza na konsultacji (np. nieodbieranie telefonów) oraz możliwość otrzymania skierowania do poradni specjalistycznej, gdy to jest konieczne. Szczególnie ważny jest dla pacjentów odpowiedni czas trwania konsultacji, uważne słuchanie i okazywanie zrozumienia przez lekarza. Po zakończeniu konsultacji najważniejsze dla nich jest otrzymanie jasnej instrukcji postępowania w przypadku pogorszenia stanu oraz otrzymanie wyników badań, nawet jeżeli były prawidłowe. Do zagadnień ważnych większość pacjentów zalicza także stosowanie się do ustalonego z lekarzem planu postępowania oraz możliwość (jeśli to konieczne) skonsultowania problemu z innym specjalistą.

Równość opieki jest szczególnie ważna dla pacjentów z gorszym stanem zdrowia, a także dla lepiej wykształconych i korzystających z porad młodszych lekarzy. Dla prawie wszystkich pacjentów ważne jest zaangażowanie ich w podejmowanie decyzji.

4.1.3 Zaspokojenie oczekiwań

W możliwych do porównania obszarach opieki POZ – dostępności, ciągłości, równości opieki oraz jakości obsługi, wskaźnik zaspokojenia oczekiwań (MEI) przyjął wartość dodatnią, wskazując na zaspokojenie oczekiwań respondentów. W największym stopniu oczekiwania zostały zaspokojone w obszarze jakości obsługi i ciągłości opieki, w najmniejszym – w obszarze dostępności opieki.

W ocenie szczegółowych zagadnień, związanych z jakością obsługi, dla których możliwe było oznaczenie MEI, stwierdzono, że obszarem niezaspokojonych oczekiwań pacjentów POZ jest możliwość omówienia na wizycie problemów psychospołecznych pacjenta, zaangażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji oraz zainteresowanie lekarza innymi niż zgłaszane w trakcie konsultacji problemami pacjenta. Mimo bardzo dobrych doświadczeń, ale także towarzyszących im wysokich oczekiwań, wskaźnik zaspokojenia potrzeby zrozumienia lekarza był bliski zeru. Do potrzeb zaspokojonych, ale o niskim wskaźniku zaspokojenia, należały także: łatwość umówienia wizyty,

poczucie lepszego radzenia sobie z chorobą po konsultacji, szybkie odbieranie telefonów w recepcji, znajomość przez lekarza historii medycznej pacjenta.

Do obszarów, w których doświadczenia uczestników badania były zdecydowanie lepsze niż oczekiwane, należało równe traktowanie ze względu na płeć i pochodzenie etniczne, uprzejmość lekarza, korzystanie z dokumentacji medycznej pacjenta, znajomość przez lekarza sytuacji życiowej pacjenta oraz poprawna komunikacja pozawerbalna.

4.2 Zalety i ograniczenia metody

Największą zaletą i równocześnie pewnym ograniczeniem metody jest międzynarodowy charakter badania. Konieczność stworzenia narzędzia w sposób jak najbardziej uniwersalny opisującego podstawową opiekę zdrowotną, dającego możliwość przeprowadzenia analiz porównawczych pomiędzy krajami uczestniczącymi w badaniu, w sposób oczywisty może prowadzić do uogólnień i uproszczeń. Może to odbić się na szczegółowości oceny w poszczególnych krajach. Po raz pierwszy pojawiła się jednak perspektywa obiektywnego pomiaru parametrów jakości POZ w sposób pozwalający na bezpośrednie przeprowadzenie analiz porównawczych między krajami uczestniczącymi w badaniu. Bez wątplenia jest to pierwsze badanie jakości świadczeń POZ przeprowadzone na tak dużą skalę. Dodatkowo, opracowane narzędzie może być wykorzystane w przyszłości, pozwalając na monitorowanie zmian (zarówno w skali kraju, jak i międzynarodowej). Zespół badawczy Zakładu Medycyny Rodzinnej UJ Collegium Medicum tylko w niewielkim stopniu miał wpływ na kształt narzędzia badawczego oraz sposób przeprowadzania badania.

Należy podkreślić, że jak w każdym badaniu kwestionariuszowym, ocena poszczególnych parametrów opieki jest pośrednia, oparta na subiektywnej ocenie respondentów. Badanie opinii pacjentów (na temat doświadczeń i oczekiwań) jest przede wszystkim oceną jakości postrzeganej (*perceived quality*).

Główną zaletą badania kwestionariuszowego jest możliwość poznania doświadczeń i oczekiwań pacjentów POZ przy wykorzystaniu względnie niewielkich środków finansowych, ograniczonych zasobów ludzkich i w krótkim czasie oraz zakodowanie odpowiedzi w sposób umożliwiający dokonanie porównań międzynarodowych oraz bardziej złożonych analiz opartych na konstruowanych wskaźnikach jakości. Przeprowadzone badanie posiada zalety i wady charakterystyczne dla badania kwestionariuszowego. Dotyczy to kolejnych trzech etapów: tworzenia kwestionariusza, zbierania danych i prowadzonych analiz [70].

Tworzenie narzędzia

Możliwe błędy na etapie tworzenia starano się eliminować poprzez wieloetapową procedurę tworzenia narzędzia (rozdział 2.2 wyżej). Znaczną część kwestionariuszy stanowią pytania pochodzące z poprzednich badań, oceniających wybrane fragmenty opieki lekarza POZ. Konstrukcja narzędzia badawczego poprzedzona została systematycznym przeglądem literatury przez zespół naukowy koordynatora międzynarodowego. Okazało się, że narzędzie posiada akceptowalną rzetelność i trafność. W przypadku badania doświadczeń pacjentów na terenie Polski należy zaznaczyć, że jedynie w obszarze *koordynacja opieki (COOR)* w ramieniu badania „Doświadczenia” rzetelność narzędzia była nieznacznie mniejsza od oczekiwanej. Wnioski z badania w tym obszarze należy traktować ze szczególną ostrożnością. Spodziewane błędy, dotyczące tłumaczenia z języka angielskiego, starano się zminimalizować, przyjmując jednolitą dla całego projektu procedurę tłumaczenia. W tym celu zastosowano też procedurę tłumaczenia zwrotnego z udziałem niezależnego tłumacza języka polskiego i angielskiego, oraz uwzględniono doświadczenia z badania pilotażowego na terenie Polski. Ograniczeniem zastosowanego narzędzia jest stosowanie pytań zamkniętych. Taka formuła nie pozwala respondentowi na swobodne wypowiedzenie swojej opinii, zwiększając ryzyko wskazywania przypadkowych odpowiedzi w sytuacji wątpliwej. Na takie ryzyko w badaniu satysfakcji pacjentów POZ wskazują wyniki badania Marcinowicz i wsp. [64], gdzie ogólnie dobrej ocenie opieki POZ towarzyszyły także negatywne oceny w miejscu, gdzie pacjenci mieli możliwość udzielania odpowiedzi otwartych. Stosowanie pytań zamkniętych zmniejsza z kolei ryzyko pominięcia ważnych zagadnień, skraca czas udzielania odpowiedzi, zmniejsza ryzyko błędów przy przenoszeniu danych i ostatecznie ułatwia ilościową analizę danych.

Zbieranie danych

Ograniczeniem badania poważnie utrudniającym całościową ocenę opieki POZ w Polsce, wymuszonym przez jednolitą dla całego projektu QUALICOPC procedurę rekrutacji, jest wyłączenie z badania opinii pacjentów (lub ich opiekunów) poniżej 18. roku życia. W związku z tym przy interpretacji danych należy pamiętać, że badana i opisywana postrzegana opieka w POZ nie obejmuje oceny opieki nad dziećmi i młodzieżą.

Dobór próby poprzez losowanie warstwowe jest dobozem mniej pożądanym niż dobór poprzez badanie z populacji ogólnej. Niemniej, w sytuacji Polski – rozległości geograficznej oraz dużej liczby praktykujących lekarzy POZ, biorąc pod uwagę konieczność pracy ankierów w terenie – wybrana metoda pozwala na racjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów finansowych i ludzkich. Zastrzeżenia budzić może przyjęta metodologia rekrutacji pacjentów – kolejnych, zgadzających się na udział w badaniu pacjentów korzystających z porady lekarza POZ w dniu przeprowadzania badania, zamiast doboru losowego z pełnej listy pacjentów lekarza-uczestnika badania. Ponownie jednak, takie postępowanie jest bardziej efektywne, biorąc pod uwagę fakt ograniczonych zasobów. Należy także

pamiętać, że głównym celem badania było poznanie osobistych doświadczeń i oczekiwań pacjentów korzystających z porad swojego lekarza POZ, a nie badanie opinii ogółu populacji na temat lekarzy, jakości opieki i oczekiwań wobec POZ w ogóle.

Jak w każdym badaniu tego typu, istnieje ryzyko niewłaściwego zrozumienia pytań przez respondenta, znużenia i pośpiechu w czasie wypełniania kwestionariusza, pominięcia niektórych zagadnień. Te spodziewane problemy starano się zminimalizować już na etapie tworzenia kwestionariusza – skracając listę pytań, doprecyzowując je w oparciu o informację zwrotną uzyskaną w badaniach pilotażowych oraz oddzielając pytania dotyczące doświadczeń od tych badających wartości i oczekiwania [69].

Ze względu na homogenność etniczną badanej populacji, z ograniczonym zaufaniem należy odnosić się do wyników badania, w których te cechy mogły mieć istotne znaczenie (np. równość traktowania ze względu na pochodzenie etniczne). Dla poznania rzeczywistych doświadczeń mniejszości etnicznych i narodowościowych związanych z korzystaniem z POZ w Polsce wskazane byłoby przeprowadzenie odrębnego badania, nakierowanego na pacjentów z tych grup.

Przeprowadzenie badania w terenie przez profesjonalnych, przeszkolonych ankierów zwiększyło szansę na rekrutację zakładanej liczby respondentów, a także na kompletność wypełnienia kwestionariuszy. Ponieważ ankierzy mieli także pomagać w rozwiązywaniu technicznych problemów związanych z wypełnianiem formularzy oraz dbać o kompletność udzielonych odpowiedzi, zlecenie tego zadania profesjonalnej agencji zwiększyło szansę na skuteczne zbieranie danych z zachowaniem należytej neutralności.

Analiza danych

Spodziewane błędy związane z przenoszeniem danych z kwestionariuszy do bazy danych starano się zminimalizować poprzez przeszkolenie pracowników wprowadzających dane, stosowanie formularzy i automatycznych procedur weryfikacji poprawności wprowadzanych danych, a także rutynowe, wrywkowe sprawdzanie poprawności przenoszenia danych. Przed przystąpieniem do analizy danych przeprowadzono oczyszczenie bazy danych, odrzucając dane dziwaczne i odstające, mogące w istotny sposób zaburzyć rzetelność dalszych analiz. Włączenie do zespołu badawczego profesjonalnego statystyka z doświadczeniem w analizie badań kwestionariuszowych pozwoliło na prawidłowy dobór, przeprowadzenie i interpretację wyników analiz statystycznych. Wiarygodność tych analiz zwiększa fakt stosowania profesjonalnego oprogramowania.

Ciekawy wniosek z własnych badań satysfakcji pacjentów POZ wyciąga Anderson i wsp. Według tego autora satysfakcja z opieki w perspektywie dwunastu miesięcy zależy głównie od ciągłości i koordynacji, satysfakcja w dniu wizyty od komunikacji [71]. Może to nakazywać pewną dodatkową ostrożność w ocenie wyników naszego badania, gdzie większość pytań odnosiła się bezpośrednio do właśnie zakończonej wizyty.

Ważnym ograniczeniem mogącym wpłynąć na interpretację wyników badania jest nierówna wielkość próby w ramieniu badania „Doświadczenia” i „Oczekiwania i wartości”. Taka konstrukcja została narzucona przez międzynarodowy protokół badania, którego głównym celem było badanie doświadczeń związanych z korzystaniem z opieki lekarza POZ.

Mimo iż badanie pacjentów w każdej z praktyk odbywało się tego samego dnia, należy pamiętać przy interpretacji wyników, że uczestnicy ramienia badania „Doświadczenia” oraz „Oczekiwania i wartości” stanowili dwie odrębne populacje, różnice między którymi przedstawiono w Tabeli 6. Liczniejsza próba ramienia „Doświadczenia” sprawiła, że stosunkowo niewielkie różnice wartości wskaźnika satysfakcji mogły stać się statystycznie istotne, podczas gdy niekiedy większe różnice bezwzględne wskaźnika wartości w ramieniu „Oczekiwania i wartości” takiej istotności statystycznej nie osiągały.

Konstrukcja wskaźników satysfakcji i oczekiwań

Przyporządkowanie poszczególnych pytań do obszarów jakości opieki przez międzynarodowy zespół naukowy koordynatora badania było prawidłowe, potwierdzone przeprowadzoną i opisaną powyżej analizą trafności wewnętrznej i dyskryminacyjnej poszczególnych skal. Największym wyzwaniem i możliwym źródłem błędów interpretacji było przypisanie wartości liczbowych odpowiedziom udzielanym przez respondentów. Zastosowano jednolitą metodologię, gdzie doświadczenia negatywne z punktu widzenia pacjenta przyjmowały wartości ujemne, a doświadczenia pozytywne – wartości dodatnie. W sytuacjach wątpliwych punktację uzgadniano w grupie ekspertów – członków zespołu badawczego koordynatora krajowego badania. W ramieniu badania „Oczekiwania i wartości” przypisywanie wartości budzi mniej wątpliwości, ze względu na zastosowanie we wszystkich pytaniach jednakowej skali Likerta.

Przy ocenie znaczenia wskaźnika zaspokojenia oczekiwań (MEI) należy pamiętać, że porównywane wskaźniki satysfakcji (SI) oraz wartości (VI) dla poszczególnych obszarów opieki budowane były w oparciu o różną liczbę zmiennych. W pełni wiarygodna kalkulacja wskaźnika MEI możliwa była tylko dla wybranych parametrów jakości obsługi (Tabela 22), gdzie każdej składowej z kwestionariusza „Oczekiwania i wartości” przyporządkowana jest jednoimienna pozycja z kwestionariusza „Doświadczenia”.

Zaznaczyć także należy, że przeprowadzona analiza modelu zmiennych w ramieniu badania „Doświadczenia” z zastosowaniem regresji wielorakiej wskazała, iż używany w badaniu zestaw zmiennych tylko w niewielkim stopniu (ok. 10%) tłumaczy całkowity efekt (poziom satysfakcji mierzony wartością wskaźnika SI). Oznacza to, że mimo trafności i rzetelności używanego narzędzia istnieją czynniki nieuwzględnione w kwestionariuszu, wpływające na ocenę opieki POZ przez pacjentów korzystających z opieki POZ w naszym kraju.

4.3 Omówienie wyników w świetle innych badań

W literaturze fachowej brak jest publikacji przedstawiających wyniki badań tak szeroko oceniających jakość POZ z perspektywy pacjentów, jak dokonano tego w ramach niniejszego projektu. W efekcie w dalszej dyskusji można odwołać się jedynie do wyników badań oceniających wybrane aspekty świadczeń POZ.

Sans-Corrales i wsp. w publikacji przedstawiającej wyniki przeglądu systematycznego literatury wskazują, że satysfakcja pacjenta związana jest z dostępnością, ciągłością opieki, czasem konsultacji i relacją lekarz–pacjent [72]. Malus i wsp. oceniali z kolei przyczyny niezadowolenia z POZ. Brak satysfakcji skoncentrowany był wokół problemów z dostępnością i ciągłością opieki [73]. W ocenie satysfakcji należy jednak pamiętać o uwzględnieniu metodologii badania. Zgodnie z obserwacją Andersona i wsp. satysfakcja z opieki w perspektywie dwunastu miesięcy zależy głównie od ciągłości i koordynacji, satysfakcja w dniu wizyty od komunikacji [71]. W badaniu estońskim satysfakcja zależała głównie od postrzeganych kompetencji lekarza, zrozumienia problemów pacjenta, punktualności lekarza oraz dogodnej lokalizacji praktyki [74].

Dostępność

W wynikach naszego badania ten obszar był jednym z najlepiej ocenianych przez pacjentów. Dostępność jest także obszarem stosunkowo często ocenianym w badaniach jakości POZ. W omówieniu wyników własnego badania Shi i wsp. wskazują na ogólny wysoki poziom satysfakcji z podstawowej opieki zdrowotnej w USA, szczególnie w obszarze dostępności i komunikacji lekarz–pacjent [75]. Badania z Wielkiej Brytanii wskazują, że w obszarze dostępności opieki dla pacjentów ważniejsza jest pojemność opieki (*capacity*), czyli liczba pacjentów, którzy mogą być przyjęci danego dnia, niż określone godziny otwarcia praktyki POZ [76]. W opinii naszych respondentów godziny otwarcia praktyki jako wystarczające określiło ponad trzy czwarte respondentów. Na satysfakcję związaną z czasem oczekiwania na konsultację może wpływać stan pacjenta. W fińskim badaniu pacjenci starsi oraz ci z chorobami przewlekłymi postrzegali dostęp do POZ jako trudniejszy (dłuższy postrzegany czas oczekiwania) [77]. Sampson i wsp. omawiając wyniki swojego badania wskazują, że zwiększanie natychmiastowej dostępności do lekarza może wiązać się ze spadkiem satysfakcji – wzrost liczby wizyt o jedną dziesiątą wiązał się ze spadkiem satysfakcji pacjentów o 8% [78]. W badaniach Kronemana i wsp. bezpośredni dostęp do lekarza POZ i możliwość jego wyboru wpływał dodatnio na ogólną ocenę jakości, nie miał jednak związku z oceną opieki sprawowanej przez konkretnego lekarza [45]. Wytlumaczeniem tego faktu może być silny wpływ na poziom satysfakcji ciągłości opieki, zwłaszcza interpersonalnej (wielokrotnego kontaktu pacjenta z tym samym lekarzem) oraz komunikacji lekarz–pacjent.

Czas trwania konsultacji

W pracach wielu badaczy ten czynnik również często wpływa na satysfakcję. Ponad dziewięćdziesiąt procent uczestników naszego badania stwierdziło, że lekarz poświęcił im wystarczającą ilość czasu w czasie konsultacji. Wg Fiscelii i wsp. dłuższa wizyta i lepsze zachowania werbalne i pozawerbalne lekarza korelują z większą satysfakcją [79]. Podobną, prawie liniową zależność z długością konsultacji zaobserwowali Geraghty i wsp. [80] oraz Stunder i wsp., którzy jednak wskazują, że na zmniejszenie satysfakcji wpływał krótszy niż oczekiwany czas konsultacji [81]. Nieco wcześniejszy przegląd systematyczny literatury dokonany przez Wilsona i Childsa wskazał jednak na brak wyraźnego i jednoznacznego związku między czasem konsultacji i satysfakcją pacjenta [82]. Być może takie niejednoznaczne wyniki zgodne są z naszymi obserwacjami, gdzie dłuższy czas konsultacji związany był z gorszą oceną dostępności i równości opieki oraz lepszą oceną wszechstronności opieki i jakości obsługi. Możliwe, że w zależności od ocenianego aspektu opieki, czynnik ten będzie wpływał dodatnio lub ujemnie na satysfakcję.

Warto także zaznaczyć, że oprócz czasu spędzonego w gabinecie, na satysfakcję pacjenta wpływa czas spędzony w poczekalni. Z naszych obserwacji wynika, że dwie trzecie pacjentów czekało na wizytę do 30 minut. Wg Gajocica i wsp. pozytywna ocena lekarza zależna jest od krótszego czasu spędzonego w poczekalni i dłuższego czasu spędzonego w gabinecie [83]. Camacho i wsp. podkreślają także, że dłuższy czas oczekiwania w poczekalni to mniejsza satysfakcja, zwłaszcza przy krótkiej konsultacji [84].

Ciągłość opieki

Innym, często ocenianym parametrem jakości POZ jest ciągłość opieki. Zaznaczyć należy, że ciągłość może być na potrzeby różnych badań w sposób różny definiowana. W sektorze POZ mamy do czynienia głównie z ciągłością interpersonalną (relacją między pacjentem i tym samym lekarzem) oraz ciągłością informacyjną (dostęp różnych profesjonalistów medycznych włączonych w opiekę nad pacjentem do informacji na temat pacjenta) [85]. Z punktu widzenia POZ szczególnie ważna jest ciągłość interpersonalna. Wg O'Malley ciągłość kontaktu z lekarzem ceniona jest przez pacjentów i ich rodziny. Efektem tego jest mniej wizyt w oddziałach ratunkowych, lepsza koordynacja opieki, większa satysfakcja [86]. Morgan i wsp. twierdzą, że ciągłość opieki wiąże się z większą satysfakcją, zwłaszcza dla pacjentów często korzystających z porad. Dla niektórych pacjentów ważne jest jednak, aby mogli skorzystać z opinii innych lekarzy lub zmienić lekarza [87]. Możliwość konsultacji z innym lekarzem była ważna także dla 90% respondentów naszego badania oczekiwani i wartości.

Baker i wsp. wskazują, że ciągłość interpersonalna (konsultacja lekarza znanego sobie i zaufanego) ważna jest zwłaszcza dla osób pracujących, mniejszości etnicznych i społecznie wykluczonych [88]. Mainous i wsp. wprost stwierdzają, że istnieje istotny związek między czasem trwania relacji lekarz–pacjent oraz wspólnych doświadczeń na pozytywną ocenę ciągłości opieki [89]. Krytyczny przegląd

literatury przeprowadzony przez Saultza i Albedaiwego wskazuje również na pozytywną relację między ciągłością interpersonalną a satysfakcją pacjenta [90]. Tarrant i wsp. twierdzą, że powtarzane interakcje pacjenta z tym samym lekarzem prowadzą do bardziej realistycznych oczekiwań. Zaufanie rozwija się w czasie, zwłaszcza jeżeli pacjent jest przekonany, że lekarzowi zależy na nim. Wydaje się, że pacjenci nie postrzegają lekarza rodzinnego jako „wymennego” i preferują ciągłość nad dostępnością [91]. Mollborn także podkreśla rolę zaufania. Zaufanie do lekarza jest ujemnie skorelowane z prawdopodobieństwem opóźnionej opieki i niezaspokojonych potrzeb [92]. Systematyczny przegląd literatury przeprowadzony przez Adlera i wsp. wskazuje na wyraźny pozytywny związek między ciągłością opieki a satysfakcją [85]. Związek ten jest szczególnie silnie widoczny w przypadku badań, w których oceniano satysfakcję w oparciu o miary subiektywne. W przypadku badań opartych na różnym rodzaju wskaźnikach ilościowych (takich jak nasze badanie) ten związek nie jest aż tak oczywisty. Brak także pewności, czy istnieje związek przyczynowy między większą ciągłością i wyższym poziomem satysfakcji pacjenta.

Komunikacja interpersonalna

Przeprowadzone badania jakościowe wykazały, że satysfakcja pacjenta zależy od poprawnej komunikacji lekarz–pacjent i postępowania długoterminowego (*follow-up care*), przy czym brak tych cech wpływa ujemnie na satysfakcję, ale ich obecność jej nie gwarantuje [75,93]. Dobra komunikacja lekarz–pacjent i koordynacja opieki zmniejszają poziom niezadowolenia pacjentów z wielochorobowością [94]. W innym badaniu jakościowym Pollak i wsp. wykazali, że satysfakcja pacjenta była istotnie większa, gdy lekarze zachowywali się empatycznie [95].

Charakterystyka pacjenta

Podobnie jak w wynikach naszych obserwacji, większą satysfakcję u pacjentów gorzej oceniających swój stan zdrowia stwierdzili Klemenc-Ketis i wsp. [96]. W wynikach naszego badania wiek pacjenta konsekwentnie koreluje dodatnio z oceną opieki we wszystkich obszarach. Jednak w badaniu Adolpha pacjenci starsi w porównaniu z młodszymi byli mniej usatysfakcjonowani z opieki lekarzy POZ [97]. Mold i wsp. komentując wyniki własnych badań, oceniających przeżycie i jakość życia pacjentów, konkludują, że satysfakcja z POZ starszych pacjentów może nie być najlepszym wskaźnikiem efektywności opieki [98].

Ocena różnych atrybutów jakości opieki może zależeć od rodzaju dolegliwości pacjentów. Te różnice nie były uwzględnione w naszym badaniu. Al-Mandhari i wsp. wskazują, że pacjenci z gorszym postrzeganym stanem zdrowia psychicznego większe znaczenie przywiązują do poświęconego czasu i komunikacji, natomiast ci z problemami głównie somatycznymi największe znaczenie przywiązują do dyskrecji [99]. Inne badania wskazują na większą satysfakcję wśród kobiet i starszych pacjentów oraz pacjentów gorzej wykształconych i z obszarów wiejskich [100,101]. Pacjenci starsi, z objawami depresji i gorszym stanem zdrowia w samoocenie są zwykle mniej zadowoleni z leczenia bólu w POZ

[102]. We Włoszech, gdzie pacjenci mają możliwość wyboru miejsca leczenia, chętniej do lekarza POZ uczęszczają pacjenci z niższym wykształceniem, bez choroby przewlekłej, i tacy, którzy wcześniej korzystali już ze świadczeń POZ [103]. Gelenngard z kolei pokazuje, że w warunkach szwedzkich wyższy poziom satysfakcji odnotowano w praktykach, w których leczyli się pacjenci z licznymi chorobami, ale z mniejszym poziomem wykluczenia społecznego [104]. Shadmi i wsp. ocenili, że pacjenci bardziej chorzy gorzej oceniają opiekę w zakresie komunikacji lekarz–pacjent, relacji interpersonalnych, znajomości pacjenta, integracji opieki, zaufania do lekarza [105]. Różni się to dość istotnie od naszych rezultatów, gdzie pacjenci z chorobami przewlekłymi postrzegali opiekę lepiej niż pozostali, poza oceną ciągłości, gdzie z chorobą przewlekłą wiązała się większa liczba doświadczeń negatywnych. Wong i wsp. zaobserwowali z kolei, że pacjenci z chorobami przewlekłymi są bardziej aktywni i usatysfakcjonowani, gdy spędzają więcej czasu ze swoimi lekarzami oraz gdy otrzymują opiekę całościową [106].

Cechy lekarza i praktyki

Pewne wątpliwości budzi fakt, czy specjalizacja z medycyny rodzinnej wiąże się z większą satysfakcją z opieki. Wyniki naszych badań wskazują na większą satysfakcję z opieki sprawowanej przez lekarzy posiadających specjalizację z medycyny rodzinnej, zwłaszcza gdy jest to jedna z kilku specjalizacji. Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej wiązało się z poprawą satysfakcji pacjentów POZ w Turcji [107]. Podobnie jak w naszym badaniu, korzystanie z usług lekarza ze specjalizacją z medycyny rodzinnej wiązało się z większą satysfakcją pacjentów w badaniach Margasa, Gavran i wsp. oraz Baltaciego i wsp. [54,107,108]. W badaniu Chu-Weiniger i Balkrishnan ważniejsza od specjalizacji lekarza była możliwość swobody wyboru lekarza. Możliwość wyboru wiązała się z większym deklarowanym zaufaniem pacjenta do lekarza [109].

W badaniach amerykańskich Ly i Glieda wskazano, że satysfakcja nie zależy od liczby lekarzy POZ na mieszkańca [110]. Tam, gdzie współczynnik lekarzy POZ w populacji był większy, zaobserwowano paradoksalnie dłuższy czas oczekiwania na wizytę. Być może tłumaczy to choć w części nasze obserwacje, gdzie wyraźnie widać różnicę między poziomem satysfakcji pacjentów korzystających z porad w praktykach wiejskich w porównaniu z zadowoleniem pacjentów korzystających z porad lekarzy w centrach dużych miast. W badaniach szwedzkich większą satysfakcję z opieki wskazywali pacjenci praktyk małych i tych, gdzie większość wizyt to konsultacje lekarskie [104]. W badaniu Tunga i wsp. jako najważniejszy czynnik wpływający na zadowolenie pacjentów wskazywano umiejętności techniczne lekarza, zaraz za nimi umiejętności interpersonalne. Na satysfakcję miała także wpływ dostępność, a w mniejszym stopniu edukacja w czasie wizyty na temat prewencji i profilaktyki [111].

Płeć lekarza nie wpływała na ocenę jakości opieki w naszym badaniu, poza gorszą oceną dostępności do świadczeń kobiet-lekarzy. Podobne wnioski sformułowali Wołosin i Gessel w odniesieniu do

satysfakcji z opieki POZ w ogóle oraz Kim i wsp. oceniający jakość opieki nad pacjentem z cukrzycą [112,113].

W wynikach naszego badania udogodnienia w infrastrukturze budynków nie wpływały generalnie na ocenę jakości (np. brak udogodnień dla osób niepełnosprawnych nie wiązał się w sposób oczywisty z gorszą oceną jakości). Brak jest podobnych obserwacji w innych badaniach dotyczących POZ, natomiast Rozenblum i wsp. w wynikach przeglądu literatury podsumowują, że wdrażane technologie informatyczne nie zwiększają znacząco satysfakcji pacjentów [114]. Być może należy odczytać to jako wskazówkę, że inwestycje wyłącznie w infrastrukturę i technologie niekoniecznie wpływają na znaczącą poprawę satysfakcji.

Ważną cechą związaną z pozytywną oceną świadczeń lekarza POZ w naszym badaniu jest staż pracy w POZ lekarza. Plomodon, analizując satysfakcję na poziomie systemowym, dowodzi, że większa zmienność (*turnover*) populacji lekarzy POZ wiąże się z istotnie mniejszą satysfakcją pacjenta [115]. Możliwe, że podobnie jak w badaniu Mainousa i wsp. istotny jest związek między czasem trwania relacji lekarz–pacjent oraz wspólnych doświadczeń, wpływających na lepszą ocenę ciągłości opieki [89].

Jeszcze trudniej jest odnieść wyniki naszych badań do rezultatów innych badań prowadzonych w Polsce, ze względu na ich niewielką liczbę i różnice metodologiczne. Jednym z dość regularnie ocenianych aspektów opieki podstawowej jest dostępność. Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia przez kilka lat prowadziło ocenę dostępności do usług na różnych poziomach, w tym POZ. W ostatnim opublikowanym raporcie z 2009 roku dostępność do lekarza POZ jako łatwą określiło 86% respondentów. Najgorzej dostępność oceniali pacjenci bogatsi, z dużych miast i z wyższym wykształceniem [55]. Jako łatwo dostępną, opiekę lekarza pierwszego kontaktu oceniło także 73% respondentów badania opinii społecznej przeprowadzonej przez CBOS w 2012 roku (i był to zarazem najlepiej oceniany element systemu opieki zdrowotnej w Polsce) [116]. Marcinowicz i wsp. wskazali, że poprawa dostępności w praktykach lekarzy rodzinnych dokonała się głównie poprzez usprawnienie systemu rejestracji i skrócenie czasu spędzonego przez pacjenta w poczekalni. O wiele trudniejsza okazała się poprawa w zakresie relacji interpersonalnych [56,57]. W badaniu satysfakcji z opieki pacjentów z chorobami przewlekłymi Kurpas i wsp. zaobserwowali, że pacjenci POZ szczególnie wysoko oceniali jakość badania podmiotowego i przedmiotowego, uprzejmość i gotowość do pomocy. Tutaj także, podobnie jak w naszym badaniu, większa satysfakcja związana była z niższym wykształceniem, starszym wiekiem oraz większą częstością wizyt [117]. Wiek był także istotnym czynnikiem wpływającym na postrzeganie POZ w badaniu Łukomskiej i wsp. [118]. W badaniu Pyry i wsp. (przeprowadzonym w przychodniach, gdzie nie było systemu rejestracji na godziny) osiemdziesiąt procent respondentów, mimo wyrażanego niezadowolenia, związanego z czasem oczekiwania w poczekalni na konsultację ponad godzinę, oceniło opiekę w POZ jako dobrą. Problemem najczęściej wskazywanym był ograniczony dostęp do

specjalistów oraz zbyt mała liczba porad związanych z profilaktyką i promocją zdrowia [119]. Miller i wsp. w swoim badaniu satysfakcji z POZ pacjentów warszawskich wskazali, że pacjenci oceniali jakość usług w POZ pozytywnie. Jedynym obszarem niezadowolenia był brak uwzględnienia ich statusu ekonomicznego [61]. Niedostateczne zainteresowanie problemami psychospołecznymi pacjenta było także jedną z nielicznych niezaspokojonych potrzeb wskazanych przez ankietowanych przez nas pacjentów. W innym badaniu Marcinowicz i wsp. wskazują na silną, kulturowo uwarunkowaną, postrzeganą różnicę statusu pacjenta w stosunku do lekarza, związaną z poczuciem braku satysfakcji i utrudniającą komunikację – np. zadawanie pytań, wyrażanie skarg itp. [64]. Można przyjąć, że w nieco odmienny sposób problem ten pokazują wyniki naszych obserwacji, gdzie silna potrzeba pacjentów włączenia w podejmowanie decyzji nie jest zaspokojona. Bardzo możliwe, że polscy pacjenci nie dość wyraźnie artykułują takie oczekiwania w stosunku do swoich lekarzy. Chlabicz, prezentując wyniki własnych badań, wskazuje, że jakość opieki postrzeganej przez pacjenta była lepsza w prywatnych praktykach lekarzy rodzinnych niż w instytucjach publicznych [120]. Nie wiązało się to jednak bezpośrednio ze statusem materialnym, ale z różnicami w zakresie komunikacji interpersonalnej i organizacji czasu pracy praktyki.

Oczekiwania pacjentów POZ

Stosunkowo niewiele badań oceniało oczekiwania pacjentów opieki podstawowej w szerszym zakresie. Elder i Barney podkreślają, omawiając wyniki swojego badania jakościowego, że dla pacjentów ważna jest informacja o badaniach, w tym omówienie celu badań, wyników, oraz otrzymanie kopii rezultatów [121]. Podobnie, aż osiemdziesiąt procent respondentów naszego badania jako bardzo ważne i ważne wskazało otrzymanie po konsultacji wyników badań, nawet jeśli są prawidłowe. Pacjenci włączeni do badania jakości POZ na Litwie oczekiwali przede wszystkim otrzymania informacji, zrozumienia lekarza i udzielania im wyjaśnień [122]. Te potrzeby zostały w największym stopniu zaspokojone. Dużo gorzej respondenci tego badania odczuwali zaspokojenie ich potrzeby wsparcia emocjonalnego. W naszym badaniu jedną z niezaspokojonych potrzeb respondentów był brak zainteresowania lekarza problemami psychospołecznymi pacjenta. Coulter, omawiając potrzeby zmian w POZ w Wielkiej Brytanii, jako najważniejsze oczekiwania pacjentów wskazuje: szybki dostęp do wiarygodnej porady, efektywne leczenie, udział w podejmowaniu decyzji, poszanowanie preferencji, zrozumiałą informację o postępowaniu oraz otrzymywanie wsparcia (także emocjonalnego), zaangażowanie opiekunów i członków rodziny w proces leczenia, empatię i szacunek [123]. Według Bultzingslowena i wsp. kluczowymi oczekiwaniami pacjentów są: poczucie spójności opieki, zaufanie do opieki, dostępność i relacja z lekarzem oparta na zaufaniu [124].

W badaniu japońskim, dla pacjentów w średnim wieku, z dużymi przychodami, wykształconych, najważniejsza była rola lekarza POZ jako odzwierciedlenia systemu, pacjenci z obszarów wiejskich jako ważniejsze wskazywali aspekty komunikacji interpersonalnej [125]. Respondenci naszego badania wysoko oceniali aspekty relacji interpersonalnych, a stosunkowo nisko aspekty związane

z koordynacją i wszechstronnością opieki. Możliwe, że podłożem takich ocen są podobne oczekiwania. Wyniki innego badania wskazują jako najważniejsze dla pacjenta: dostępność świadczeń, techniczne aspekty opieki, relacje interpersonalne, zorientowanie na pacjenta, ciągłość i lokalizację praktyki [126]. Autorom trudno było jednak wskazać jakieś cechy charakterystyczne respondentów związane z konkretnymi oczekiwaniami – zmienność odpowiedzi była zbyt duża. Respondenci naszego badania także podkreślali wagę niektórych technicznych aspektów opieki, jak zapewnienie dyskrecji w rejestracji, przygotowanie lekarza do konsultacji; obok tych zagadnień wymieniali najczęściej możliwość nieskrępowanej rozmowy z lekarzem oraz traktowanie podmiotowe.

4.4 Znaczenie przeprowadzonych badań

Wyniki zrealizowanego projektu badawczego potwierdziły doniesienia pochodzące z badań opinii publicznej oraz innych, przeprowadzonych w mniejszej skali badań, wskazujące na względnie wysoki poziom satysfakcji pacjentów korzystających ze świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Pozwoliły także na precyzyjne zidentyfikowanie obszarów, w których doświadczenia pacjentów są najlepsze, a w których nieco gorsze. Poprzez zestawienie ich z systemem wartości oraz oczekiwań pacjentów w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej umożliwiły wskazanie obszarów, które wymagają działań naprawczych.

Przeprowadzone badanie po raz pierwszy w tak szerokim zakresie, w systematyczny sposób oraz przy użyciu zwalidowanego narzędzia ocenia jakość POZ w Polsce, tak jak jest ona postrzegana przez pacjentów. Poznano oczekiwania i doświadczenia pacjentów związane z korzystaniem ze świadczeń konkretnych lekarzy POZ. Ważnym osiągnięciem niniejszego badania jest skonstruowanie wskaźników satysfakcji, wartości i zaspokojenia potrzeb. Wskaźniki te w sposób bardziej rzetelny niż pojedynczy parametr pozwalają ocenić jakość poszczególnych obszarów jakości POZ. Pozwalają także na porównanie poziomu satysfakcji ze świadczeń POZ oraz zmierzenie stopnia zaspokojenia oczekiwań pacjentów. Poznanie stopnia zaspokojenia potrzeb pacjentów umożliwia wskazanie mocnych i słabych punktów oraz wyznaczenie priorytetów poprawy jakości POZ.

Niezwykle istotnym osiągnięciem przeprowadzonego badania, ze względu na jego międzynarodowy charakter, jest możliwość porównania w przyszłości wyników uzyskanych w Polsce z danymi z innych krajów uczestniczących w projekcie. Obiektywna informacja na temat obszarów, w których jakość opieki w POZ w Polsce w sposób istotny różni się od innych krajów, pozwolić może na poszukiwanie rozwiązań możliwych do zastosowania w naszym systemie ochrony zdrowia, prowadzących do poprawy jakości.

Opracowany i przetestowany w praktyce protokół badawczy pozwolić może na powtarzanie badania w przyszłości oraz monitorowanie zmian, umożliwiając ocenę trendów długoterminowych postrzeganej

jakości POZ. Możliwa jest także adaptacja i częściowe wykorzystanie zastosowanej metodologii do oceny jakości opieki w innych obszarach opieki zdrowotnej (np. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

4.5 Rekomendacje i kierunki dalszych badań

Przeprowadzone badanie pozwala na sformułowanie kilku zasadniczych rekomendacji odnośnie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, a w szczególności podstawowej opieki zdrowotnej. Umożliwia także wytyczenie kierunków przyszłych badań w zakresie oceny jakości podstawowej opieki zdrowotnej. Najważniejsze z nich to:

1. Zwiększenie zaangażowania pacjenta i wzmocnienie opieki holistycznej powinno stać się priorytetem w programach poprawy jakości.
2. Ważne jest utrzymanie stałego wysokiego poziomu szkolenia lekarzy w zakresie właściwej komunikacji interpersonalnej. Choć w tym obszarze oczekiwania pacjentów są zaspokojone, są jednocześnie bardzo wysokie.
3. Utrzymanie stabilności funkcjonowania lekarzy i praktyk lekarzy POZ wydaje się kluczowe dla zapewnienia jakości. Wskazuje na to wyraźny związek stażu pracy lekarza POZ z wyższym poziomem satysfakcji pacjenta.
4. Konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań w rejonach wiejskich, ze względu na duży rozdźwięk pomiędzy ogólnie wysoką oceną opieki POZ i wysokim odsetkiem ocen negatywnych wśród respondentów korzystających ze świadczeń praktyk zlokalizowanych na wsi.
5. Poprawa jakości w obszarach koordynacji i wszechstronności zależy może bardziej od regulacji prawnych i instrumentów finansowych kształtujących POZ niż od szkolenia poszczególnych lekarzy. Do przeprowadzenia zmian w tym zakresie konieczne jest zaangażowanie instytucji kształtujących politykę zdrowotną.
6. Konieczne są dalsze badania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, w celu identyfikacji dodatkowych zmiennych, mogących wpływać na satysfakcję pacjentów. Model zmiennych zależnych użytych w naszym badaniu w ograniczonym zakresie tłumaczy wynik ogólny w poszczególnych obszarach jakości. Możliwe, że związane to jest z brakiem dostatecznej wiedzy pacjentów, jakie są ograniczenia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, co może przekładać się na nieadekwatne oceny POZ i nierealistyczne oczekiwania – np. oczekiwania co do wykonywanych badań i procedur medycznych. Badanie nasze nie pozwalało także na zróżnicowanie grup pacjentów ze względu na typ choroby przewlekłej – nie wiemy, czy i jaki wpływ na ocenę ma fakt chorowania na poszczególne przewlekłe choroby somatyczne i psychiczne. Nieznany jest też wpływ czynników pozalekarskich,

zależnych od innych osób i instytucji (jak na przykład opieka pielęgniarska, położnej środowiskowej, opieka społeczna) na ocenę POZ, a nieuwzględnionych w niniejszym badaniu. W celu identyfikacji tych zmiennych konieczne jest przeprowadzenie badań jakościowych.

7. W celu pełniejszej oceny POZ w Polsce konieczne jest też przeprowadzenie badania obejmującego ocenę opieki nad pacjentami poniżej 18. roku życia oraz pacjentami korzystającymi z porad POZ w ramach wizyt domowych.
8. Ponieważ badana populacja była etnicznie i kulturowo homogenna, w celu rzetelnej oceny jakości (świadczeń, zwłaszcza w obszarze równości opieki) świadczeń udzielanych przedstawicielom mniejszości etnicznych konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań w regionach zamieszkałych przez te grupy pacjentów.
9. Ocena działania POZ powinna stać się częścią regularnej oceny systemu opieki zdrowotnej jako całości. Jest prawdopodobne, że dopiero analiza POZ w kontekście całego systemu opieki zdrowotnej wskaże wszystkie istotne czynniki wpływające pozytywnie i negatywnie na jakość świadczeń w tym sektorze usług medycznych.

5 Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce jest dobrze oceniana przez pacjentów we wszystkich badanych obszarach (dostępności, koordynacji, wszechstronności, efektywności, równości opieki oraz jakości obsługi).
2. Najlepiej oceniana jest równość i dostępność opieki oraz jakość obsługi, relatywnie gorsze doświadczenia wiążą się z obszarem koordynacji i wszechstronności opieki.
3. Lepiej podstawową opiekę zdrowotną oceniają pacjenci starsi, leczący się z powodu chorób przewlekłych, samotni, niepracujący i z mniejszymi przychodami.
4. Lepsze doświadczenia z usług w POZ mają pacjenci korzystający z porad lekarzy z praktyk wiejskich oraz lekarzy, których staż pracy w POZ jest dłuższy.
5. Pacjenci lekarzy posiadających specjalizację z medycyny rodzinnej obok innej specjalizacji byli bardziej usatysfakcjonowani niż pacjenci pozostałych lekarzy.
6. Specjalizacja z medycyny rodzinnej wydaje się warunkiem koniecznym, choć niewystarczającym, świadczenia satysfakcjonujących usług w POZ.
7. Istnieje wyraźny rozdźwięk pomiędzy ogólną wysoką oceną jakości POZ przez pacjentów z praktyk wiejskich, a wysokim odsetkiem doświadczeń negatywnych w tej grupie pacjentów.
8. Obszary opieki, na które największy wpływ ma indywidualna postawa lekarza i organizacja pracy na poziomie poszczególnych praktyk (tzn. równość opieki i jakość obsługi),

są obszarami najlepiej ocenianymi przez pacjentów. Natomiast obszary najgorzej oceniane (koordynacja i wszechstronność) zależą w bardzo dużej mierze od rzeczywistych (wykonywanych) kompetencji lekarza rodzinnego, na co wpływ ma przede wszystkim polityka zdrowotna państwa i płatnika.

9. Oprócz doświadczenia lekarza, wiedzy klinicznej i umiejętności, prawdopodobnie bardzo silną rolę w doświadczaniu wysokiej jakości opieki odgrywa ciągłość interpersonalna opieki.
10. Infrastruktura praktyk lekarskich i przychodni nie odgrywa istotnej roli w ocenie jakości.
11. Pomimo stosunkowo niewielkich oczekiwań w tym zakresie, niezaspokojone pozostają potrzeby pacjentów związane z uwzględnieniem kontekstu pozamedycznego (zainteresowanie lekarza innymi niż powód konsultacji problemami, zainteresowanie problemami psychospołecznymi).
12. Oczekiwania pacjentów w obszarach dostępności, ciągłości i równości opieki oraz jakości obsługi są zaspokojone.
13. Niezaspokojone pozostają oczekiwania pacjentów dotyczące włączenia ich w podejmowanie decyzji oraz zaangażowania lekarza w pozamedyczne problemy pacjenta.

6 Piśmiennictwo

- 1 Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;**344**:1129–33.
- 2 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;**83**:457–502.
- 3 Windak A, Godycki-Ćwirko M. Prynecypia medycyny rodzinnej. W: Lukas W, Latkowski JB, red. *Medycyna rodzinna*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004. 13–7.
- 4 Boerma WGW, Zee J Van Der. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1997;**47**:481–6.
- 5 Boerma WGW. *Profiles of general practice in Europe*. Utrecht, NIVEL 2003.
- 6 Primary Health Care. Report on the International conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. Geneva, World Health Organization 1978.
- 7 Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization 2008.
- 8 Developing the new European policy for health - Health 2020. Baku: World Health Organization 2010.
- 9 Maeseneer JM De, Driel ML van, Green LA, *et al*. The need for research in primary care: EBSCOhost. *Lancet* 2003;**362**:1314–9.
- 10 Rosser WW, van Weel C. Research in family/general practice is essential for improving health globally. *Ann Fam Med* 2004;**2 Suppl 2**:S2–4.
- 11 Godycki-Ćwirko M, Nowak P, Windak A, Kosiek K. Zarys historii medycyny rodzinnej w Polsce. W: Lukas W, Latkowski JB, red. *Medycyna rodzinna*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004. 5–13.
- 12 Godycki-Ćwirko M, Oleszczyk M, Windak A. The development of primary health care in Poland from 2nd Republic to the Round Table Agreement (1918-1989). *Probl Med Rodz* 2010;**12**:29–36.
- 13 Windak A, Jarosz M, Kulczycka J, Surdacki A, Tomasiak T. *Zakres kompetencji lekarza rodzinnego*. Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius 1994.
- 14 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135). Warszawa, Sejm RP 2004.
- 15 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie Świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (z późniejszymi zmianami) (Dz.U. 2013 poz. 1248). Warszawa, Sejm RP 2013.
- 16 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417). Warszawa, Sejm RP 2008.
- 17 Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu

Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 66). Warszawa, Sejm RP 2011.

- 18 Tomasiak T, Windak A, Król Z, Jacobs M. Idea zapewnienia jakości. W: Tomasiak T, Windak A, Król Z, Jacobs, M red. *Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej*. Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius" 1996. 13–8.
- 19 Stanach K, Freyer J, Nizankowski R. Zapewnienie jakości w praktyce lekarza rodzinnego. W: Mierzecki A, Januszewski A, red. *Zarządzanie praktyką lekarza rodzinnego*. Szczecin-Wrocław, Aktis 1999. 89–101.
- 20 Tobiasz-Adamczyk B. Metody oceny satysfakcji pacjentów. W: *Reakcje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2002. 73–80.
- 21 Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;**3**:e001570.
- 22 Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010;**11**:81.
- 23 Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013;**63**:742–50.
- 24 Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991;**266**:2268–71.
- 25 Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract* 1994;**39**:123–8.
- 26 Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas. *Public Health* 2005;**119**:699–710.
- 27 Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff* 2010;**29**:766–72.
- 28 Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;**86**:1742–7.
- 29 Mark DH, Gottlieb MS, Zellner BB, et al. Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians. *J Fam Pract* 1996;**43**:33–9.
- 30 Doescher MP, Franks P, Saver BG. Is family care associated with reduced health care expenditures? *J Fam Pract* 1999;**48**:608–14.
- 31 Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* 1996;**43**:40–8..
- 32 Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract* 1998;**47**:105–9.
- 33 Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. *Ann Fam Med* 2012;**10**:34–41.

- 34 Windak A. The return of old family doctors in the new Europe. *Eur J Gen Pract* 1998;**4**:168–70.
- 35 Windak A, Van Hasselt P. Primary care and general practice in Europe: Central and East. W: Jones R, Britten N, Culpepper L, *i wsp.*, red. *Oxford Textbook of Primary Medical Care. Volume 1*. Oxford, Oxford University Press 2005. 70–3.
- 36 Svab I, Pavlic DR, Radic S, *et al.* General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe. *Croat Med J* 2004;**45**:537–42.
- 37 Rurik I, Kalabay L. Primary healthcare in the developing part of Europe: changes and development in the former Eastern Bloc countries that joined the European Union following 2004. *Med Sci Monit* 2009;**15**:PH78–84.
- 38 Boerma WGW. Mapping primary care across Europe. W: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, red. *Primary care in driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire, Open University Press 2006. 22–49.
- 39 Boerma WG, Groenewegen PP, Van der Zee J. General practice in urban and rural Europe: the range of curative services. *Soc Sci Med* 1998;**47**:445–53.
- 40 Ashworth M, Armstrong D. The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004-5. *BMC Fam Pract* 2006;**7**:68.
- 41 Budak A, Katic M, Tiljak H. Free choice of a physician in general medicine. *Lijecnicki Vjesn* 1994;**116**:205–10.
- 42 Kalda R, Polluste K, Lember M. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy* 2003;**64**:55–62.
- 43 Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;**19**:174–7.
- 44 Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, *et al.* Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ* 2004;**82**:106–14.
- 45 Kroneman MW, Maarse H, Zee JVD. Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy* 2006;**76**:72–9.
- 46 Kroneman M, Paget WJ, Meuwissen LE, *et al.* An approach to monitoring influenza vaccination uptake across Europe. *Euro Surveill* 2008;**13**.
- 47 Verhaak PFM, Bensing J, Brink-Muinen A van den. GP mental health care in 10 European countries: patients' demands and GP's responses. *Eur J Psychiatry* 2007;**21**:7–16.
- 48 Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care* 2006;**29**:1007–11.
- 49 Sixma HJ, van Campen C, Kerssens JJ, *et al.* Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. *Age Ageing* 2000;**29**:173–8.

- 50 Uiters E, Deville W, Foets M, *et al.* Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2009;**9**:76.
- 51 Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 2006;**174**:177–83.
- 52 Windak A, Tomasik T, Kryj-Radziszewska E. The Polish experience of quality improvement in primary care. *Jt Comm J Qual Improv* 1998;**24**:232–9.
- 53 Kurpas D, Steciwko A. Quality of primary health care and patients' satisfaction. *Wiad Lek* 2002;**55 Suppl 1**:301–4.
- 54 Margas G. *Ocena jakości opieki medycznej świadczonej przez lekarzy rodzinnych*. Praca doktorska, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków 2003.
- 55 Paczkowska M. *Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków*. Warszawa, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2009.
- 56 Marcinowicz L, Chlabicz S. Improvement in the accessibility and organization of services of family physicians in a small town in Poland: a comparison of patient opinions between 1998 and 2002. *Adv Med Sci* 2006;**51**:226–31.
- 57 Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Chlabicz S. The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland. *Int J Qual Heal Care Qual Heal Care* 2008;**20**:277–83.
- 58 Marcinowicz L, Rybaczuk M, Grebowski R, *et al.* A short questionnaire for measuring the quality of patient visits to family practices. *Int J Qual Heal Care* 2010;**22**:294–301.
- 59 Windak A, Gryglewska B, Tomasik T, *et al.* General practitioners ignore high normal blood pressure. *Blood Press* 2008;**17**:42–9.
- 60 Parnicka A, Wizner B, Fedyk-Łukasik M, *et al.* Knowledge about heart failure in primary care: Need for strengthening of continuing medical education. *Cardiol J* 2013;**20**:356–63.
- 61 Miller M, Supranowicz P, Gębska-Kuczerowska A, *et al.* Evaluation of patients' satisfaction level as a part of the quality of primary health care functioning. *Pol Merkur Lek* 2007;**23**:367–70.
- 62 Lech MM, Petryka I. Evaluation of patients' satisfaction in relation to private or public health care providers. *Wiad Lek* 2002;**55 Suppl 1**:313–20.
- 63 Jędrzejczyk T, Zarzeczna-Baran M, Popowski P. Evaluation of the quality of primary health care in Sopot after privatization. *Wiad Lek* 2002;**55 Suppl 1**:184–9.
- 64 Marcinowicz L, Grębowski R, Chlabicz S. Exploring negative evaluations of health care by Polish patients: an attempt at cross-cultural comparison. *Health Soc Care Community* 2009;**17**:187–93.
- 65 Baranowski J, Windak A. *Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej*. Warszawa, Ernst & Young 2012.
- 66 Kozierkiewicz A, Boguszewska E, Gajda K, *et al.* *Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014*. Warszawa, Price Waterhouse Cooper Polska 2014.

- 67 Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, *et al.* The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract* 2002; **51**:72–3.
- 68 Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, *et al.* QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract* 2011;**12**:115.
- 69 Schäfer WL a, Boerma WGW, Kringos DS, *et al.* Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Qual Prim Care* 2013;**21**:67–79.
- 70 Weisberg HF. Methodological Strengths and Weaknesses of Survey Research. W: Donsbach W, Traugott MW, red. *The Sage Handbook of Public Opinion Research*. London, SAGE Publications Ltd. 2008. 223–31.
- 71 Anderson RT, Weisman CS, Camacho F, *et al.* Women’s satisfaction with their on-going primary health care services: A consideration of visit-specific and period assessments. *Health Serv Res* 2007;**42**:663–81.
- 72 Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, *et al.* Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006;**23**:308–16.
- 73 Malus M, Shulha M, Granikov V, *et al.* A participatory approach to understanding and measuring patient satisfaction in a primary care teaching setting. *Prog Community Health Partnersh* 2011;**5**:417–24.
- 74 Polluste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients’ perspective: Acceptability and satisfaction. *Croat Med J* 2004;**45**:582–7.
- 75 Shi L, Lebrun-Harris LA, Parasuraman SR, *et al.* The quality of primary care experienced by health center patients. *J Am Board Fam Med* 2013;**26**:768–77.
- 76 Morgan CL, Beerstecher HJ. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: An observational study. *Br J Gen Pract* 2011;**61**:e498–e507.
- 77 Mantyselka P, Halonen P, Vehvilainen A, *et al.* Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scand J Prim Health Care* 2007;**25**:27–32
- 78 Sampson F, Pickin M, O’Cathain A, *et al.* Impact of same-day appointments on patients satisfactions with general practice appointment systems. *Br J Gen Pract* 2008;**58**:641–3.
- 79 Fiscella K, Meldrum S, Franks P, *et al.* Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004;**42**:1049–55.
- 80 Geraghty EM, Franks P, Kravitz RL. Primary care visit length, quality, and satisfaction for standardized patients with depression. *J Gen Intern Med* 2007;**22**:1641–7.
- 81 Stunder W, Scherer M, Himmel W. Do primary care patients adequately assess the length of consultation in a general medical practice? *Dtsch Medizinische Wochenschrift* 2008;**133**:67–70.

- 82 Wilson A, Childs S. The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: A systematic review. *Br J Gen Pract* 2006;**56**:876–82.
- 83 Gajovic G, Kocic S, Radovanovic S, *et al.* Satisfaction of users in primary health care. *HealthMED* 2012;**6**:4185–93.
- 84 Camacho F, Anderson R, Safrit A, *et al.* The relationship between patient’s perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *N C Med J* 2006;**67**:409–13.
- 85 Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: A systematic review. *Fam Pract* 2010;**27**:171–8.
- 86 O’Malley AS. Current evidence on the impact of continuity of care. *Curr Opin Pediatr* 2004;**16**:693–9.
- 87 Morgan ED, Pasquarella M, Holman JR. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. *J Am Board Fam Pract* 2004;**17**:341–6.
- 88 Baker R, Boulton M, Windridge K, *et al.* Interpersonal continuity of care: A cross-sectional survey of primary care patients’ preferences and their experiences. *Br J Gen Pract* 2007;**57**:283–90.
- 89 Mainous III AG, Goodwin MA, Stange KC. Patient-physician shared experiences and value patients place on continuity of care. *Ann Fam Med* 2004;**2**:452–4.
- 90 Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Ann Fam Med* 2004;**2**:445–51.
- 91 Tarrant C, Dixon-Woods M, Colman AM, *et al.* Continuity and trust in primary care: a qualitative study informed by game theory. *Ann Fam Med* 2010;**8**:440–6.
- 92 Mollborn S, Stepanikova I, Cook KS. Delayed care and unmet needs among health care system users: When does fiduciary trust in a physician matter? *Health Serv Res* 2005;**40**:1898–917.
- 93 Anderson R, Barbara A, Feldman S. What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. *J Med Pract Manag* 2007;**22**:255–61.
- 94 Parchman ML, Noel PH, Lee S. Primary care attributes, health care system hassles, and chronic illness. *Med Care* 2005;**43**:1123–9.
- 95 Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, *et al.* Physician empathy and listening: Associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med* 2011;**24**:665–72.
- 96 Klemenc-Ketis Z, Petek D, Kersnik J. Association between family doctors’ practices characteristics and patient evaluation of care. *Health Policy (New York)* 2012;**106**:269–75.
- 97 Adolph M, Wu J, Feldman SR, *et al.* Who will take care of us? Exploring differences in respondents’ satisfaction with primary care vs specialty care physicians. *Health Outcomes Res Med* 2012;**3**:e3–e10.
- 98 Mold JW, Lawler F, Schauf KJ, *et al.* Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes? An Oklahoma physicians resource/research network (OKPRN) study. *J Am Board Fam Med* 2011;**24**:511–23.

- 99 Al-Mandhari AS, Hassan AA, Haran D. Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: Evidence from users of primary health care in Oman. *Fam Pract* 2004;**21**:519–27.
- 100 Bu-Alayyan S, Mostafa A, Al-Etaibi B, *et al.* Patient satisfaction with primary health care services in Kuwait. *Kuwait Med J* 2008;**40**:25–30.
- 101 Harutyunyan T, Demirchyan A, Thompson ME, *et al.* Patient satisfaction with primary care in Armenia: Good rating of bad services? *Heal Serv Manag Res* 2010;**23**:12–7.
- 102 Henschke N, Wouda L, Maher CG, *et al.* Determinants of patient satisfaction 1 year after presenting to primary care with acute low back pain. *Clin J Pain* 2013;**29**:512–7.
- 103 Pileggi C, Carbone V, Pavia M, *et al.* Patients’ perceptions and related behaviours on role of primary care physician in Italy. *Eur J Public Health* 2004;**14**:258–60.
- 104 Glenngard AH. Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden. *Heal Econ Policy Law* 2013;**8**:317–33.
- 105 Shadmi E, Boyd CM, Hsiao C-J, *et al.* Morbidity and older persons’ perceptions of the quality of their primary care. *J Am Geriatr Soc* 2006;**54**:330–4.
- 106 Wong ST, Peterson S, Black C. Patient activation in primary healthcare: A comparison between healthier individuals and those with a chronic illness. *Med Care* 2011;**49**:469–79.
- 107 Baltaci D, Celesun T, Eroz R, *et al.* Evaluation of patient satisfaction with family physicians after implementation of family medicine in Turkey. *HealthMED* 2012;**6**:469–75.
- 108 Gavran L, Jasarevic E, Hasanica N. Patient satisfaction with primary care: are there differences between the approaches in family and general medicine? *Med Glas (Zenica)* 2013;**10**:379–84.
- 109 Chu-Weininger MYL, Balkrishnan R. Consumer satisfaction with primary care provider choice and associated trust. *BMC Health Serv Res* 2006;**6**.
- 110 Ly DP, Glied SA. Variations in the service quality of medical practices. *Am J Manag Care* 2013;**19**:e378–e385.
- 111 Tung Y-C, Chang G-M. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: Associations of perceived quality and patient education. *Int J Qual Heal Care* 2009;**21**:206–13.
- 112 Wolosin RJ, Gesell SB. Physician gender and primary care patient satisfaction: no evidence of “feminization”. *Qual Manag Health Care* 2006;**15**:96–103.
- 113 Kim C, McEwen LN, Gerzoff RB, *et al.* Is physician gender associated with the quality of diabetes care? *Diabetes Care* 2005;**28**:1594–8.
- 114 Rozenblum R, Donze J, Hockey PM, *et al.* The impact of medical informatics on patient satisfaction: A USA-based literature review. *Int J Med Inform* 2013;**82**:141–58.
- 115 Plomondon ME, Magid DJ, Steiner JF, *et al.* Primary care provider turnover and quality in managed care organizations. *Am J Manag Care* 2007;**13**:465–72.

- 116 Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej 2012.
- 117 Kurpas D, Church J, Mroczek B, *et al.* The quality of primary health care for chronically ill patients - A cross-sectional study. *Adv Clin Exp Med* 2013;**22**:501–11.
- 118 Łukomska A, Rość D, Jachimowicz-Wołoszynek D. Influence of age on patient satisfaction in primary health care. *Fam Med Prim Care Rev* 2006;**8**:88–94.
- 119 Pyra KK, Raganowski P, Jabłońska J, *et al.* Overall view of medical services offered by primary care clinics in opinion of patients. *Fam Med Prim Care Rev* 2007;**9**:569–72.
- 120 Chlabicz S, Marcinowicz L. Public or non-public family medicine - Patients' perspective of the quality of primary care in Białystok, Poland. *Eur J Gen Pract* 2005;**11**:5–10.
- 121 Elder NC, Barney K. "But what does it mean for me?" Primary care patients' communication preferences for test results notification. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012;**38**:168–76.
- 122 Zebiene E, Razgauskas E, Basys V, *et al.* Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *Int J Qual Heal Care* 2004;**16**:83–9.
- 123 Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *BMJ* 2005;**331**:1199–201.
- 124 Von Bultzingslowen I, Eliasson G, Sarvimaki A, *et al.* Patients' views on interpersonal continuity in primary care: A sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006;**23**:210–9.
- 125 Takahashi O, Ohde S, Jacobs JL, *et al.* Population-level preferences for primary care physicians' characteristics in Japan: A structural equation modeling. *Intern Med* 2010;**49**:125–30.
- 126 Cheraghi-Sohi S, Bower P, Mead N, *et al.* What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual "map" of patient preferences. *Health Expect* 2006;**9**:275–84.

7 Streszczenie

Wstęp

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest tą częścią systemu ochrony zdrowia, do której w pierwszej kolejności zgłaszają się pacjenci ze swoimi problemami zdrowotnymi i w której zaspokojona zostaje większość potrzeb leczniczych i profilaktycznych populacji. POZ ma charakter generalistyczny, odpowiadając na różnorodne potrzeby pacjentów. Organizacja POZ w poszczególnych krajach jest bardzo zróżnicowana. Dotyczy to zarówno sposobu finansowania, zakresu usług, jak i zaangażowanych w udzielanie świadczeń profesjonalistów medycznych. W krajach Europy POZ opiera się głównie na świadczeniach udzielanych przez lekarzy rodzinnych/ogólnych.

W krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się stale rosnące oczekiwania ze strony pacjentów, którym towarzyszą zwiększające się koszty opieki medycznej. Związane jest to m.in. z większym obciążeniem cywilizacyjnymi chorobami przewlekłymi i ich skutkami, starzeniem się populacji i zjawiskiem wielochorobowości. Jednym ze wskazywanych przez Światową Organizację Zdrowia rozwiązań problemów systemów ochrony zdrowia jest wzmocnienie roli POZ, zarówno na poziomie globalnym, jak i w regionie europejskim.

Dotychczasowe badania na świecie wskazały na związek między dostępnością do POZ a lepszą koordynacją, ciągłością opieki oraz kontrolą kosztów. Wskazywano także na możliwy związek między większą dostępnością do POZ a lepszym zdrowiem populacji. Badania nad jakością POZ w Polsce mają krótką tradycję, prowadzone były dotychczas w ograniczonym zakresie (wybrane aspekty opieki, pojedyncze praktyki, lokalny charakter). Brak dotychczas badań na skalę międzynarodową, umożliwiających rzetelne porównanie jakości systemów POZ.

Jakość POZ, ze względu na wielowymiarowość i trudności w dokładnym określeniu wyników, jest parametrem trudnym do pomiaru. W badaniu „Monitor aktywności POZ w Europie” (PHAMEU), przeprowadzonym w latach 2007–2010, zaproponowano ocenę jakości POZ w ujęciu Donabediana, gdzie w klasyczne obszary jakości: strukturę, proces i wynik, wpisano parametry POZ: ciągłość, wszechstronność, koordynację, równość i efektywność opieki, jakość obsługi oraz rozwiązania organizacyjne i dostępne zasoby ludzkie. Ten model stał się punktem wyjścia do opisu jakości POZ zastosowanego w niniejszym badaniu.

Cel

Celem badania jest: poznanie doświadczeń, oczekiwań oraz stopnia zaspokojenia oczekiwań pacjentów korzystających z POZ w Polsce; zidentyfikowanie cech pacjenta, lekarza POZ oraz praktyk i przychodni, wpływających na ocenę jakości POZ; zidentyfikowanie obszarów POZ związanych ze

świadczeniami wysokiej jakości i tych wymagających poprawy jakości oraz wskazanie jej priorytetów.

Metoda

Niniejsze badanie jest kwestionariuszowym badaniem przekrojowym, przeprowadzonym na losowej próbie dorosłych pacjentów korzystających z usług lekarzy POZ na terenie Polski. Badanie jest częścią międzynarodowego projektu „Jakość i koszty POZ w Europie” (*Quality and Costs of Primary Care in Europe – QUALICOPC*) realizowanego w ramach 7. Programu Ramowego UE w 31 krajach Europy oraz Izraelu, Nowej Zelandii i Australii. Międzynarodowym koordynatorem badania jest instytut NIVEL z Holandii, a krajowym zespół badawczy Zakładu Medycyny Rodzinnej UJ Collegium Medicum w Krakowie. Rekrutacją uczestników badania zajmowało się profesjonalne Centrum Rekrutacji oraz przeszkoleni ankieterzy.

Badanie jakości postrzeganej przez pacjentów obejmowało ocenę obszarów z zakresu procesu i wyniku (dostępność, ciągłość, wszechstronność, koordynacja, równość, efektywność opieki i jakość obsługi). W badaniu posłużono się polską wersją międzynarodowego zestawu kwestionariuszy dla pacjentów („Doświadczenia” oraz „Oczekiwania i wartości”), a także wybranymi danymi z kwestionariuszy „Lekarz POZ” i „Przychodnia”. Tłumaczenie kwestionariuszy z języka angielskiego przeprowadzono w oparciu o jednolitą dla całego projektu QUALICOPC procedurę, pod nadzorem międzynarodowego koordynatora badania.

Zgodnie z międzynarodowym protokołem, do badania docelowo zrekrutować miano 2200 pacjentów: 1980 w ramieniu badania „Doświadczenia” oraz 220 w ramieniu „Oczekiwania i wartości”.

Losowanie próby miało charakter warstwowy. W pierwszej kolejności wylosowano 3 województwa (małopolskie, podlaskie, zachodniopomorskie), następnie 220 lekarzy (w oparciu o listy Narodowego Funduszu Zdrowia), proporcjonalnie do liczby ludności w województwach. W uzgodnionym terminie ankieter rekrutował do badania pacjentów korzystających w danym dniu z porady wylosowanego lekarza: dziewięciu pacjentów do ramienia badania „Doświadczenia” oraz jednego do ramienia badania „Oczekiwania i wartości”. Uczestnicy badania wypełniali ankiety bezpośrednio po opuszczeniu gabinetu lekarskiego.

W celu umożliwienia bardziej wiarygodnego pomiaru jakości, w oparciu o przyporządkowanie pytań kwestionariuszy do poszczególnych obszarów jakości POZ, opracowano współczynnik satysfakcji (SI), oparty o kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia”; oraz współczynnik wartości (VI) – w oparciu o pytania kwestionariusza „Pacjent – Oczekiwania i wartości”. W możliwych do porównania (komplementarnych) w obydwu ramionach badania obszarach – wyliczono współczynnik zaspokojenia oczekiwań (MEI). Współczynniki przyjmują wartości od (1) do (-1), gdzie dla SI wartości dodatnie oznaczają doświadczenia pozytywne, a ujemne – doświadczenia negatywne. Dla VI wartości dodatnie oznaczają aspekty ważne, a wartości ujemne – nieistotne dla respondenta. Dla MEI

wartości dodatnie oznaczają potrzeby zaspokojone, a wartości ujemne – niezaspokojone. Analiza statystyczna, obejmująca statystyki opisowe, testy korelacji zmiennych parametrycznych i nieparametrycznych, a także wykorzystanie modelu regresji wielorakiej i krokowo-wstecznej, została przeprowadzona z zastosowaniem pakietu statystycznego Statistica v.10 (StatSoft).

Wyniki

W badaniu wzięło udział 2200 pełnoletnich pacjentów, korzystających z jakiegokolwiek powodu ze świadczeń lekarza POZ w 120 praktykach i przychodniach województwa małopolskiego, 53 zachodniopomorskiego i 47 podlaskiego, z czego 1980 pacjentów uczestniczyło w ramieniu badania „Doświadczenia”, a 220 – w ramieniu „Oczekiwania i wartości”. Badanie na terenie Polski przeprowadzono w okresie luty-czerwiec 2012. Większość respondentów korzystała z porad w miastach (67%), pozostali – w praktykach wiejskich i na obszarach mieszanych miejsko-wiejskich. Respondenci byli pacjentami lekarzy POZ w średnim wieku 49,7 roku ($SD \pm 8,7$; min. 30, max. 82), spośród których 64% stanowiły kobiety. Blisko połowa lekarzy pracowała w POZ powyżej 15 lat, poniżej 5 lat – co dwudziesty. Trzy czwarte lekarzy posiadało specjalizację z medycyny rodzinnej, dla 27% była to jedyna specjalizacja. Spośród respondentów ramienia „Doświadczenia”, kobiety stanowiły 60,6%, średni wiek wynosił 48,2 roku ($SD \pm 16,6$; min. 18, max. 87). Blisko połowa była aktywna zawodowo, 43% stanowiły osoby z wykształceniem średnim, a 25% – z wyższym. Dochód około przeciętnej zadeklarowało 48%, a poniżej przeciętnej blisko 40% badanych. Jako zły, stan swojego zdrowia oceniło 17% respondentów. Nieco ponad połowa posiadała diagnozę choroby przewlekłej. W ramieniu badania „Oczekiwania i wartości” kobiety stanowiły dwie trzecie respondentów. Średni wiek wynosił 45,3 roku ($SD \pm 14,5$; min. 18, max. 83). Osoby aktywne zawodowo stanowiły trzy piąte respondentów. Wykształcenie średnie i wyższe wskazało odpowiednio 56 i 23% respondentów. Nieco ponad połowa zadeklarowała, że ich dochód jest około przeciętnej, blisko jedna trzecia wskazała na dochody niższe niż przeciętne. Jako zły, swój stan zdrowia oceniło 8% badanych, a 41% leczyło się z powodu choroby przewlekłej. W obydwu ramionach badania populacja była praktycznie homogenna pod względem etnicznym i językowym.

Respondenci pozytywnie ocenili swoje doświadczenia w każdym z badanych obszarów opieki. Średnia wartość wskaźnika satysfakcji (SI) wynosiła odpowiednio dla dostępności: 0,64; ciągłości: 0,6; wszechstronności: 0,3; koordynacji: 0,44; równości: 0,68; efektywności opieki: 0,55; jakości obsługi: 0,77. Największy odsetek ocen pozytywnych i całkowicie pozytywnych odnotowano w obszarze ciągłości (94% respondentów), wszechstronności (95%) oraz efektywności opieki (89%). Najwyższy odsetek ocen negatywnych i całkowicie negatywnych odnotowano w obszarze koordynacji (12% respondentów) i równości opieki (10%) oraz jakości obsługi (11%). W większości obszarów lepiej POZ oceniali pacjenci starsi, gorzej wykształceni, z mniejszymi deklaratywnymi dochodami, i z diagnozą choroby przewlekłej. Doświadczenia lepszej jakości opieki mieli także pacjenci korzystający z porad lekarzy w praktykach wiejskich oraz lekarzy z dłuższym stażem pracy w POZ

i posiadających więcej niż jedną specjalizację, w tym specjalizację z medycyny rodzinnej. Infrastruktura praktyk i przychodni nie miała istotnego wpływu na doświadczenia jakości postrzeganej przez respondentów.

We wszystkich ocenianych obszarach POZ współczynnik wartości (VI) przyjął wartość dodatnią i wyniósł odpowiednio dla dostępności: 0,55; ciągłości: 0,37; jakości obsługi: 0,47; równości opieki: 0,54. Większe oczekiwania w zakresie dostępności wskazywali respondenci z chorobami przewlekłymi, starsi i z obszarów miejskich. Najważniejszymi aspektami dostępności była łatwość umówienia terminu wizyty (ważne dla 97% respondentów), informacja o pomocy poza godzinami pracy przychodni (ważne dla 89%), bliska lokalizacja praktyki (ważne dla 86%), szybkie odbieranie telefonu w rejestracji (ważne dla 84%), długie godziny otwarcia praktyki (ważne dla 80%). Ciągłość opieki najważniejsza była dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, starszych, korzystających z opieki lekarzy, u których wizyta trwała dłużej. Najważniejszy dla respondentów był dostęp lekarza do dokumentacji medycznej oraz znajomość przez lekarza historii zdrowotnej pacjenta (ważne dla 91% respondentów). Jakość obsługi była ważna dla pacjentów starszych i leczonych przez lekarzy, u których wizyty trwały dłużej. Respondenci jako szczególnie istotne wskazywali: łatwość zrozumienia lekarza (ważne dla prawie wszystkich); zainteresowanie lekarza zdrowiem pacjenta (ważne dla 97%), uprzejmość lekarza i personelu oraz poczucie lepszej kontroli nad chorobą po wizycie (ważne dla 86%).

W obszarach, dla których możliwe było obliczenie wskaźnika zaspokojenia oczekiwań (MEI) – dostępności, ciągłości, równości opieki i jakości obsługi, przyjął on wartości dodatnie. Oczekiwania respondentów zostały w największym stopniu zaspokojone w obszarze jakości obsługi (MEI=0,29) i ciągłości opieki (MEI=0,23), w najmniejszym dla dostępności opieki (MEI=0,1). Analiza pojedynczych parametrów wskazała największy stopień zaspokojenia potrzeb dla szacunku ze względu na płeć i pochodzenie etniczne (MEI=0,67), uprzejmość lekarza (MEI=0,31), korzystanie przez lekarza z dokumentacji medycznej (MEI=0,28) oraz znajomość sytuacji życiowej pacjenta (MEI=0,26). Do potrzeb niezaspokojonych należało zainteresowanie innymi niż bieżący problem medyczny problemami pacjenta (MEI= -0,02), zaangażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji (MEI= -0,08) oraz możliwość omówienia problemów psychospołecznych (MEI= -0,17).

Dyskusja i wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliło na poznanie doświadczeń i oczekiwań pacjentów korzystających z porad konkretnych lekarzy POZ w oparciu o reprezentatywną, losową próbę. Po raz pierwszy zostały zebrane dane, które w przyszłości pozwolą na wiarygodne porównanie funkcjonowania POZ w Polsce z jakością opieki w innych krajach biorących udział w projekcie QUALICOPC. Badanie pozwoliło na identyfikację obszarów POZ wymagających poprawy w pierwszej kolejności. Zastosowana metodologia pozwala na powtórzenie badania w przyszłości, umożliwiając monitorowanie zmian.

Ograniczeniem badania jest jego charakter badania przekrojowego, opartego na kwestionariuszach, dostarczającego danych pośrednich (jakość postrzegana), z możliwymi błędami na etapie konstrukcji narzędzia (skutki negatywne ograniczone przez staranne przygotowanie rzetelnego i trafnego narzędzia), zbierania danych (skutki negatywne ograniczone przez zastosowanie jednolitej procedury rekrutacji i współpracę z profesjonalnymi ankieterami) oraz analizy danych (skutki negatywne zredukowane przez stosowanie procedur minimalizujących błędy przy przenoszeniu danych, włączenie do zespołu profesjonalnego statystyka i pracę z zastosowaniem oprogramowania statystycznego). Ze względu na kryteria włączenia zebrane dane dotyczą wyłącznie opieki nad pacjentami pełnoletnimi. Ze względu na ograniczenia organizacyjne i finansowe projektu, przeprowadzono losowanie warstwowe zamiast losowania z populacji ogólnej. Innym ograniczeniem jest różnica w liczebności próby ramienia „Doświadczenia” i „Oczekiwania i wartości”.

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce jest postrzegana przez pacjentów pozytywnie we wszystkich ocenianych obszarach. Najlepiej oceniana jest równość i dostępność opieki oraz jakość obsługi, a względnie gorzej jakość w obszarze koordynacji i wszechstronności opieki. Oczekiwania pacjentów w każdym z możliwych do porównania obszarów są zaspokojone. Zagadnieniami wymagającymi poprawy w pierwszej kolejności jest angażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji, zainteresowanie lekarzy innymi niż medyczne problemami pacjentów. Lepiej jakość POZ oceniają pacjenci starsi, z chorobami przewlekłymi, samotni, niepracujący i z niższymi przychodami. Większą satysfakcję z POZ wskazują pacjenci lekarzy z praktyk wiejskich. Specjalizacja z medycyny rodzinnej wydaje się warunkiem koniecznym, lecz niewystarczającym świadczenia wysokiej jakości opieki w POZ. Czynnikiem istotnym jest staż pracy w POZ, związany prawdopodobnie z ciągłością interpersonalną opieki. Wskazane jest prowadzenie dalszych badań, w tym badań jakościowych, w celu identyfikacji innych niż oceniane zmiennych, odpowiedzialnych za postrzeganie jakości POZ w Polsce (użyty w badaniu zespół zmiennych w niewielkim stopniu tłumaczył całkowity efekt). Ze względu na praktyczną homogenność etniczną uczestników badania, w celu poznania doświadczeń związanych z korzystaniem z POZ przez pacjentów wywodzących się z mniejszości wskazane jest przeprowadzenie osobnych badań, z celowym doбором próby nakierowanym na tę subpopulację pacjentów. Konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań w rejonach wiejskich, w których zaobserwowano paradoksalnie najwięcej pozytywnych i negatywnych doświadczeń. Istotne wydaje się skoncentrowanie na szkoleniu lekarzy w zakresie komunikacji interpersonalnej. Oczekiwania pacjentów w tym zakresie są zaspokojone, ale są relatywnie wysokie. Poprawa jakości w obszarach takich jak koordynacja i wszechstronność opieki w większym stopniu zależy od uwarunkowań organizacyjnych i finansowych. Efektywność zmian może zależeć od rozwiązań zależnych od instytucji kształtujących politykę zdrowotną.

8 Abstract

Background

Primary health care (PHC) is a part of the health care system in which patients address their health concerns first and where majority of curative and prophylactic health care needs of the community are satisfied. PHC responds to the multifaceted health needs of the population, and therefore, it is universal and comprehensive. The organization of PHC differs between countries regarding differences in financing, the scope of services, and the health care professionals involved in service provision. In European countries, the model based on the services provided by family physician or general practitioner is predominant. Gradually increasing expectations of the patients are observed in developed countries in the Western world. This is accompanied by rapidly increasing costs of health care provision due to the growing burden of chronic diseases and their complications, multimorbidity, and the aging of the populations. The World Health Organization emphasizes strengthening the role of PHC as one of the ways to answer those challenges on a global and regional (European) level. Previous research on PHC showed the linkage between PHC accessibility, better coordination, and continuity of care, as well as improved control of health care. Possible positive correlation between better access to PHC and better health of the population was also seen. The research on the quality of PHC in Poland has a short history and limited scope (i.e., selected aspects of care, the small number of participating practices, and limited geographical range). There is a lack of reliable international comparative studies on the quality of PHC. PHC quality is difficult to assess because of its complexity and difficulties in the precise definition of outcomes. The Primary Health Care Activity Monitor in Europe (PHAMEU) study, conducted in 2007-2010, proposed a new approach to determine the quality of PHC. It is based on the classic quality assurance model developed by Donabedian, where in the framework of structure-process-outcome, the features of primary care (accessibility, coordination, comprehensiveness, equity and effectiveness, quality of services, governance, and workforce) were filled in. This conceptual model was a starting point to the description of the quality of PHC in this study.

Aim

The aim of the study is: to know the experiences, expectations, and values, as well as the level of fulfilment of the PHC services users in Poland; to identify the characteristics of the patients, their physicians, and PHC facilities correlating with perceived quality of care; to identify the areas of highly-satisfactory PHC, as well as those with the lowest quality which need improvement.

Methods

This is a questionnaire-based cross-sectional study on a randomized sample of adult users of primary health care in Poland. It is a part of an international project, Quality and Costs of Primary Care in

Europe (QUALICOPC), including 32 European countries, Australia, Canada, and New Zealand, carried out within the Seventh Framework Programme of the European Union. The NIVEL Institute, from Utrecht, Netherlands, was the international project coordinator of the QUALICOPC study. The scientific team of the Department of Family Medicine at Jagiellonian University Medical College in Krakow was the country coordinator in Poland. The recruitment of study participants and fieldwork was delegated to the professional recruitment center and trained fieldworkers. This study on the quality of PHC as perceived by patients covered the areas of process and outcomes of care (accessibility, continuity, comprehensiveness, coordination, equity, quality of services, and effectiveness). The Polish version of the international (in English) set of questionnaires (patient experiences and patient values) was used. Selected data collected from general practitioner and fieldworker questionnaires were also used. The translation of the questionnaires was based on the uniform procedure used in the QUALICOPC study and was supervised by the international project coordinator. International study protocol aimed to recruit 2,200 participants—1,980 to the "Experiences" branch and 220 to "Expectations & Values". The randomization of the sample was stratified. First, three major regions (voivodeships) were drawn (malopolskie, podlaskie, zachodniopomorskie). In the next step, 220 primary care physicians were randomized (based on the lists provided by the National Health Fund— a governmental health insurance institution). Finally, on agreed term, fieldworkers were recruited from the consecutive patients consulting their PHC physician on that day: nine participants to the arm of the study "Experiences", and one to the "Expectations & Values". The respondents were filling the questionnaires directly after the end of the consultation. For more reliable and precise measurement of quality, a set of quality indexes was constructed. The indexes were based on the assignment of questionnaire items to the areas of PHC. Satisfaction Index (SI) was based on the items from the "Experiences" questionnaire; Value Index (VI) was based on the items from the "Values" questionnaire; and Met Expectations Index (MEI) was calculated in complementary areas from SI and VI. The values of indexes fall between (1) and (-1). For SI, positive values mean positive experiences, and negative values mean negative experiences. For VI, positive values mean important issues, and negative values mean unimportant issues. For MEI, a positive value means fulfilled needs, and a negative one means unmet expectations. Statistical analysis included descriptive statistics, parametric and non-parametric variable correlation tests, and the use of models of multiple regression and backwards stepwise regression. Professional statistical software (Statistica v.10 by StatSoft) was used for calculations.

Results

2200 adult patients, visiting their PHC physicians of any reason in 120 PHC facilities in Malopolskie Voivodship, 53 in Zachodniopomorskie Voivodship and 47 in Podlaskie Voivodship participated in the study. There were 1980 patients recruited for the arm of the study "Experiences" and 220 were recruited for the arm "Expectations & Values". The study was conducted from February through June

2012. Majority of the patients (67%) were visiting PHC facilities in towns and cities, the others in rural and mixed (small town-rural) areas. Study participants were using services of PHC physicians of whom 64% were females; mean age was 49.7 (SD±8.7; min. 30, max. 82). Nearly half of physicians worked in primary care setting longer than 15 years, shorter than five years – every twentieth of them. Three fourth of physicians had specialty in family medicine, for 27% of them it was the only medical specialty. Mean age of the patients in the arm "Experiences" was 48.2 (SD±16,6; min. 18, max. 87); women consisted 61%. Nearly half of them were employed or self-employed; 43% had middle education level, and 25% had higher education. Average income was declared by 48.5% and below average by nearly 40% of respondents. Self-assessed health status was perceived as poor by 17.5% of patients, just above half of them had a diagnosis of chronic medical condition. Mean age of the arm "Expectations & Values" participants was 45.3 (SD±14,5; min. 18, max. 83); women consisted two-thirds of the respondents. Three-fifth of the patients were employed or self-employed, and 56% of them had middle education level while 23% had higher education. An average income was declared by 57% and below average by 30% of the study participants. Self-assessed health status was declared as poor by 8% of patients and 41% of them had diagnosis of a chronic medical condition. In both arms, population was ethnically homogenous.

The participants, in general, had positive experiences from PHC. Mean SI was for accessibility: 0.63; for continuity: 0.6; for comprehensiveness: 0.3; for coordination: 0.44; for equity: 0.68; for effectiveness: 0.55; and for quality of service: 0.77. The highest ratio of positive experiences was observed in accessibility (94% of respondents), comprehensiveness (95%), and effectiveness of care (89%). The highest ratio of negative experiences was reported in coordination (12% of participants), quality of service (11%), and equity of care (10%). In the majority of quality areas, PHC was better assessed by older patients and those less educated with lower incomes and diagnosis of chronic conditions. Better experiences from PHC had patients of physicians working in a rural setting, and those with one more (besides family medicine) medical specialty with longer primary care work experience. The infrastructure of PHC facilities had no significant impact on the perceived quality of care.

In all of the quality areas covered by the study, the mean Value Index (VI) was positive and stood for accessibility, 0.55; for continuity, 0.37; for quality of service, 0.47; and for equity, 0.54. Higher expectations for accessibility were reported by older patients and city-dwellers. Amongst the most important issues were the ease of making appointments (important for 97% of participants), clear information on out-of-hours care (89%), close distance to PHC facility (86%), the quick answering phone calls in reception (84%), and long working hours (80%). Continuity of care was more important for participants with chronic diseases, older patients, and those attending to physicians with longer consultation times. The most important issue was physicians' access to previous medical records of the patient and physicians' knowledge of patients' medical history (important for 91% of patients). Quality

of service was more important for older patients, who are often treated by physicians whose consultations last longer. Study participants pointed out ease of understanding their physician (almost all respondents), physician's interest in patient's health (97%), kindness of physician and medical staff, and having feeling of better control of disease after consultation (important for 86%) as being especially important. Equity of care was more important for patients with worse self-perceived health status. Involving the patient in decision making was important for 86% of participants.

In all of the comparable areas (accessibility, continuity, equity of care, and quality of services), Met Expectations Index was positive. At most, patients' needs were satisfied with the quality of services (MEI=0.29) and continuity of care (MEI=0.23). The lowest MEI value (0.1) was noted in accessibility. The analysis of single, comparable items showed that expectations were met at most for equity of care due to sex and ethnicity (MEI=0.67), kindness of physicians (MEI=0.31), use of medical records by physicians (MEI=0.28), and physicians' awareness of the general life status of their patients (MEI=0.31). Amongst unfulfilled expectations, there were physicians' interest in other than current medical problem of their patients (MEI=-0.22), involvement of the patient in decision making (MEI=-0.08), and the possibility of discussing psycho-social problems with the PHC physician (MEI=-0.17).

Discussion and conclusions

The study allowed for the first time to explore the experiences and values of patients using the services of PHC physicians in Poland, based on a representative and random sample of participants. It was the first time when such a broad range of data from PHC was collected and within a framework, which allows for future international comparisons with other countries participating in the QUALICOPC study. The results offer the chance to identify areas of potential quality improvement, pointing out the priority weak points of PHC. The methods used are repeatable, allowing for the monitoring of changes over time if needed. A limitation of the study arose due to the methodology itself, i.e., the use of questionnaires, which provides indirect data (perceived quality). Possible errors might have occurred at each stage of questionnaire processing. In terms of the design, the chance of errors was limited due to cautious and careful multi-stage tool preparation. In data collection, the chance of errors was limited due to the use of uniform recruitment strategies and cooperation with professionally trained fieldworkers. In the analysis stage, the chance of errors was limited with the use of automated procedures in data transferring, the employing of a professional statistician, and the use of specialist software. The inclusion criteria limited the findings to the care of adult patients only. The use of stratified sampling instead of general population sampling was another limitation, forced by limited available resources. Differences in the number of participants in both arms of the study ("Experiences" and "Expectations & Values") might have also influenced the reliability of the findings and reasoning. Primary Health Care in Poland is of good overall quality as perceived by the patients. The areas of the best quality are the equity and accessibility of care and the quality of service. Relatively worse are

coordination and comprehensiveness of care. The PHC is better perceived by older patients, with chronic medical conditions, are lonely, inactive in the labour market, and with lower incomes declared. The higher satisfaction of PHC services was reported by participants from rural areas and those treated by physicians with longer professional experiences in primary care; in such cases, the interpersonal continuity of care seems to be essential. Specialty in family medicine of PHC physician seems to be important, but not a sufficient condition of satisfactory care. In all the available assessment areas of care, patient's needs are satisfied. The priorities in quality improvement are: involvement of patients in decision-making, as the set of variables used in this study explains only a small proportion of the final results in experiences, further research (including qualitative studies) is needed to identify other important factors. Because of the homogeneity of our study population, other studies are needed to explore experiences of ethnic minorities with their use of PHC. Similarly, other studies exploring the quality of PHC in the rural setting are suggested, as best scoring in experiences were accompanied with the highest chance for dissatisfaction in this subpopulation of patients. The continuous efforts in interpersonal communication skills training for PHC physicians should be maintained. The patients' needs in this area are satisfied, but also relatively high. The improvement of quality of care in the area of coordination and comprehensiveness is more dependent on financial and organizational conditions of PHC services, and, therefore, rely on the decisions of health policymakers.

9 Spis tabel i rycin

TABELA 1. ZESTAWIENIE KORELACJI POMIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI OBSZARAMI JAKOŚCI OPIEKI DLA KWESTIONARIUSZA „PACJENT – DOŚWIADCZENIA”	19
TABELA 2. ZESTAWIENIE KORELACJI POMIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI OBSZARAMI JAKOŚCI OPIEKI DLA KWESTIONARIUSZA „PACJENT – OCZEKIWANIA I WARTOŚCI”	19
TABELA 3. ZAŁOŻENIA PROPORCJONALNEJ REKRUTACJI UCZESTNIKÓW BADANIA	21
TABELA 4. PRZYPORZĄDKOWANIE ZMIENNYCH DO OBSZARÓW JAKOŚCI OPIEKI.....	25
TABELA 5. KATEGORYZACJA INDYWIDUALNYCH DOŚWIADCZEŃ RESPONDENTÓW	25
TABELA 6. ZESTAWIENIE CHARAKTERYSTYK RESPONDENTÓW W OBYDWU RAMIONACH BADANIA	29
TABELA 7. WPLYW ZMIENNYCH W MODELU REGRESJI WIELORAKIEJ NA OCENĘ DOSTĘPNOŚCI OPIEKI (ACCS)	33
TABELA 8. ZESTAWIENIE ZMIENNYCH ZWIĄZANYCH Z NEGATYWNĄ OCENĄ DOSTĘPNOŚCI OPIEKI (ACCS) – MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ KROKOWO-WSTECZNEJ	34
TABELA 9. WPLYW ZMIENNYCH W MODELU REGRESJI WIELORAKIEJ NA OCENĘ CIĄGŁOŚCI OPIEKI (CONT)	35
TABELA 10. ZESTAWIENIE ZMIENNYCH ZWIĄZANYCH Z NEGATYWNĄ OCENĄ CIĄGŁOŚCI OPIEKI (CONT) – MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ KROKOWO-WSTECZNEJ	36
TABELA 11. WPLYW ZMIENNYCH W MODELU REGRESJI WIELORAKIEJ NA OCENĘ WSZECHSTRONNOŚCI OPIEKI (COMPR).....	38
TABELA 12. ZESTAWIENIE ZMIENNYCH ZWIĄZANYCH Z NEGATYWNĄ OCENĄ WSZECHSTRONNOŚCI OPIEKI (COMPR) – MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ KROKOWO-WSTECZNEJ	38
TABELA 13. WPLYW ZMIENNYCH W MODELU REGRESJI LOGISTYCZNEJ KROKOWO-WSTECZNEJ NA OCENĘ KOORDYNACJI OPIEKI (COOR).....	39
TABELA 14. ZESTAWIENIE ZMIENNYCH ZWIĄZANYCH Z NEGATYWNĄ OCENĄ KOORDYNACJI OPIEKI (COOR) – MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ KROKOWO-WSTECZNEJ	40
TABELA 15. WPLYW ZMIENNYCH W MODELU REGRESJI WIELORAKIEJ NA OCENĘ JAKOŚCI OBSŁUGI (QUAL)	42
TABELA 16. ZESTAWIENIE ZMIENNYCH ZWIĄZANYCH Z NEGATYWNĄ OCENĄ JAKOŚCI OBSŁUGI (QUAL) – MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ KROKOWO-WSTECZNEJ	42
TABELA 17. WPLYW ZMIENNYCH W MODELU REGRESJI WIELORAKIEJ NA OCENĘ RÓWNOŚCI OPIEKI (EQ)	43
TABELA 18. ZESTAWIENIE ZMIENNYCH ZWIĄZANYCH Z NEGATYWNĄ OCENĄ RÓWNOŚCI OPIEKI (EQ) – MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ KROKOWO-WSTECZNEJ	44
TABELA 19. WPLYW ZMIENNYCH W MODELU REGRESJI WIELORAKIEJ NA OCENĘ EFEKTYWNOŚCI OPIEKI (EFF) ...	46
TABELA 20. ZESTAWIENIE ZMIENNYCH ZWIĄZANYCH Z NEGATYWNĄ OCENĄ EFEKTYWNOŚCI OPIEKI (EFF) – MODEL REGRESJI LOGISTYCZNEJ KROKOWO-WSTECZNEJ	46
TABELA 21. ZESTAWIENIE ŚREDNICH OCEN I WSPÓŁCZYNNIKA ZASPOKOJENIA OCZEKIWAŃ DLA POSZCZEGÓLNYCH OBSZARÓW OPIEKI POZ.....	52
TABELA 22. ZESTAWIENIE ŚREDNICH OCEN I WSKAŹNIKA ZASPOKOJENIA OCZEKIWAŃ DLA WYBRANYCH PARAMETRÓW OCENY JAKOŚCI POZ.....	53

RYCINA 1. MODEL OCENY JAKOŚCI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (WG PHAMEU, ZA KRINGOS ET AL. <i>BMC FAM PRACT</i> 2010).....	11
RYCINA 2. PROCEDURA TWORZENIA MIĘDZYKRAJOWEJ WERSJI KWESTIONARIUSZY BADANIA QUALICOPC (ZAADAPTOWANE Z: SCHÄFFER W ET AL., <i>QUAL PRIM CARE</i> , 2013).....	14
RYCINA 3. PROCEDURA TŁUMACZENIA KWESTIONARIUSZY WCHODZĄCYCH W SKŁAD NARZĘDZIA BADAWCZEGO PROJEKTU QUALICOPC	15
RYCINA 4. SCHEMAT DOBORU PRÓBY BADANIA QUALICOPC W POLSCE.....	20
RYCINA 5. ALGORYTM REALIZACJI BADANIA	23
RYCINA 6. WSKAŹNIK SATYSFAKCJI (SI) DLA POSZCZEGÓLNYCH OBSZARÓW OPIEKI	30
RYCINA 7. ROZKŁAD DOŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH OBSZARACH OPIEKI (W PROCENTACH)	31
RYCINA 8. CZAS DOJAZDU DO PRAKTYKI – ROZKŁAD PROCENTOWY.....	32
RYCINA 9. CZAS OCZEKIWANIA W POCZEKALNI – ROZKŁAD PROCENTOWY	33
RYCINA 10. ODSETEK RESPONDENTÓW SPODZIEWAJĄCYCH SIĘ SKUTECZNEJ POMOCY LEKARZA POZ W WYBRANYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH.....	37
RYCINA 11. ODSETEK PACJENTÓW Z POZYTYWNYMI I NEGATYWNYMI DOŚWIADCZENIAMI W OBSZARZE JAKOŚCI OBSŁUGI (QUAL).....	41
RYCINA 12. ODSETEK PACJENTÓW ZGŁASZAJĄCYCH POZYTYWNE I NEGATYWNE DOŚWIADCZENIA W OBSZARZE RÓWNOŚCI OPIEKI.....	43
RYCINA 13. ODSETEK PACJENTÓW UZNAJĄCYCH ZA RACZEJ WAŻNE I WYJĄTKOWO WAŻNE SKORZYSTANIE Z PORADY LEKARZA POZ W PRZYPADKU OBJAWÓW POTENCJALNIE GROŹNYCH ZACHOROWAŃ	45
RYCINA 14. ODSETEK RESPONDENTÓW SPODZIEWAJĄCYCH SIĘ KORZYŚCI Z KONSULTACJI LEKARZA POZ W TYPOWYCH I CZĘSTYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH SPOTYKANYCH W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ	45
RYCINA 15. WSKAŹNIK WARTOŚCI (VI) DLA POSZCZEGÓLNYCH OBSZARÓW POZ	47
RYCINA 16. OCZEKIWANIA PACJENTÓW W OBSZARZE DOSTĘPNOŚCI DO OPIEKI (%)	48
RYCINA 17. OCZEKIWANIA PACJENTÓW ZWIĄZANE Z JAKOŚCIĄ OBSŁUGI (%).....	49
RYCINA 18. OCZEKIWANIA PACJENTÓW ZWIĄZANE Z JAKOŚCIĄ OBSŁUGI – ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z PRZYGOTOWANIEM DO KONSULTACJI (%).....	49
RYCINA 19. OCZEKIWANIA PACJENTÓW ZWIĄZANE Z JAKOŚCIĄ OBSŁUGI – ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z PRZEBIEGIEM KONSULTACJI (%).....	51
RYCINA 20. OCZEKIWANIA PACJENTÓW ZWIĄZANE Z JAKOŚCIĄ OBSŁUGI – ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z POSTĘPOWANIEM PO KONSULTACJI (%)	52

10 Załączniki

10.1 Załącznik nr 1. Opinia Komisji Bioetycznej UJ

OPINIA nr KBET/104/B/2011 z dnia 30 czerwca 2011 roku



UNIwersytet
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Na zebraniu w dniu 30.06.2011 r. Komisja zapoznała się z wnioskiem z dnia 16.06.2011 r. złożonym:

przez kierownika tematu: **Dr hab. n. med. Adam Windak**
zatrudnionego w **Zakład Medycyny Rodziny**
Katedra Chorób Wewnętrznych
i Gerontologii UJCM
31-531 Kraków, ul. Śniadeckich 10

oraz jego merytorycznym uzasadnieniem dotyczącym przeprowadzenia eksperymentu medycznego pt. „Jakość i koszty w podstawowej opiece zdrowotnej w Europie (Quality and costs in primary care in Europe - QualicoPC)”.

Komisja Bioetyczna

Uniwersytatu

Jagiellońskiego

Do wniosku dołączono:

1. Informacja dla uczestnika badania.
2. Formularz świadomej zgody na udział w badaniu.
3. Formularz o ochronie danych osobowych.
4. Kwestionariusz dla ankietera.
5. Kwestionariusz dla lekarzy PCZ.
6. Kwestionariusz dla pacjentów.
7. Lista piśmiennictwa.
8. Zyciorys naukowy wnioskodawcy.
9. Oświadczenie o realizacji projektu w ramach prac badawczych UJCM.

Komisja wyraża pozytywną opinię w sprawie przeprowadzenia wnioskowanych badań - na warunkach określonych we wniosku oraz dodatkowo zastrzegając:

1/ obowiązek uzyskania pisemnej zgody każdej osoby wyrażającej wolę (gotowość) udziału w danym eksperymencie, zgodnie z obowiązującym przepisami.

2/ obowiązek przedstawienia Komisji:

- wszystkich zmian w protokole mających wpływ na przebieg oraz ocenę badania,
- wszystkich przypadków poważnych zdarzeń niepożądanych,
- zawiadomienia o przyczynach przedwczesnego zakończenia badania,
- sprawozdania w toku przeprowadzanych badań - co sześć miesięcy,
- raportu końcowego,

Badanie może być prowadzone do dnia 30 czerwca 2012 roku

Skład i działanie Komisji zgodne z GCP oraz wymogami lokalnymi.

Lista członków Komisji biorących udział w posiedzeniu stanowi załącznik do niniejszego dokumentu.

Kraków, 30 czerwca 2011 r.

OPINIA KOMISJI BIOETYCZNEJ UJ
DO WYŁĄCZNEGO WYKORZYSTANIA
DLA CELÓW STATUTOWYCH
UNIwersytetu Jagiellońskiego

Przewodniczący
Komisji Bioetycznej UJ

Prof. dr hab. Piotr Thor

ul. Brzegárska 20

PL 31-531 Kraków

tel. +48 (12) 433 27 33

fax +48 (12) 433 27 40

kbat@cm-uj.krakow.pl

10.2 Załącznik nr 2. Zgoda koordynatora badania na wykorzystanie danych



To whom it may concern

This is to certify that dr Marek Oleszczyk is allowed to use the data collected in Poland within the project QUALICOPC (*Quality and Costs of Primary Care in Europe*), run by the consortium coordinated by NIVEL (The Netherlands Institute for Health Services Research) for the purpose of his Ph.D. dissertation to be conducted at the Jagiellonian University Medical College under the supervision of Prof. Adam Windak.

Utrecht, 9th May 2012

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Wienke Boerma', written over a faint circular stamp or watermark.

Wienke Boerma, Ph.D.
QUALICOPC project coordinator

10.3 Załącznik nr 3. Kwestionariusz „Pacjent – Doświadczenia”



Wprowadzenie

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za wyrażenie zgody na udział w badaniu QualicoPC.

QualicoPC jest badaniem prowadzonym w 34 krajach przez konsorcjum 6 instytucji badawczych we współpracy z Komisją Europejską. W Polsce instytucją współpracującą przy badaniu jest Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie.

Udzielone przez Państwa odpowiedzi pozwolą nam uzyskać istotną wiedzę na temat świadczenia usług zdrowotnych w Polsce, a w efekcie zaplanować i wdrożyć działania podnoszące jej jakość.

Przed wypełnieniem kwestionariusza, prosimy o uważne przeczytanie zamieszczonej poniżej instrukcji. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, prosimy zwrócić się o pomoc do ankietera, który dostarczył Państwu kwestionariusz. Po wypełnieniu ankiety, prosimy o włożenie jej do załączonej koperty i oddanie ankieterowi.

Jeżeli mają Państwo dodatkowe pytania, chętnie udzielimy wyjaśnień, o które prosimy zwracać się telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej do asystentów w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum:

Dr Marek Oleszczyk (marek.oleszczyk@gmail.com; tel.502483851) lub
Dr Anna Krztoń-Królewiecka (akrolewiecka@gmail.com; tel. 793015649)

Państwa pomoc jest dla nas ważna!

Jak wypełnić formularz?

Odpowiedzi na większość pytań udziela się przez zaznaczenie kratki przy opcji najlepiej opisującej Państwa sytuację.

Pragniemy podkreślić, że badanie jest całkowicie anonimowe, Państwa dane osobowe nie będą w żaden sposób powiązane z kwestionariuszem.

Wszystko, co Państwo napiszecie będzie traktowane jako ściśle poufne.

Do wypełnienia formularza prosimy używać czarnego lub niebieskiego długopisu i wypełniać kratki, zgodnie ze wzorem zamieszczonym poniżej:

- Tak (odpowiedź wybrana)
 Nie

Jeżeli chcieliby Państwo zmienić swoją odpowiedź, prosimy całkowicie wypełnić kratkę przy odpowiedzi błędnej, a odpowiedź poprawną zaznaczyć jak poniżej:

- Tak (odpowiedź błędna)
 Nie (odpowiedź właściwa)

1.	Jak opisałby/aby Pan/Pani swój ogólny stan zdrowia?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobry <input type="checkbox"/> Dobry <input type="checkbox"/> Zadawalający <input type="checkbox"/> Zły	
2.	Czy leczy się Pan/Pani z powodu choroby przewlekłej lub schorzeń takich jak: wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, depresja, astma lub inne schorzenia przewlekłe?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
3.	Czy ma Pan/Pani swojego własnego lekarza (np. lekarza podstawowej opieki zdrowotnej), z którym Pan/Pani zwykle jako pierwszym konsultuje swój problem zdrowotny?	<input type="checkbox"/> Tak, lekarza u którego właśnie byłem/am <input type="checkbox"/> Tak, ale jest to inny lekarz w tej praktyce/ przychodni <input type="checkbox"/> Tak, ale jest to lekarz pracujący gdzieś indziej <input type="checkbox"/> Nie, nie mam swojego własnego lekarza	
4.	W ciągu ostatnich 6 miesięcy jak często przychodził/a Pan/ Pani do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (tego lekarza lub innego) lub konsultował się z nim?	<input type="checkbox"/> To była pierwsza wizyta w ciągu ostatnich 6 miesięcy <input type="checkbox"/> Jeden raz przed obecną wizytą <input type="checkbox"/> 2-4 razy przed obecną wizytą <input type="checkbox"/> 5 lub więcej razy przed obecną wizytą <input type="checkbox"/> Nie wiem	
5.	Jaki był główny powód dzisiejszej wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej? <i>(Możliwa więcej niż jedna odpowiedź)</i>	<input type="checkbox"/> Choroba lub złe samopoczucie <input type="checkbox"/> Badanie kontrolne <input type="checkbox"/> Uzyskanie recepty na leki stosowane przewlekle <input type="checkbox"/> Uzyskanie skierowania <input type="checkbox"/> Uzyskanie zaświadczenia lekarskiego <input type="checkbox"/> W celu zasięgnięcia drugiej opinii lekarskiej <input type="checkbox"/> Inny powód	
6.	Proszę zastanowić się nad zakończoną wizytą. Czy zgadza się Pan/Pani z poniższym stwierdzeniem:	Tak	Nie
1	Lekarz miał przy sobie moją dokumentację medyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Lekarz był uprzejmy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Lekarz słuchał mnie uważnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Lekarz prawie wcale nie patrzył na mnie, kiedy rozmawialiśmy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Lekarz zadawał mi pytania dotyczące mojego problemu ze zdrowiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Trudno mi było zrozumieć, co lekarz próbował mi wytłumaczyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Lekarz poświęcił mi wystarczającą ilość czasu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Lekarz zaangażował mnie w podjęcie decyzji o leczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Poleciłbym/abym tego lekarza z najomemu lub krewnemu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Lekarz zapytał o występowanie innych problemów oprócz tego, z którym przyszedłem/przyszłam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Jeśli Pan/Pani potrzebowałby/aby tłumacza, aby pomógł Panu/Pani w rozmowie z lekarzem w tej praktyce, to czy taka usługa jest dostępna?	<input type="checkbox"/> Nigdy nie potrzebuje tłumacza <input type="checkbox"/> Tak, taka usługa jest zawsze dostępna <input type="checkbox"/> Tak, taka usługa jest zazwyczaj dostępna <input type="checkbox"/> Nie, taka usługa jest niewystarczająca lub niedostępna <input type="checkbox"/> Nie wiem	

8.	Proszę zastanowić się nad lekarzem, u którego Pan / Pani dziś był/a. Czy zgadza się Pan/Pani z poniższym stwierdzeniem:	Tak	Nie	Nie wiem
1	Ten lekarz zna ważne informacje dotyczące mojej przeszłości medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ten lekarz zna moją sytuację życiową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ten lekarz nie zajmuje się tylko problemami medycznymi, ale może też pomóc w problemach osobistych i zmartwieniach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Po tej wizycie czuję, że potrafię lepiej poradzić sobie z moim problemem zdrowotnym/ chorobą niż przed wizytą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lekarz rodzinny z tej praktyki rozmawiał z Panem/Panią o tym, jak utrzymać dobry stan zdrowia? (Na przykład o diecie, alkoholu, paleniu papierosów)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		
10.	Czy w ciągu ostatnich 2 lat lekarz rodzinny z tej praktyki kiedykolwiek zapytał Pana/Panią o wszystkie zażywane leki (także te przepisywane przez innych lekarzy)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		
11.	Proszę zastanowić się nad praktyką, w której Pan/Pani dziś był/a. Czy zgadza się Pan/Pani z poniższym stwierdzeniem:	Tak	Nie	Nie wiem
1	Godziny otwarcia są zbyt ograniczone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jeśli potrzebowałbym/abym wizyty domowej, otrzymałbym/abym ją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Praktyka jest zbyt oddalona od miejsca, gdzie mieszkam lub pracuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kiedy dzwonię do tej praktyki, muszę zbyt długo czekać na rozmowę z kimkolwiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wiem, jak uzyskać pomoc wieczorem, w nocy i w weekendy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Osoby pracujące w rejestracji były uprzejme i pomocne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ile czasu potrzebuje Pan/Pani zazwyczaj, aby dotrzeć z domu do tej praktyki?	<input type="checkbox"/> Mniej niż 20 minut <input type="checkbox"/> 20-40 minut <input type="checkbox"/> 40-60 minut <input type="checkbox"/> Więcej niż 1 godzina <input type="checkbox"/> Nie wiem		
13.	Czy musiał/a Pan/Pani wcześniej umówić termin dzisiejszej wizyty u lekarza?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie → Proszę przejść do pytania 16		
14.	Czy łatwo było uzyskać termin wizyty?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
15.	Ile dni czekał/a Pan/Pani na tę wizytę?	<input type="checkbox"/> Ustaliłem/am termin wcześniej dzisiaj/ Nie czekałem/am, celowo ustaliłem/am wizytę z wyprzedzeniem <input type="checkbox"/> Ustaliłem/am termin wczoraj <input type="checkbox"/> Czekałem/am 2-7 dni <input type="checkbox"/> Czekałem/am dłużej niż tydzień <input type="checkbox"/> Nie wiem		

16. Jak długo czekał/a Pan/Pani dzisiaj od momentu przybycia do praktyki do konsultacji z lekarzem?	<input type="checkbox"/> Mniej niż 15 minut <input type="checkbox"/> 15-30 minut <input type="checkbox"/> 30-45 minut <input type="checkbox"/> 45-60 minut <input type="checkbox"/> Więcej niż godzinę <input type="checkbox"/> Nie wiem																								
17. Czy uważa Pan/Pani, że uzyskanie porady u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wieczorem, w nocy i w weekendy jest zbyt trudne?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem																								
18. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przydarzyła się Panu/Pani w tej praktyce jedna z poniższych sytuacji?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tak</th> <th>Nie</th> <th>Nie wiem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Lekarz lub personel zachował się negatywnie w stosunku do Pana/Pani</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Inni pacjenci zostali lepiej potraktowani niż Pan/Pani</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Lekarz był za bardzo zainteresowany kwestią wynagrodzenia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Lekarz lub personel okazał Panu/Pani brak szacunku z powodu pochodzenia etnicznego</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Lekarz lub personel okazał Panu/Pani brak szacunku z powodu płci</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Tak	Nie	Nie wiem	1 Lekarz lub personel zachował się negatywnie w stosunku do Pana/Pani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Inni pacjenci zostali lepiej potraktowani niż Pan/Pani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Lekarz był za bardzo zainteresowany kwestią wynagrodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Lekarz lub personel okazał Panu/Pani brak szacunku z powodu pochodzenia etnicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Lekarz lub personel okazał Panu/Pani brak szacunku z powodu płci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tak	Nie	Nie wiem																						
1 Lekarz lub personel zachował się negatywnie w stosunku do Pana/Pani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
2 Inni pacjenci zostali lepiej potraktowani niż Pan/Pani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
3 Lekarz był za bardzo zainteresowany kwestią wynagrodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
4 Lekarz lub personel okazał Panu/Pani brak szacunku z powodu pochodzenia etnicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
5 Lekarz lub personel okazał Panu/Pani brak szacunku z powodu płci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
19. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył/a Pan/Pani w tej praktyce poniższych sytuacji?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tak</th> <th>Nie</th> <th>Nie wiem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Myślałem/am, że testy lub badania były powtarzane niepotrzebnie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Myślałem/am, że dostałem z te leki lub złą dawkę</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Myślałem/am, że otrzymałem/am nieprawidłowe wyniki testu lub badania rtg</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Tak	Nie	Nie wiem	1 Myślałem/am, że testy lub badania były powtarzane niepotrzebnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Myślałem/am, że dostałem z te leki lub złą dawkę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Myślałem/am, że otrzymałem/am nieprawidłowe wyniki testu lub badania rtg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Tak	Nie	Nie wiem																						
1 Myślałem/am, że testy lub badania były powtarzane niepotrzebnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
2 Myślałem/am, że dostałem z te leki lub złą dawkę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
3 Myślałem/am, że otrzymałem/am nieprawidłowe wyniki testu lub badania rtg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
20. Jeśli byłby/aby Pan/Pani niezadowolony z leczenia, które otrzymuje, czy uważa Pan/Pani, że ten lekarz byłby gotowy na dyskusję z Panem/Panią?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem																								
21. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odłożył Pan/Pani w czasie lub wstrzymał/a się od wizyty u tego lub innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, kiedy Pan/Pani potrzebował tej wizyty?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie → Proszę przejść do pytania 23																								
22. Jaki był najważniejszy powód, dla którego nie poszedł / poszła Pan/Pani do lekarza podstawowej opieki z zdrowotnej? (Możliwa więcej niż jedna odpowiedź)	<input type="checkbox"/> Nie miałem/am ubezpieczenia <input type="checkbox"/> Inne powody finansowe <input type="checkbox"/> Nie mogłem/am dotrzeć do lekarza (fizycznie) <input type="checkbox"/> Byłem/am zbyt zajęty/a <input type="checkbox"/> Inny powód																								
23. Ile razy w ciągu 12 miesięcy konsultował/a się Pan/Pani w swojej sprawie z lekarzem specjalistą?	<input type="checkbox"/> Ani razu <input type="checkbox"/> Raz lub dwa razy <input type="checkbox"/> 3 - 5 razy <input type="checkbox"/> 6 - 10 razy <input type="checkbox"/> Więcej niż 10 razy																								

24.	Czy zgadza się Pan/Pani z poniższymi stwierdzeniami:					
		Tak	Nie	Nie wiem	Nie dotyczy	
1	Jeśli idę do innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej niż mój własny, to on/ona posiada niezbędne informacje o mnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Kiedy dostaję skierowanie, mój lekarz podstawowej opieki zdrowotnej informuje lekarza specjalistę o mojej chorobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Kiedy dostaję skierowanie, mój lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wskazuje z imienia i nazwiska lekarza, do którego powinienem/powinnam pójść	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Po leczeniu u lekarza specjalisty, mój lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zna wyniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Ciężko jest dostać skierowanie do lekarza specjalisty od mojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25.	Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy był/a Pan/Pani w swojej sprawie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym?	<input type="checkbox"/> Nigdy → Proszę przejść do pytania 27 <input type="checkbox"/> 1 raz <input type="checkbox"/> 2 lub 3 razy <input type="checkbox"/> 4 razy lub więcej				
26.	Dlaczego poszedł/poszła Pan/Pani do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zamiast udać się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej? <i>(Możliwa więcej niż jedna odpowiedź)</i>	<input type="checkbox"/> Miałem/am coś, czego nie leczy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie był osiągalny <input type="checkbox"/> Z powodów finansowych <input type="checkbox"/> W Szpitalnym Oddziale Ratunkowych spodziewałem/am się krótszego czasu oczekiwania <input type="checkbox"/> Szpitalny Oddział Ratunkowy zapewnia lepszą opiekę <input type="checkbox"/> Do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest dogodniejszy dostęp <input type="checkbox"/> Inny powód/powody				
27.	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był/a Pan/Pani badany lub leczony przez pielęgniarkę w praktyce swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem				
28.	Czy większość ludzi poszłaby do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z poniższymi problemami:		Prawdopodobnie tak	Prawdopodobnie nie	Nie	Nie wiem
		Tak				
1	Rozcięty palec, który wymaga założenia szwów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Usunięcie brodawki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rutynowa kontrola stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Pogorszenie widzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Pomoc w rzuceniu palenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Dziecko z ciężkim kaszlem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ból brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Krew w stolcu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Skrecona kostka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Lęk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Przemoc domowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Problemy seksualne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Problemy w związku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Porada dotycząca wyboru najlepszego szpitala lub specjalisty w związku z określonym leczeniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.	Jak ważne byłoby dla Pana/Pani spotkanie z lekarzem, jeśli pojawiłyby się jeden z poniższych objawów:	Wyjątkowo ważne	Raczej ważne	Niezbyt ważne	Nieważne
1	Utrata wagi ciała ponad 2 kilogramy w przeciągu miesiąca, bez stosowania diety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Duszność podczas niewielkiego wysiłku lub niewielkiej pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ból w klatce piersiowej podczas wysiłku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Utrata przytomności, zasłabnięcie lub omdlenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ból głowy trwający dłużej niż 1 dzień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ból brzucha trwający dłużej niż 1 dzień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Poważne zmartwienia od ponad miesiąca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Czy spodziewałby/taby się Pan/Pani, że wizyta u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przyniesie korzyść w przypadku:	Tak	Nie	Nie wiem	
1	Probleatów żołądkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Bólu ramienia i szyi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Uczucia zdenerwowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Biegunki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Bólu gardła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Bólu głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Uczucia zmęczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Grypy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Odczuwania nudności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31.	Czy zgadza się Pan/Pani z poniższymi stwierdzeniami:	Zdecydowanie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
1	Generalnie, lekarzom można zaufać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Generalnie, ludziom można zaufać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Na koniec chcielibyśmy zadać Panu/Pani kilka pytań dotyczących Pana/Pani osoby</i>					
32.	Proszę podać płeć	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta			
33.	Jaki jest Pana/Pani rok urodzenia? Proszę wypełnić:	Rok urodzenia: 19 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
34.	Gdzie Pan/Pani się urodził/a?	<input type="checkbox"/> W Polsce <input type="checkbox"/> W innym kraju Unii Europejskiej <input type="checkbox"/> W kraju europejskim poza Unią Europejską <input type="checkbox"/> Ameryka Północna, Australia lub Nowa Zelandia <input type="checkbox"/> W innym kraju			
35.	Gdzie urodziła się Pana/Pani matka?	<input type="checkbox"/> W Polsce <input type="checkbox"/> W innym kraju Unii Europejskiej <input type="checkbox"/> W kraju europejskim poza Unią Europejską <input type="checkbox"/> Ameryka Północna, Australia lub Nowa Zelandia <input type="checkbox"/> W innym kraju			
36.	Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym są inne osoby dorosłe (włączając dzieci powyżej 18 roku życia)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			

37. Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym są dzieci (poniżej 18 roku życia)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
38. Jak opisałby/aby Pan/Pani swój obecny zawód lub stan zatrudnienia? <i>(Możliwa więcej niż jedna odpowiedź)</i>	<input type="checkbox"/> Zatrudniony/a (w tym służby cywilne) <input type="checkbox"/> Prowadzący/a własną działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Szukający/a pracy (bezrobotny/a) <input type="checkbox"/> Niezdolny do pracy z powodu choroby lub niesprawności <input type="checkbox"/> Emeryt/ka <input type="checkbox"/> Zajmuje się głównie opieką nad domem (w tym opieka nad dziećmi itp.)
39. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?	<input type="checkbox"/> Brak wykształcenia/wykształcenie podstawowe (w tym szkoła podstawowa, gimnazjum)/wykształcenie zawodowe (w tym szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Wykształcenie średnie (w tym liceum ogólnokształcące, technikum, szkoła policealna) <input type="checkbox"/> Wykształcenie wyższe (w tym studia licencjackie, studia magisterskie, studia podyplomowe, studia doktoranckie)
40. Jak dobrze mówi Pan/Pani po polsku?	<input type="checkbox"/> Płynnie/to mój język ojczysty <input type="checkbox"/> Wystarczająco <input type="checkbox"/> Średnio <input type="checkbox"/> Słabo <input type="checkbox"/> W ogóle nie mówię po polsku
41. W porównaniu do przeciętnej w Polsce, powiedziałby/aby Pan/Pani, że dochód Pana/Pani gospodarstwa domowego jest:	<input type="checkbox"/> Poniżej przeciętnej <input type="checkbox"/> Około przeciętnej <input type="checkbox"/> Powyżej przeciętnej

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!

10.4 Załącznik nr 4. Kwestionariusz „Pacjent – Oczekiwania i wartości”



Wprowadzenie

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za wyrażenie zgody na udział w badaniu QualicoPC.

QualicoPC jest badaniem prowadzonym w 34 krajach przez konsorcjum 6 instytucji badawczych we współpracy z Komisją Europejską. W Polsce instytucją współpracującą przy badaniu jest Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie.

Udzielone przez Państwa odpowiedzi pozwolą nam uzyskać istotną wiedzę na temat świadczenia usług zdrowotnych w Polsce, a w efekcie zaplanować i wdrożyć działania podnoszące jej jakość.

Przed wypełnieniem kwestionariusza, prosimy o uważne przeczytanie zamieszczonej poniżej instrukcji. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, prosimy zwrócić się o pomoc do ankietera, który dostarczył Państwu kwestionariusz. Po wypełnieniu ankiety, prosimy o włożenie jej do załączonej koperty i oddanie ankieterowi.

Jeżeli mają Państwo dodatkowe pytania, chętnie udzielimy wyjaśnień, o które prosimy zwracać się telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej do asystentów w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum:

Dr Marek Oleszczyk (marek.oleszczyk@gmail.com; tel.502483851) lub

Dr Anna Krztoń-Królewiecka (akrolewiecka@gmail.com; tel. 793015649)

Państwa pomoc jest dla nas ważna!

Jak wypełnić formularz?

Odpowiedzi na większość pytań udziela się przez zaznaczenie kratki przy opcji najlepiej opisującej Państwa sytuację. Pragniemy podkreślić, że badanie jest całkowicie anonimowe, Państwa dane osobowe nie będą w żaden sposób powiązane z kwestionariuszem. Wszystko, co Państwo napiszecie będzie traktowane jako ściśle poufne.

Do wypełnienia formularza prosimy używać czarnego lub niebieskiego długopisu i wypełniać kratki, zgodnie ze wzorem zamieszczonym poniżej:

Tak (odpowiedź wybrana)

Nie

Jeżeli chcieliby Państwo zmienić swoją odpowiedź, prosimy całkowicie wypełnić kratkę przy odpowiedzi błędnej, a odpowiedź poprawną zaznaczyć jak poniżej:

Tak (odpowiedź błędna)

Nie (odpowiedź właściwa)

1. Jak opisałby/aby Pan/Pani swój ogólny stan zdrowia?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobry <input type="checkbox"/> Dobry <input type="checkbox"/> Zadowolający <input type="checkbox"/> Zły
2. Czy leczy się Pan/Pani z powodu choroby przewlekłej lub schorzeń takich jak: wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, depresja, astma lub inne schorzenia przewlekłe?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

15930867

Patient values 2011 - Polish/Poland **1** >>

3.	Jak ważne dla Pana/Pani jest:	Nieważne	Niezbyt ważne	Ważne	Bardzo ważne
1	żeby ten lekarz miał przy sobie Pana/Pani dokumentację medyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	żeby ten lekarz był uprzejmy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	żeby ten lekarz zadawał pytania dotyczące Pana/Pani problemu ze zdrowiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	żeby rozumiał/a Pan/Pani jasno, co ten lekarz tłumaczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	żeby ten lekarz angażował Pana/Panią w podejmowanie decyzji o leczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	żeby ten lekarz pytał o występowanie innych problemów oprócz tego, z którym Pan/Pani przyszedł/przyszła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	żeby osoby w rejestracji były uprzejme i pomocne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Jak ważne dla Pana/Pani jest:	Nieważne	Niezbyt ważne	Ważne	Bardzo ważne
1	żeby ten lekarz znał ważne informacje dotyczące Pana/Pani przeszłości medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	żeby ten lekarz znał Pana/Pani sytuację życiową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	żeby po tej wizycie czuł/a Pan/Pani, że potrafi lepiej poradzić sobie ze swoim problemem zdrowotnym/ chorobą niż przed wizytą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Jak ważne dla Pana/Pani jest:	Nieważne	Niezbyt ważne	Ważne	Bardzo ważne
1	żeby ta praktyka miała długie godziny otwarcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	żeby łatwo mógł Pan/ mogła Pani umówić termin wizyty w tej praktyce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	żeby wiedział/a Pan/Pani, jak uzyskać pomoc wieczorem, w nocy i w weekendy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	żeby ta praktyka była blisko Pana/Pani miejsca zamieszkania lub miejsca pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	żeby nie musiał/a Pan/Pani długo czekać na odebranie telefonu, kiedy dzwoni Pan/Pani do tej praktyki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Jak ważne dla Pana/Pani jest przed wizytą u Pana/Pani lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:	Nieważne	Niezbyt ważne	Ważne	Bardzo ważne
1	żeby nie musiał/a Pan/Pani opowiadać rejestratorce lub pielęgniarce szczegółów swojego problemu zdrowotnego przed spotkaniem z lekarzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	żeby lekarz przygotował się na wizytę: wcześniej przeczytał Pana/Pani dokumentację medyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	żeby Pan/Pani przygotował/a się na wizytę: prowadził/a dziennik obserwacji lub przygotował/a sobie pytania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	żeby Pan/Pani mógł/mogła przyprowadzić członka rodziny/ przyjaciela na wizytę, jeśli uważa Pan/Pani to za przydatne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	żeby Pan/Pani wiedział/a, z którym lekarzem się spotka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	żeby Pan/Pani trzymał/a się swojego terminu wizyty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Spośród 6 wyżej wymienionych pozycji, którą uważa Pan/Pani za najważniejszą?	Najważniejsza jest pozycja numer: <input type="text"/> (proszę wypełnić)			
7.	Jak ważne dla Pana/Pani jest w trakcie wizyty u Pana/Pani lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:	Nieważne	Niezbyt ważne	Ważne	Bardzo ważne
1	żeby lekarz, utrzymując kontakt wzrokowy, sprawiał, że Pan/Pani czuje się mile widziany/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	żeby lekarz słuchał uważnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	żeby lekarz nie dawał Panu/Pani odczuć, że działa pod presją czasu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nieważne	Niezbyt ważne	Ważne	Bardzo ważne
4. żeby lekarz miał świadomość Pana/Pani pochodzenia społecznego i kulturowego, znał informacje dotyczące Pana/Pani osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. żeby lekarz nie był uprzedzony z powodu Pana/Pani wieku, płci, religii lub pochodzenia kulturowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. żeby lekarz traktował Pana/Panią jak osobę a nie tylko jako problem medyczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. żeby lekarz okazywał Panu/Pani szacunek w trakcie badania fizykalnego, nie przerywał Pana/Pani wypowiedzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. żeby lekarz traktował Pana/Panią poważnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. żeby lekarz rozumiał Pana/Panią	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. żeby lekarz pytał, czy ma Pan/Pani jakieś pytania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. żeby lekarz pytał, czy wszystko Pan/Pani zrozumiał/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. żeby lekarz wiedział, kiedy skierować Pana/Panią do specjalisty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. żeby lekarz pytał, jak wolalby/aby Pan/Pani być leczony/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Spośród 13 wyżej wymienionych pozycji, którą uważa Pan/Pani za najważniejszą?	Najważniejsza jest pozycja numer: <input type="text"/> <input type="text"/> (proszę wypełnić)			
8. Jak ważne dla Pana/Pani jest w trakcie wizyty u Pana/Pani lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:	Nieważne	Niezbyt ważne	Ważne	Bardzo ważne
1. żeby lekarz unikał zaktócania wizyty np. telefonami itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. żeby lekarz udzielał Panu/Pani dodatkowych informacji o Pana/Pani problemie zdrowotnym np. dając ulotki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. żeby lekarz informował Pana/Panią o godnych zaufania źródłach informacji np. stronach internetowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. żeby mówić lekarzowi, co Pan/Pani chce omówić w trakcie tej konsultacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. żeby być przygotowanym/ą do zadawania pytań i robienia notatek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. żeby być szczerym/ą i nie czuć się zażenowanym/ą, mówiąc o swoim problemie zdrowotnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. żeby być otwartym/ą na rozmowę o stosowaniu przez siebie innych metod leczenia, takich jak samoleczenie lub medycyna niekonwencjonalna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. żeby w razie potrzeby mógł Pan/mogła Pani omówić sprawy psychospołeczne (na przykład osobiste zmartwienia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spośród 8 wyżej wymienionych pozycji, którą uważa Pan/Pani za najważniejszą?	Najważniejsza jest pozycja numer: <input type="text"/> (proszę wypełnić)			
9. Jak ważne dla Pana/Pani jest po wizycie u Pana/Pani lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:	Nieważne	Niezbyt ważne	Ważne	Bardzo ważne
1. żeby lekarz dał Panu/Pani wszystkie wyniki badań, nawet jeśli nie ma w nich odchyżeń od normy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. żeby w razie dalszych pytań lekarz zaoferował Panu/Pani kontakt telefoniczny lub mailowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. żeby lekarz dał Panu/Pani jasne instrukcje, co zrobić w razie pogorszenia stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. żeby stosować się do ustalonego planu leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. żeby informować lekarza, jak działa leczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. żeby mógł Pan/mogła Pani spotkać się z innym lekarzem, jeśli uważa Pan/Pani, że jest to konieczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Spośród 6 wyżej wymienionych pozycji, którą uważa Pan/Pani za najważniejszą?	Najważniejsza jest pozycja numer: <input type="text"/> (proszę wypełnić)			

Na koniec chcielibyśmy zadać Panu/Pani kilka pytań dotyczących Pana/Pani osoby

10. Proszę podać płeć	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta
11. Jaki jest Pana/Pani rok urodzenia? Proszę wypełnić:	Rok urodzenia: 19 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12. Gdzie Pan/Pani się urodził/a?	<input type="checkbox"/> W Polsce <input type="checkbox"/> W innym kraju Unii Europejskiej <input type="checkbox"/> W kraju europejskim poza Unią Europejską <input type="checkbox"/> Ameryka Północna, Australia lub Nowa Zelandia <input type="checkbox"/> W innym kraju
13. Gdzie urodziła się Pana/Pani matka?	<input type="checkbox"/> W Polsce <input type="checkbox"/> W innym kraju Unii Europejskiej <input type="checkbox"/> W kraju europejskim poza Unią Europejską <input type="checkbox"/> Ameryka Północna, Australia lub Nowa Zelandia <input type="checkbox"/> W innym kraju
14. Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym są inne osoby dorosłe (włączając dzieci powyżej 18 roku życia)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
15. Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym są dzieci (poniżej 18 roku życia)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
16. Jak opisałby/aby Pan/Pani swój obecny zawód lub stan zatrudnienia? <i>(Możliwa więcej niż jedna odpowiedź)</i>	<input type="checkbox"/> Zatrudniony/a (w tym służby cywilne) <input type="checkbox"/> Prowadzący/a własną działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Szukający/a pracy (bezrobotny/a) <input type="checkbox"/> Niezdolny do pracy z powodu choroby lub niesprawności <input type="checkbox"/> Emeryt/ka <input type="checkbox"/> Zajmuje się głównie opieką nad domem (w tym opieka nad dziećmi itp.)
17. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?	<input type="checkbox"/> Brak wykształcenia/wykształcenie podstawowe (w tym szkoła podstawowa, gimnazjum)/wykształcenie zawodowe (w tym szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Wykształcenie średnie (w tym liceum ogólnokształcące, technikum, szkoła policealna) <input type="checkbox"/> Wykształcenie wyższe (w tym studia licencjackie, studia magisterskie, studia podyplomowe, studia doktoranckie)
18. Jak dobrze mówi Pan/Pani po polsku?	<input type="checkbox"/> Płynnie/to mój język ojczysty <input type="checkbox"/> Wystarczająco <input type="checkbox"/> Średnio <input type="checkbox"/> Słabo <input type="checkbox"/> W ogóle nie mówię po polsku
19. W porównaniu do przeciętnej w Polsce, powiedziałby/aby Pan/Pani, że dochód Pana/Pani gospodarstwa domowego jest:	<input type="checkbox"/> Poniżej przeciętnej <input type="checkbox"/> Około przeciętnej <input type="checkbox"/> Powyżej przeciętnej

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!

10.5 Załącznik nr 5. Kwestionariusz „Przychodnia”



Kwestionariusz dla ankietera

1.	Całkowita liczba pacjentów <u>poproszonych</u> o udział w badaniu	<input type="text"/> Pacjentów
2.	Liczba pacjentów, którzy wzięli udział w badaniu	<input type="text"/> Pacjentów
3.	Na zewnątrz praktyki znajduje się jasna informacja o godzinach otwarcia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4.	Na zewnątrz praktyki znajduje się jasna informacja, jak można uzyskać pomoc poza godzinami pracy praktyki	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5.	Czy praktyka posiada miejsca parkingowe dla niepełnosprawnych?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6.	Czy praktyka znajduje się na parterze?	<input type="checkbox"/> Tak → <i>proszę przejść do pyt.8</i> <input type="checkbox"/> Nie
7.	Czy jest winda dostępna dla pacjentów?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
8.	Jaki jest dostęp do praktyki dla pacjentów poruszających się na wózku inwalidzkim lub pacjentów z wózkiem dziecięcym?	<input type="checkbox"/> Bardzo łatwy <input type="checkbox"/> Łatwy <input type="checkbox"/> Trudny <input type="checkbox"/> Niemożliwy
9.	Czy jest dostępna toaleta dla pacjentów niepełnosprawnych?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10.	Jak czysto jest w poczekalni?	<input type="checkbox"/> Bardzo czysto <input type="checkbox"/> Raczej czysto <input type="checkbox"/> Brudno
11.	Czy osoby siedzące w poczekalni mogą usłyszeć rozmowę odbywającą się w rejestracji?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
12.	Czy osoby siedzące w poczekalni mogą usłyszeć lub zobaczyć, co dzieje się w gabinecie lekarza?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie