

Fundacja Rozwoju Metod Łączonych w Medycynie:  
Mira Dziekańska-Szplit, mgr psychologii pracy, psychoterapeutka, trener biznesu

Pomorska Fundacja Rozwoju Chirurgii:  
Adam Sudoł, lek. med. Z-ca Dyrektora Naczelnego UCK ds. Logistyki i Zabezpieczenia Medycznego

## **Określenie stopnia wpływu czynników organizacyjnych na sposób i ocenę pracy lekarzy w placówkach leczniczych.**

Z wykorzystaniem wyników badania poziomu satysfakcji Pacjentów przeprowadzonych przez WHO w latach 2002 - 2003 oraz wyników badań Eurobarometr 411 Raport: Patient Safety And Quality OF Care, styczeń 2014.

Zarówno w USA jak i w UE wzrasta znaczenie badania satysfakcji Pacjenta z poziomu opieki zdrowotnej. Badania takie mają wpływ na przeprowadzane reformy oraz zmiany w sektorze opieki zdrowotnej. Często jednak wyniki takich badań są kwestionowane ze względu na brak ujednoliconych definicji i wskaźników do pomiarów. Do tego część badań kładzie nacisk na poziom satysfakcji pacjentów z jakości i rodzaju usług jakie otrzymali zaś inne na ogólny poziom zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej. Z takim samym problemem zderzył się tej jesieni NFZ starając się przeprowadzić badanie satysfakcji pacjentów ze świadczeń Podstawowej Opieki Zdrowotnej celem stworzenia systemu wiążącego satysfakcję Pacjenta z poziomem dofinansowania POZ. Właśnie ze względów metodologicznych i braku jasnego rozgraniczenia kwestii odbioru konkretnej usługi medycznej a oceny systemu, badanie to spotkało się z oporem środowiska lekarskiego, wyrażonego szczególnie silnie przez Porozumienie Zielonogórskie. Jednocześnie badanie NFZ nie uwzględniało istotnych aspektów sprawowanej opieki lekarza rodzinnego, w skład której oprócz opieki lekarskiej wchodzi opieka pielęgniarska i profilaktyczna.

W prowadzonym przez nas badaniu będziemy mieć okazję sprawdzać siłę wpływu określonych czynników na uzyskane wyniki oceny placówki. Naszym celem jest badanie czynników w konkretnej placówce, dlatego koncentrujemy się na badaniach, które przywiązują wagę do czynników bezpośrednio wpływających na zadowolenie pacjenta z otrzymywanych w konkretnej placówce usług.

Analizowane przez nas badania nie wykształciły do tej pory spójnego wzorca metodologicznego, za pomocą którego możliwe byłoby oddzielenie elementów oceny usługi lekarskiej oraz oceny systemu opieki zdrowotnej. Dodatkowo oceny w tego typu badaniach zwykle nacechowane są silnym zabarwieniem emocjonalnym respondentów. Projekt stwarza warunki dla przygotowania odmiennego od dotychczasowych, podejścia do badania pracy POZ. Jest to badanie pilotażowe, o ograniczonym budżecie, dlatego nie przeprowadzamy badania na reprezentatywnej grupie respondentów, lecz na ograniczonej grupie w wybranych placówkach, w celu wyznaczenia indyktorów zmiany. Celem projektu

nie jest stworzenie obrazu - oceny pracy POZ, lecz wskazanie parametrów, które należy monitorować aby oceniać jakość pracy, konkretnej placówki oraz stopień satysfakcji pacjentów z poziomu otrzymywanych usług. Jednocześnie parametry te będą wskazaniem dla prowadzenia działań monitoringowych konkretnych placówek. Wskaźniki generowane przez te parametry, będą także służyły kierownictwu POZ w celu monitorowania jakości pracy placówki. Spójny monitoring zewnętrzny (sygnały od pacjentów) i wewnętrzny (informacje zarządcze) przyczynią się do stworzenia czytelnego obrazu jakości pracy placówki, służącego do prowadzenia działań strażniczych.

Tak przyjęte założenia do badania wzorowane są na metodologii Balanced Scorecard - BSC (Zrównoważona Karta Wyników). BSC zostało stworzone dla badania stopnia realizacji strategii działania firmy przez Roberta S. Kaplana i Davida P. Nortona.

BSC jako instrumentem zarządzania strategicznego, umożliwiającym wskazanie indykatorów służących pomiarowi efektywności procesów działania firmy i obsługi klienta. W taki rozumieniu, w Projekcie, wskazujemy indykatory pomiaru efektywności procesu obsługi pacjenta. Zwracamy szczególną uwagę na poziom satysfakcji Pacjenta oraz efektywność wykorzystania zasobów POZ, rozumianą jako podniesienie poziomu zdrowia oraz jakości życia osób będących pod opieką POZ.

BSC jest alternatywną metodą pomiarową w stosunku do tradycyjnych wskaźników tworzonych przez systemy finansowe oraz ankiety satysfakcji klienta. Karta oceny w BSC tworzona jest każdorazowo w zależności od profilu przedsiębiorstwa i dzięki temu, jej wyniki opisują i wyjaśniają, co powinno być w przedsiębiorstwie mierzone, aby jak najlepiej ocenić efektywność realizacji strategii i procesów zachodzących w przedsiębiorstwie. Dla zobrazowania zasady działania BSC przyjmuje się czasem analogię z tablicą wskaźników w samochodzie, która to tablica pokazuje tylko najważniejsze dla kierowcy parametry takie jak: prędkość, obroty silnika, temperatura silnika, poziom paliwa i sygnalizatory włączonych systemów. Jest to tylko niewielki fragment parametrów, które są mierzone i analizowane przez komputer we współczesnym samochodzie, jednak kierowcy całkowicie wystarczą aby kontrolować poprawność działania pojazdu i zareagować jeśli któryś z parametrów zachowa się w sposób niepożądany. Podobnie wyniki BSC mają dać sygnał w momencie kiedy będzie się działo źle. Jest to oczywiście daleko posunięte uproszczenie, jednak co do zasady uważamy je za słuszne.

POZ nie jest przedsiębiorstwem, dlatego wskaźniki finansowe nie mają dla naszego pomiaru znaczenia, tym bardziej, że przychody POZ są wyznaczone przez system opieki zdrowotnej. Zresztą w projekcie nie zajmujemy się efektywności finansową działania POZ. Jednak pozostałe aspekty efektywności mierzone za pomocą BSC mają tu jak najbardziej zastosowanie. Obszary pomiaru sformułowane są w sposób adekwatny dla charakteru działania POZ a system mierników zestawiony jest w różnych perspektywach odpowiadających procesom obsługi pacjentów POZ .

BSC daje możliwość przełożenia strategii i wizji na działania, poprzez zdefiniowanie celów i mierników w czterech perspektywach: finansowej, klienta, procesów wewnętrznych, infrastruktury i rozwoju.

Na podstawie wcześniejszych analiz, dla POZ definiujemy następujące perspektywy:

- 1) organizacja pracy przychodni i zakres usług,
- 2) lekarz rodzinny znany pacjentowi,
- 3) wizyta, jej organizacja i przebieg,
- 4) profilaktyka w działalności przychodni,
- 5) stan zdrowia pacjenta.

W poszczególnych obszarach proponujemy zdefiniowanie kluczowych indykatorów.

#### Obszar 1) Organizacja pracy

- częstotliwość wizyt pacjentów, a na etapie wywiadów z określeniem średnich dla grup wiekowych i dla chorych na choroby przewlekłe i cywilizacyjne;
- zmiana lekarza rodzinnego (przechodzenie pacjentów pomiędzy lekarzami - dotyczy przychodni, w której przyjmuje kilku lekarzy);
- korzystanie z dokumentacji medycznej;
- korzystanie z opieki szpitalnej (SOR) jako ekwiwalentnej dla opieki POZ.

#### Obszar 2) Lekarz rodzinny

- świadomość pacjenta o przypisaniu do lekarza rodzinnego;
- znajomość, rozpoznawalność lekarza rodzinnego;
- zaufanie do lekarza rodzinnego.

#### Obszar 3) Wizyta

- sposób korzystania z wizyt, umawianie, czas pracy;
- czas trwania wizyty;
- wyjaśnienie przebiegu choroby i udział pacjenta w decyzjach dotyczących leczenia;
- wizyty kontrolne;
- prawa pacjenta.

#### Obszar 4) Profilaktyka

- informacja o profilaktyce;
- udział personelu pielęgniarskiego i pomocniczego w działaniach profilaktycznych;
- dostępność porad dietetycznych.

#### Obszar 5) Stan zdrowia

- własna ocena stanu zdrowia.

W analizie siły czynników opieramy się m.in. na wynikach badań prowadzonych przez WHO i Eurobarometru. Badania te oraz, we wcześniejszych opracowaniach, przytoczone przykłady potwierdzają, że zadowoleni pacjenci chętniej stosują się do zaleceń lekarza i w efekcie lepiej przechodzą proces leczenia co ma wpływ na ich ocenę pracy jednostki i lekarza. Jednocześnie ważnym jest aby unikać w analizie ogólnych ocen systemu opieki zdrowotnej, które w naszym kraju są niskie (stwierdzenie poparte badaniem Eurobarometru z roku 2014). Dlatego w naszych badaniach poszukujemy czynników

mających wpływ na ocenę pracy POZ w powiązaniu z dbałością o poziom zadowolenia Pacjentów z jakości długofalowo świadczonych usług. W naszym badaniu unikamy pytań wprost o zadowolenie, badając poziom i rozpoznawalność usług, które świadczą o prawidłowym funkcjonowaniu placówki POZ.

W ciągu ostatnich 10 lat, wskutek braku mocnej podstawy merytorycznej i spójnego systemu pomiaru zadowolenia klienta doszło w UE (dane WHO) do wysypu ankiet, które skupiają się wyłącznie na badaniu odczuć pacjentów, tj. doświadczeń związanych z takimi elementami jak czas oczekiwania na usługę medyczną, poziom jakości podstawowych udogodnień i wyposażenia, a także stopień komunikacji pacjenta ze świadczeniodawcą. Należy jednak uchwycić związek pomiędzy takimi „miękkimi” odczuciami Pacjentów a postrzeganiem realnego wpływu lekarza POZ i sposobu funkcjonowania placówki na poprawę jakości życia Pacjentów.

Taka zintegrowana ocena poziomu satysfakcji i oferowanych usług służy lepszemu wyznaczeniu namacalnych priorytetów w zakresie poprawy jakości usług medycznych. Wydaje się, że badanie doświadczeń pacjentów, mające na celu uchwycenie stopnia „elastyczności” systemu opieki zdrowotnej (idea promowana przez WHO), w przyszłości będzie coraz ważniejsze, gdyż lekarze, przychodnie, szpitale znajdują się pod rosnącą presją, by stale poprawiać jakość opieki nad pacjentami, zapewniać im większe bezpieczeństwo, przy jednoczesnym zmniejszaniu kosztów usług medycznych. Dokładnie rzecz biorąc, ta tzw. elastyczność systemu opieki zdrowotnej odnosi się do tego, w jaki sposób i w jakim środowisku przebiega leczenie pacjentów w ramach opieki medycznej. Przy założeniu, że nie mamy bezpośredniego wpływu na technologie i procedury medyczne, możemy poszukiwać możliwości wpływu na kształtowanie tego środowiska i określać sposoby jego parametryzacji i pomiaru.

Rosnąca waga, jaką przywiązuje się do odczuć pacjentów oraz utrzymujące się zainteresowanie porównywaniem poziomu zadowolenia pacjentów w różnych krajach świata i na przestrzeni lat, świadczy o potrzebie określenia związku między poziomem oceny (zadowolenia) z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej a odczuciami pacjentów. Badania wskazujące na silne powiązania między krajowymi ratingami poziomu zadowolenia a wskaźnikiem odczuć pacjenta okazały się nadzwyczaj trafne. Wciąż jednak niejasna pozostaje kwestia, w jakim stopniu wskaźnik odczuć pacjenta wpływa na poziom ogólnego zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej. Piśmiennictwo sugeruje, że duża część różnicy w poziomie zadowolenia, jaka pozostaje po korekcie uwzględniającej czynniki powszechnie używane w ocenie ogólnej jest odzwierciedleniem odczuć pacjenta. Podobnie jak część autorów wymienianych w badaniu WHO, jesteśmy odmiennego zdania i wysuwamy tezę, że wskaźnik odczuć pacjenta odpowiada jedynie za niewielką część różnic w badaniu zadowolenia z opieki zdrowotnej a ocenie konkretnej wizyty, nawet po korekcie uwzględniającej czynniki demograficzne, zdrowotne i instytucjonalne, z jakimi poziom zadowolenia jest powszechnie kojarzony. Dlatego uważamy, że na bezpośrednią ocenę w badaniu ankietowym prowadzonym wśród pacjentów istotny wpływ na zabarwienie emocjonalne będzie miał odbiór wizyty. Dlatego indykatory procesów powinny

być sformułowane w sposób możliwe nieoceniający, odnoszący się do faktów dotyczących placówki, lekarza, wizyty. Przewidujemy, że istotna część różnic pomiędzy ogólną oceną systemu a oceną placówki jest spowodowana także przez czynniki znajdujące się poza sferą odczuć pacjenta tj. realne czynniki długofalowe wynikające z obiektywnych efektów opieki lekarskiej i działań o charakterze organizacyjnym, wpływających na podnoszenie dobrostanu pacjentów. Za takie działania uważamy w szczególności budowanie świadomości praw pacjentów, uczestnictwo pacjentów w podejmowaniu decyzji leczniczych dzięki zrozumieniu źródeł choroby, szeroka profilaktyka, monitorowanie pacjentów przewlekle chorych. Właśnie w zakresie tych działań powinniśmy wprowadzać parametry pomiarowe.

Dzięki danym z przeprowadzonej w 21 krajach Unii Europejskiej ankiety World Health Survey na 2003 rok (25), możemy zastanowić się nad związkiem czynników leżących u podstaw poziomu zadowolenia ze służby zdrowia ze stopniem oceny samego doświadczenia opieki przez pacjenta. Jest to zbieżne z wprowadzonym pojęciem elastyczności systemu opieki zdrowotnej. Pojęcie „elastyczność” używane przez WHO, odnosi się do poziomu zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej z perspektywy odczuć pacjenta. Dzięki niemu mamy okazję lepiej zrozumieć, co poza odczuciami ludzi jako pacjentów determinuje poziom zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej. Badanie ma już ponad 10 lat jednak później nie prowadzono badań tego typu, zakrojonych na tak szeroką skalę. Dopiero w roku 2014 Eurobarometr opublikował badanie określające kluczowe czynniki zadowolenia z poziomu opieki zdrowotnej, które to badanie pokazuje jak nisko oceniana jest opieka zdrowotna w Polsce w stosunku do UE oraz jak niski jest poziom zaufania do opieki pozaszpitalnej. Wybraliśmy kilka elementów z tego badania celem zobrazowania zagadnienia.

W badaniu WHO zastosowano model regresji najmniejszych kwadratów do ustalenia poziomu, w jakim zmienne powszechnie kojarzone z poziomem zadowolenia z systemu opieki medycznej odpowiadały za zaobserwowane różnice. Analizę oparto respondentach leczonych ambulatoryjnie lub hospitalizowanych (lub ich dzieci) w ciągu ostatnich 5 lat, co podyktowane jest tym, aby jak najbardziej precyzyjnie określić związek między odczuciami pacjentów związanymi z opieką a ich poziomem zadowolenia z systemu (około 90% respondentów to sami pacjenci). Zmienną określającą punkt odniesienia było zadowolenie z systemu opieki zdrowotnej. Do modelu dodano siedem zestawów kowariantów (wskaźników): odczucia pacjenta (elastyczność systemu), określenie oczekiwań pacjenta (np. ze względu na płeć, wiek, wykształcenie, dochód na jednego członka rodziny), ocenę własną stanu zdrowia pacjenta, typ opieki (leczenie ambulatoryjne versus hospitalizacja, niedawna opieka medyczna i jej powody, rodzaj świadczeniodawcy); osobowość, oraz metryczkę pacjenta, współczynnik pokrycia (np. odsetek dzieci w wieku 12 miesięcy, które zostały 1 raz zaszczepione przeciw odrze). Wskaźnik szczepień jest istotny ze względu na świadomość profilaktyki oraz korelacje z gęstością zaludnienia. W badaniu POZ należy uwzględnić profilaktykę m.in. za jego pomocą. Współczynnik pokrycia jest w ankiecie

WHO odpowiednikiem dostępu do systemu przy założeniu, że tam, gdzie jest on wyższy, więcej osób ma dostęp do opieki medycznej. Z tego względu założono, że na obszarach z wyższym współczynnikiem szczepień również poziom zadowolenia będzie wyższy.

Wszystkie wskaźniki w badaniu WHO, zostały wybrane na podstawie wcześniejszych badań, w których wykryto związek z poziomem zadowolenia pacjenta. Ponieważ przyjęto założenie, że różne stopnie zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej mogą w dużej mierze być warunkowane przez czynniki niezależne od odczuć pacjenta, stwierdzamy, że wszystkie zmienne zawarte w ankiecie wpływają na poziom zadowolenia. Jednakże kilka czynników, które według nas są ważnymi prognostykami poziomu satysfakcji z systemu (takie jak komunikacja) nie było zawartych w ankiecie WHO, a aspekt ten należy uwzględnić w ankiecie POZ.

Jeśli chodzi o kategorię osobowości (mniej więcej odpowiadający kategorii tzw. „smutku” według World Health Survey), to została ona wykorzystana w ankiecie WHO, ponieważ w piśmiennictwie psychologicznym podkreślany jest wpływ indywidualnego pesymizmu na odpowiedzi danego respondenta w ankiecie. Jednak w ankiecie POZ unikamy określeń odnoszących się do stanu psychicznego, a poszukujemy faktów dotyczących POZ, dlatego dla uproszczenia nie zalecamy wykorzystania tego typu parametru.

Pełne wyniki ankiety WHO dostępne były na stronie:

<http://healthmetricsandevaluation.org>.

Pełne wyniki badania Eurobarometru dostępne są na stronie:

[http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/eurobarometers/ebs\\_411\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/eurobarometers/ebs_411_en.htm)

Tabela 1. Charakterystyka respondentów i ich satysfakcji z działania systemu opieki zdrowotnej 21 krajach UE, World Health Survey for 2003<sup>a,b</sup>

Country	n	Female %	Age under 65 years %	High school complete %	Very satisfied %	Fairly satisfied %	Neutral %	Fairly dissatisfied %	Very dissatisfied %
Austria	1055	62.4	85.7	37.0	70.4	21.7	4.0	2.4	1.5
Belgium	1012	56.4	83.4	75.2	50.3	39.1	6.0	3.0	1.6
Czech Republic	935	52.7	79.6	67.1	10.4	42.6	27.9	17.1	2.1
Denmark	1003	52.6	76.6	46.3	54.4	37.9	3.0	3.8	1.0
Estonia	1012	63.7	77.2	53.4	2.3	25.7	31.9	26.1	14.1
Finland	1013	55.4	71.7	47.5	19.6	58.1	8.5	10.9	2.9
France	1008	59.9	86.4	70.3	37.6	46.5	10.6	4.0	1.4
Germany	1259	59.6	74.7	31.3	19.8	45.2	15.8	13.6	5.5
Greece	1000	50.0	70.1	47.3	16.7	31.3	24.8	13.1	14.1
Hungary	1419	58.4	75.9	48.6	8.0	25.7	44.2	15.1	7.0
Ireland	1014	54.7	84.7	70.0	32.3	37.5	9.6	8.1	12.6
Italy	1000	57.4	77.3	52.7	7.2	41.8	24.2	15.9	10.9
Latvia	856	66.7	71.0	49.3	3.7	28.8	27.6	28.9	11.1
Luxembourg	700	51.1	85.0	55.3	28.6	47.3	11.7	11.0	1.4
Netherlands	1091	67.5	84.7	68.1	28.2	49.7	8.5	10.8	2.8
Portugal	1030	62.0	68.9	21.5	3.9	46.7	21.7	19.5	8.1
Slovakia	2519	61.3	93.1	82.3	1.3	26.2	42.3	21.8	8.4
Slovenia	585	53.7	78.4	54.0	10.6	41.2	27.5	13.6	8.1
Spain	12023	58.7	67.5	29.1	10.8	44.5	30.0	9.4	5.3
Sweden	1000	58.4	73.7	57.9	28.9	38.9	13.0	16.5	2.7
United Kingdom	1200	63.2	71.0	41.5	35.4	39.2	9.3	9.9	6.3

**Tabela 2. Czynniki wpływające (predyktory) na satysfakcję Pacjentów z działania systemu opieki zdrowotnej 21 krajów UE, World Health Survey for 2003**

Predyktor	Współczynnik OLS (SE) (poziom istotności) a
<b>Istotność statystyczna wpływu czynników na oczekiwania Pacjenta</b>	
Edukacja	
<12b lat (podstawowe)	
12 lat (średnie)	-9.3 × 10 <sup>-4</sup> (0.04) - statystycznie istotny 10%
> 12 i <17 lat (wyższe niepełne)	-0.14 (0.04)*** - statystycznie istotny 1%
17 lat (wyższe)	2.8 × 10 <sup>-3</sup> (0.04) - statystycznie istotny 10%
dochód narodowy	
PKB na mieszkańca mierzony jako PPP	3.91 × 10 <sup>-5</sup> (0.00)*** - statystycznie istotny 1%
<b>Doświadczenia i odczucia pacjenta</b>	
Niezależność	0.11 (0.02)*** - statystycznie istotny 1%
Możliwość wyboru	0.18 (0.04)*** - statystycznie istotny 1%
Komunikacja	0.08 (0.02)** - statystycznie istotny 5%
Zapewnienie prywatności	0.12 (0.05) - statystycznie istotny 10%
Szacunek	0.40 (0.12)*** - statystycznie istotny 1%
Uwaga	0.24 (0.03)*** - statystycznie istotny 1%
Jakość podstawowych udogodnień	0.61 (0.11)*** - statystycznie istotny 1%
<b>Stan zdrowia, określany samodzielnie przez Pacjenta</b>	
bardzo dobry	
dobry	-0.15 (0.04)*** - statystycznie istotny 1%
zmienny	-0.28 (0.05)*** - statystycznie istotny 1%
zły	-0.29 (0.08)*** - statystycznie istotny 1%
bardzo zły	-0.53 (0.14)*** - statystycznie istotny 1%
<b>Rodzaj opieki w zależności od świadczeniodawcy</b>	
państwowa	
prywatna	-0.12 (0.04)*** - statystycznie istotny 1%
społeczna, pozarządowa	0.08 (0.10) - statystycznie istotny 10%
Inny	0.06 (0.08) - statystycznie istotny 10%



Predyktor	Współczynnik OLS (SE) (poziom istotności) <sup>a</sup>
<b>osobiste odczuwanie smutku</b>	
nie <sup>b</sup>	
Tak	-0.11 (0.03)*** - statystycznie istotny 1%
<b>wyniki - współczynniki</b>	
średni	0.02 (0.02)* - statystycznie istotny 10%
wysoki odsetek	$2.2 \times 10^{-3}$ (0.00)*** - statystycznie istotny 1%
niski odsetek	$-4.2 \times 10^{-3}$ (0.00)** - statystycznie istotny 1%
<b>Pokrycie populacji szczepieniami (odpowiadające dostępowi do służby zdrowia)</b>	-0.1 (0.00)*** - statystycznie istotny 1%
<b>stała <sup>c</sup></b>	2.03 (0.29)*** - statystycznie istotny 1%
<b>R<sup>2</sup> - współczynnik R kwadrat</b>	17.5
<b>n - próba</b>	16 384

\*P<0.05;

\*\*P<0.01;

\*\*\*P<0.001.

GDP, dochód narodowy brutto;

NGO, organizacja pozarządowa;

OLS, metoda współczynników najmniejszych kwadratów;

PPP, parytet siły nabywczej;

R<sup>2</sup>, skala zmienności satysfakcji obliczona w modelu;






























SE, błąd standardowy.

<sup>a</sup> pełen model dostępny na: <http://healthmetricsandevaluation.org/resources/pubs.html>).

<sup>b</sup> Kategoria referencyjna.

<sup>c</sup> współczynnik stały modelu.

## Graf. 1. Ocena jakości opieki zdrowotnej w krajach UE [Eurobarometr]

 BE	97%
 AT	96%
 MT	94%
 FI	94%
 NL	91%
 LU	90%
 DE	90%
 FR	88%
 DK	87%
 SE	86%
 UK	85%
 CZ	78%
 ES	77%
 SI	73%
 EE	73%
 CY	73%
 EU	71%
 LT	65%
 IE	62%
 HR	59%
 IT	56%
 PT	55%
 SK	50%
 LV	47%
 HU	47%
 PL	32%
 BG	29%
 EL	26%
 RO	25%

Question: QC2. How would you evaluate the overall quality of healthcare in (OUR COUNTRY)?

Answers: Total 'Good'

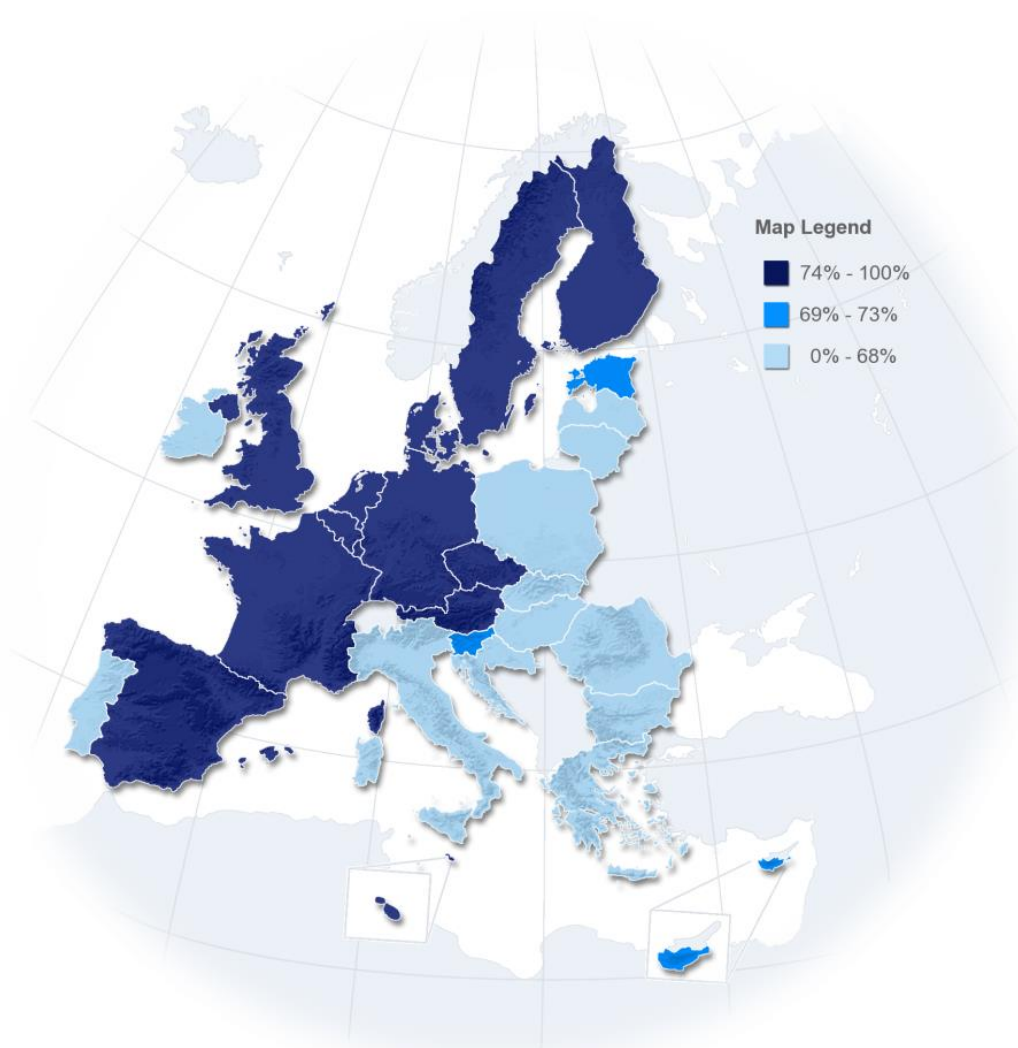


Tabela 3. Wskazania szczegółowe oceny jakości [Eurobarometr]






























	Total 'Good'		Total 'Bad'		Don't know	
	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	2013 - 2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	2013 - 2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	2013 - 2009
 EU28	71%	<b>+1</b>	27%	<b>-1</b>	2%	=
 LT	65%	<b>+25</b>	33%	<b>-25</b>	2%	=
 HU	47%	<b>+19</b>	51%	<b>-21</b>	2%	<b>+2</b>
 MT	94%	<b>+13</b>	6%	<b>-11</b>	0%	<b>-2</b>
 PT	55%	<b>+13</b>	44%	<b>-12</b>	1%	<b>-1</b>
 LV	47%	<b>+10</b>	50%	<b>-12</b>	3%	<b>+2</b>
 IE	62%	<b>+9</b>	35%	<b>-8</b>	3%	<b>-1</b>
 DE	90%	<b>+4</b>	9%	<b>-4</b>	1%	=
 SI	73%	<b>+4</b>	26%	<b>-4</b>	1%	=
 EE	73%	<b>+3</b>	25%	<b>-3</b>	2%	=
 IT	56%	<b>+2</b>	42%	<b>-2</b>	2%	=
 LU	90%	<b>+2</b>	9%	<b>-1</b>	1%	<b>-1</b>
 PL	32%	<b>+2</b>	62%	<b>-5</b>	6%	<b>+3</b>
 BG	29%	<b>+1</b>	68%	=	3%	<b>-1</b>
 EL	26%	<b>+1</b>	74%	<b>-1</b>	0%	=
 AT	96%	<b>+1</b>	4%	<b>-1</b>	0%	=
 BE	97%	=	3%	=	0%	=
 CZ	78%	=	21%	=	1%	=
 DK	87%	=	12%	<b>-1</b>	1%	<b>+1</b>
 CY	73%	=	26%	=	1%	=
 NL	91%	=	9%	=	0%	=
 RO	25%	=	73%	<b>+4</b>	2%	<b>-4</b>
 FI	94%	=	6%	=	0%	=
 UK	85%	<b>-1</b>	14%	<b>+1</b>	1%	=
 FR	88%	<b>-3</b>	11%	<b>+3</b>	1%	=
 SK	50%	<b>-3</b>	49%	<b>+3</b>	1%	=
 ES	77%	<b>-4</b>	22%	<b>+5</b>	1%	<b>-1</b>
 SE	86%	<b>-4</b>	13%	<b>+3</b>	1%	<b>+1</b>
 HR	59%	<b>NA</b>	40%	<b>NA</b>	1%	<b>NA</b>

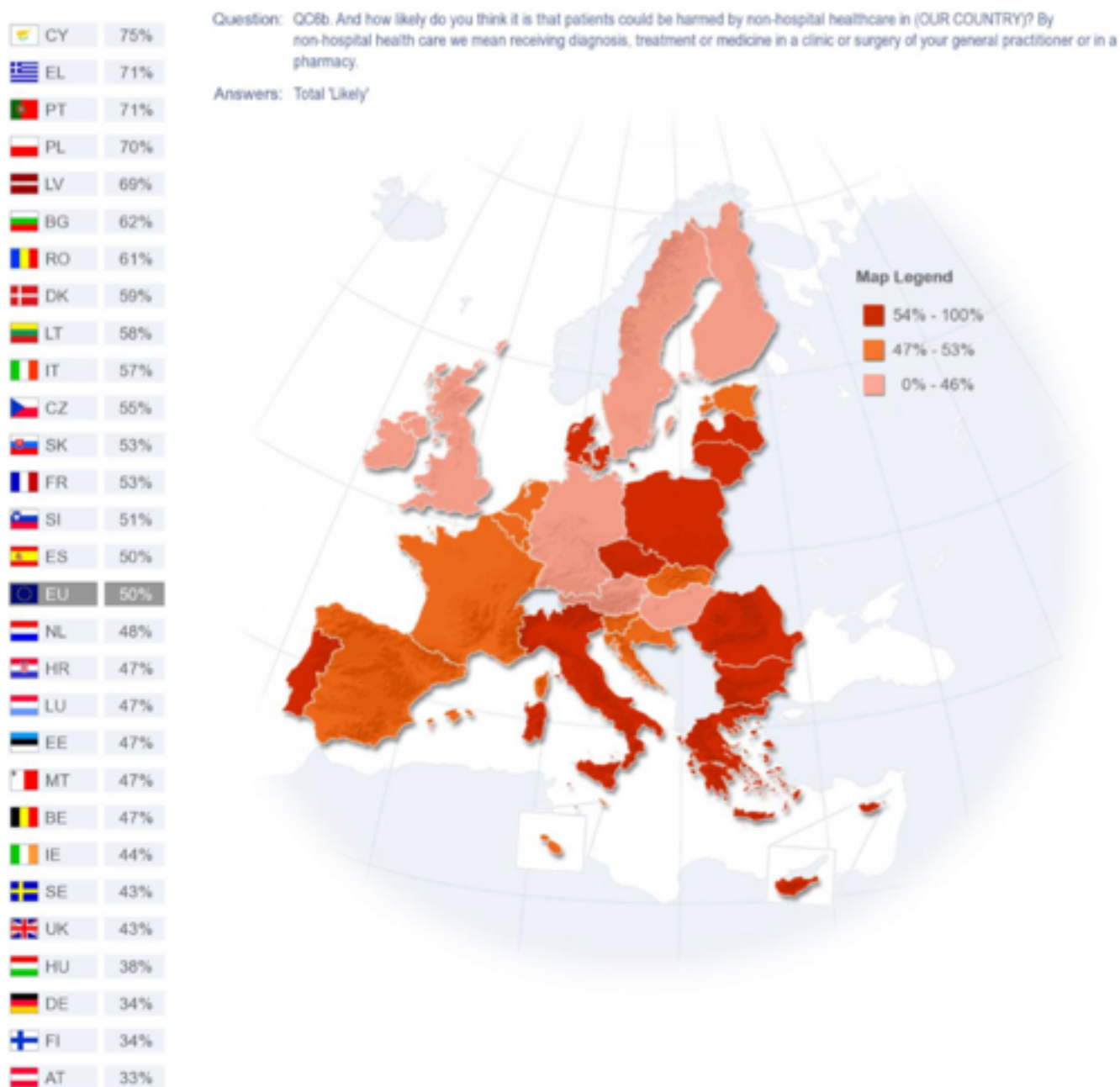
Tabela 4. Istotne parametry wpływające na ocenę jakości [Eurobarometr]

	Medical staff who are well trained	Treatment that works	Modern medical equipment	Respect of a patient's dignity	Proximity of hospital and doctor	Cleanliness at the healthcare facility	No waiting lists to get seen and treated	Healthcare that keeps you safe from harm	Free choice of doctor	Free choice of hospital	A welcoming and friendly environment	Other (SPONTANEOUS)	Don't know
EU28	53%	40%	25%	24%	24%	24%	24%	23%	19%	13%	7%	1%	1%
BE	54%	39%	23%	27%	21%	16%	15%	23%	27%	22%	11%	0%	0%
BG	47%	63%	36%	21%	30%	10%	6%	18%	24%	13%	9%	0%	0%
CZ	46%	49%	39%	24%	26%	15%	19%	13%	23%	16%	12%	0%	0%
DK	58%	48%	27%	21%	32%	16%	41%	17%	12%	16%	5%	0%	0%
DE	63%	35%	25%	21%	20%	37%	9%	29%	28%	18%	2%	0%	0%
EE	56%	45%	36%	20%	20%	11%	39%	9%	15%	6%	16%	2%	0%
IE	47%	27%	18%	15%	35%	37%	43%	26%	15%	10%	5%	0%	1%
EL	47%	49%	35%	34%	12%	24%	33%	19%	16%	13%	6%	1%	0%
ES	57%	30%	29%	19%	28%	10%	47%	21%	12%	11%	5%	1%	1%
FR	51%	40%	29%	20%	49%	24%	17%	17%	21%	14%	8%	0%	0%
HR	40%	56%	25%	21%	30%	13%	41%	12%	17%	12%	10%	0%	0%
IT	41%	36%	23%	31%	14%	18%	24%	26%	19%	12%	10%	0%	1%
CY	58%	37%	30%	35%	7%	25%	23%	25%	32%	9%	5%	0%	0%
LV	47%	51%	39%	27%	24%	9%	9%	18%	19%	9%	7%	2%	1%
LT	56%	50%	42%	18%	14%	9%	24%	14%	25%	12%	6%	1%	0%
LU	53%	33%	20%	22%	34%	23%	20%	11%	34%	12%	8%	2%	0%
HU	47%	39%	35%	23%	21%	15%	35%	22%	17%	10%	6%	1%	0%
MT	65%	27%	15%	37%	14%	39%	29%	16%	21%	4%	6%	0%	0%
AT	61%	42%	36%	25%	23%	20%	11%	34%	21%	15%	7%	0%	0%
NL	66%	46%	11%	29%	26%	13%	23%	34%	18%	20%	3%	1%	0%
PL	34%	56%	29%	22%	16%	8%	41%	22%	18%	12%	11%	1%	2%
PT	45%	33%	22%	34%	29%	26%	27%	12%	15%	11%	8%	0%	1%
RO	53%	36%	23%	29%	26%	23%	12%	10%	28%	13%	12%	1%	1%
SI	52%	31%	20%	25%	26%	8%	47%	14%	24%	10%	13%	0%	0%
SK	35%	54%	37%	27%	19%	13%	23%	32%	22%	12%	10%	0%	0%
FI	60%	53%	14%	16%	28%	12%	54%	13%	14%	8%	9%	1%	1%
SE	69%	43%	20%	26%	55%	17%	35%	7%	11%	5%	7%	0%	0%
UK	63%	40%	18%	23%	16%	47%	23%	30%	10%	10%	8%	1%	1%

Highest percentage per country      Lowest percentage per country  
 Highest percentage per item      Lowest percentage per item

(ROTATION - MAX. 3 ANSWERS)

## Graf. 2. Ocena jakości systemu pozaszpitalnego, mierzona lekiem przed błędną poradą lub szkodą dla pacjenta



## **Bibliografia**

<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401/en/>

### **How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?**

Sara N Bleich <sup>a</sup>, Emre Özaltın <sup>b</sup> & Christopher JL Murray <sup>c</sup>

- a. Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 624 North Broadway, Baltimore, MD, 21205, United States of America (USA).
- b. Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA.
- c. Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, WA, USA.

(Submitted: 19 December 2007 – Revised version received: 31 July 2008 – Accepted: 06 August 2008 – Published online: 04 March 2009.). Bulletin of the World Health Organization 2009;87:271-278. doi: 10.2471/BLT.07.050401

### **Special Eurobarometer 411, REPORT, PATIENT SAFETY AND QUALITY OF CARE**

Fieldwork: November – December 2013 Publication: June 2014