

Piotr Supranowicz, Mirosław J. Wysocki, Justyna Car, Anna Dębska, Anita Gębska-Kuczerowska

## GOTOWOŚĆ MIESZKAŃCÓW WARSZAWY DO WSPÓŁPRACY ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA. I. OPINIE O REFORMIE ZDROWIA

### WILLINGNESS OF WARSAW INHABITANTS TO COOPERATE WITH HEALTH SERVICE. I. OPINIONS ON HEALTH REFORMS

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego  
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

#### STRESZCZENIE

Partycypacja społeczna w podejmowaniu decyzji publicznych jest jednym z głównych wyznaczników dobrego rządzenia. Konieczne wydaje się rozpoznanie, w jakim stopniu ludzie gotowi są włączyć się jako aktywni partnerzy w proces reformowania opieki zdrowotnej. Dlatego też w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego NIZP-PZH podjęto badania mające na celu określenie gotowości obywateli do współpracy z pracownikami służby zdrowia i zebranie ich opinii na temat reformy zdrowia. Ankiety nieadresowane przekazano do 1700 gospodarstw domowych w Warszawie i otrzymano 402 prawidłowo wypełnione. Wyniki naszych badań wskazują, że co czwarty mieszkaniec Warszawy był gotów do uczestniczenia wspólnie z pracownikami służby zdrowia w reformie zdrowia. Gotowość wyższa była w przypadku kobiet, osób starszych, lepiej wykształconych oraz emerytów i rencistów. Respondenci, z perspektywy własnego zdrowia, postrzegali następujące zagadnienia jako wymagające zmiany w czasie reformy zdrowia: łatwiejszy dostęp do leczenia specjalistycznego (60,9%), zmiana systemu ubezpieczeń zdrowotnych (17,3%), obniżenie ceny leków (14,8%), polepszenie jakości usług medycznych (14,0%), łatwiejszy dostęp do badań diagnostycznych (13,6%) i do lekarza pierwszego kontaktu (10,7%), poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego ludzi starych (9,0%), łatwiejsza dostępność i większy zakres badań profilaktycznych (7,4%), ułatwienie leczenia sanatoryjnego (4,1%) i zabiegów rehabilitacyjnych (3,7%).

**Słowa kluczowe:** *reforma zdrowia, służba zdrowia, mieszkańcy Warszawy, partycypacja społeczna*

#### ABSTRACT

Social participation in undertaking public decisions is one of the main determinants of good governance. Recognizing to what extent people are ready to participate in the process of reforming health care as an active partners seems to be necessary. Therefore, in Health Promotion and Postgraduate Education Department of NIPH-NIH the study aimed at examining citizen's willingness to cooperate with health staff and gathering their opinions on health reform was carried out. The not-addressed questionnaires were conveyed to 1700 households in Warsaw and 402 correct completed were received. Our findings indicate that one of four Warsaw citizens was ready to participate jointly with health workers in health reform. The willingness was higher in women, older people, higher educated and pensioners. From perspective of their own health, respondents perceived the following issues as requiring a change in the time of health reform: easier access to specialist treatment (60,9%), changing the health insurance system (17,3%), reduction in medicines price (14,8%), improving the quality of medical services (14,0%), easier access to diagnostic tests (13,6%) and to primary care physicians (10,7%), improving the health and social security of old people (9,0%), easier access and wider range of preventive examinations (7,4%), facilitate the sanatorium treatment (4,1%) and rehabilitation (3,7%).

**Key words:** *health reform, health service, Warsaw inhabitants, social participation*

#### WSTĘP

Obecnie coraz częściej podkreśla się, że prowadzenie efektywnej polityki publicznej wymaga włączenia

obywateli do jej działań. Zasada partycypacji społecznej jest jednym z pięciu kryteriów (obok otwartości, rozliczalności, efektywności i spójności) koncepcji dobrego rządzenia (*good governance*), przyjętej przez Komisję

Europejską (1). Rozumiana jest ona jako szeroki udział społeczeństwa w pracach administracyjnych, na wszystkich poziomach władzy publicznej, a także na wszystkich głównych etapach realizacji polityk publicznych (t.j. definiowania problemu, formułowania rozwiązań, wdrażania i oceny) (2). Również polityka zdrowotna, oparta na takich wartościach, jak powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, sprawiedliwość i solidarność, powinna zmierzać do wzmacniania roli i aktywności obywateli poprzez ich uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji oraz ich wpływ na ten proces, co także znalazło swój wyraz w dokumentach Komisji Europejskiej (3). W przypadku państw Europy Środkowej i Wschodniej podkreśla się, że powinien być promowany taki model reformy zdrowia, który rozszerza zakres i możliwości decydowania jednostki w sferze usług zdrowotnych, a ogranicza zakres i możliwości państwa (4).

Przykład państw, zapewniających opiekę zdrowotną na wysokim poziomie, wskazuje na to, że reformowanie zdrowia nie jest przedsięwzięciem jednorazowym, lecz stałym procesem modyfikowania przyjętych rozwiązań na podstawie analizy ich skuteczności w praktyce (5, 6). Doskonałe teoretycznie rozwiązania nie zawsze sprawdzają się w działaniu. Nawet w przypadku francuskiego systemu opieki zdrowotnej, ocenionego przez WHO w 2000 roku jako najlepszy na świecie, w cztery lata później konieczne stało się jego zreformowanie z powodu rosnących kosztów powiększających deficyt budżetu resortu zdrowia (7). Podobnie uchwalona w 2006 roku reforma systemu opieki zdrowotnej w Holandii, nad którą prace trwały 20 lat, wymaga ulepszenia (8). Szczególne wyzwanie stanęło przed państwami Europy Środkowej i Wschodniej, w których nastąpiły przemiany ustrojowe, zwłaszcza, że infrastruktura zdrowotna w tych państwach była gorsza niż w państwach Europy Zachodniej, a rozpowszechnienie korupcji duże. Najczęściej wskazywanym przez ekspertów polityki zdrowotnej błędem było podejmowanie decyzji bardziej z pobudek politycznych niż opartych na dowodach (9). Podkreśla się również brak konsekwencji w realizacji przyjętego modelu, co dotyczy również Polski (odejście od zasady decentralizacji polityki zdrowotnej i stworzenie NFZ). Ponadto wprowadzanie zmian wbrew opinii społecznej przynosiło wprawdzie krótkotrwałe pozytywne wyniki, lecz w dłuższej perspektywie mogło doprowadzić nawet do kryzysu politycznego (10). Zdaniem ekspertów każde państwo tego regionu powinno budować własny system opieki zdrowotnej oparty na własnych doświadczeniach i możliwościach. W Polsce – podobnie jak w innych państwach – ścierają się różne koncepcje modelu opieki zdrowotnej. Wprowadzane obecnie zmiany zmierzają do urynkwienia opieki zdrowotnej poprzez stworzenie pacjentom możliwości wyboru świadczeniodawcy, niezależność i samodziel-

ność świadczeniodawców, konkurencyjność w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych, mechanizmy finansowe, które mają sprawić, że pieniądź podąży za pacjentem (11, 12). Z drugiej jednak strony model pro-rynkowy poddawany jest krytyce (13, 14).

System opieki zdrowotnej wrażliwy na potrzeby pacjenta (*responsiveness*) wymaga umożliwienia społeczeństwu uczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących polityki zdrowotnej. Reforma zdrowia może przynieść pozytywne efekty jedynie wówczas, gdy jest prowadzona w warunkach dialogu społecznego, w którym racje wszystkich stron są uwzględniane. Istnieje potrzeba opracowania narzędzi, które wzmacniałyby gotowość obywateli do współpracy w tworzeniu i wdrażaniu programów zdrowotnych. Wychodząc naprzeciw tym potrzebom w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny podjęto w 2011 roku badania, których podstawowym celem było stworzenie narzędzia (ankiety) mogącego służyć do badania – przede wszystkim na szczeblu lokalnym – poziomu zdrowia z perspektywy jednostki w jego fizycznych, psychicznych, społecznych i kulturowych uwarunkowaniach, a jednocześnie stwarzałoby uczestnikom możliwość aktywnego włączenia się w przemiany w zakresie opieki zdrowotnej na zasadzie partnerskiej współpracy ze służbą zdrowia. W przedstawionej pracy poddano analizie czynniki społeczno-demograficzne wpływające na gotowość współdziałania ze służbą zdrowia oraz opinie o reformie zdrowia.

## MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzone zostały w okresie kwiecień – lipiec 2011 roku w Warszawie. Ankiety wraz z kopertą zwrotną dostarczono do 1700 gospodarstw domowych znajdujących się w budynkach zasiedlonych w różnym czasie, by uzyskać próbę zróżnicowaną ze względu na wiek i stopień zamożności. Uwzględniono wszystkie dzielnice proporcjonalnie do liczebności ich mieszkańców. Badania były anonimowe, nazwiska adresatów ankiet nie były znane osobom prowadzącym badania. W wybranych do badań budynkach ankiety wraz z kopertami zwrotnymi włożono do skrzynek listowych tych lokatorów, którzy dostarczenie ankiet umożliwili. Udział w badaniach był dobrowolny. Wypełnione ankiety odesłało 406 osób, do badań zakwalifikowano 402 prawidłowo wypełnione ankiety.

Do zebrania danych posłużyła autorska ankieta opracowana w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH (zob. Aneks). We wstępie do ankiety adresaci poinformowani zostali, że celem badań jest stworzenie obywatelom możliwości pełnienia roli

aktywnego partnera służby zdrowia, współtworzącego politykę zdrowotną poprzez przekazywanie własnych opinii i postulatów dotyczących reformy służby zdrowia i innych problemów zdrowotnych oraz zebranie informacji o zdrowiu i jego zaburzeniach postrzeganych przez same jednostki. Oprócz danych demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, stan cywilny), ankieta zawierała 54 pytania zamknięte i 4 otwarte. Pytania zamknięte dotyczyły: 1/ oceny opieki zdrowotnej i socjalnej, jaką badani otrzymali (ogólna ocena otrzymanych świadczeń zdrowotnych, ocena wydatków na leczenie, opinia o zabezpieczeniu emerytalnym, trudności w dostaniu się do lekarza pierwszego kontaktu, ocena stosunku lekarza pierwszego kontaktu do pacjenta, dostępność informacji o leczeniu, częstość korzystania z usług lekarzy prywatnych, ocena usług świadczonych przez lekarzy prywatnych), 2/ zdrowia i jego zaburzeń (samoocena stanu zdrowia, częstość przebywania w domu w ciągu ostatniego roku z powodu choroby, częstość przebywania w szpitalu, częstość kontaktowania się z lekarzem, wystąpienie choroby przewlekłej, samopoczucie fizyczne, psychiczne i wsparcie społeczne), 3/ problemów życiowych doświadczonych w ciągu ostatniego roku, 4/ nałogów (częstość picia i rodzaj alkoholu, upijanie się, częstość i intensywność palenia, próby zaprzestania palenia, częstość przyjmowania narkotyków), masy ciała (dane do obliczenia BMI i WHR). Pytania otwarte dotyczyły reformy zdrowia, ogólnej oceny ankiety i jej zawartości oraz potrzeby prowadzenia takich badań w przyszłości. W artykule przedstawiono opinie respondentów o reformie służby zdrowia. W celu zebrania od respondentów opinii opartych przede wszystkim na ich własnych doświadczeniach i potrzebach, zadano pytanie: „Jakie problemy związane z Pana/Pani zdrowiem i zabezpieczeniem socjalnym powinny być uwzględnione przy wdrażaniu reformy służby zdrowia?”.

## WYNIKI

Gotowość uczestniczenia w badaniach potwierdziły 402 osoby przysyłając wypełnione ankiety. Zwrotność wyniosła 23,6%. W tabeli I przedstawiono rozkład grupy respondentów ze względu na cechy demograficzne. W grupie tej przeważały kobiety (prawie dwukrotnie więcej). Nieliczną grupę stanowiły osoby poniżej 45 roku życia, co trzeci respondent należał do najstarszej grupy wieku (powyżej 64 lat). Ponad połowa uczestników badań posiadała wykształcenie wyższe, a jedynie ok. 10 % wykształcenie niższe niż średnie. Osoby pracujące stanowiły najliczniejszą grupę wyodrębnioną ze względu na aktywność zawodową (prawie 50%). Licznie reprezentowani byli również emeryci i renciści (40%). Dwie trzecie respondentów pozostawało w związkach małżeńskich.

Tabela I. Charakterystyka respondentów  
Table I. Characteristics of respondents

Cechy demograficzne	Badana grupa (N=402)	
	N	%
<b>Płeć</b>		
mężczyźni	153	38,2
kobiety	248	61,8
<b>Wiek</b>		
18-29	44	11,1
30-44	68	17,1
45-64	159	40,1
65 i więcej	126	31,7
<b>Wykształcenie</b>		
podstawowe	13	3,2
zawodowe	31	7,7
średnie	151	37,7
wyższe	206	51,4
<b>Aktywność zawodowa</b>		
uczeń, student	18	4,5
pracujący/a	198	49,5
emeryt, rencista	161	40,2
bezrobotny	11	2,8
pozostający na utrzymaniu innej osoby	12	3,0
<b>Stan cywilny</b>		
samotny/a	49	12,3
w związku małżeńskim	267	66,9
rozwidziony/a	34	8,5
wdowiec/wdowa	49	12,3

Spośród 402 respondentów, którzy nadesłali ankiety, dwustu czterdziestu trzech (60,4%) przesłało swoje uwagi dotyczące problemów związanych ze zdrowiem i zabezpieczeniem społecznym wymagających uwzględnienia przy wdrażaniu reformy służby zdrowia. W tabeli II przedstawiono częstość występowania najważniejszych problemów dostrzeganych przez respondentów. Aż dwie trzecie badanych postulowało konieczność skrócenia czasu oczekiwania na leczenie specjalistyczne. Często również w uwagach respondentów (10 – 17%) pojawiły się takie problemy, jak ułatwienie dostępu do lekarzy pierwszego kontaktu i badań diagnostycznych, obniżenie ceny leków, polepszenie jakości usług leczniczych i konieczność zmiany systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Prawie co dziesiąta osoba dostrzegała potrzebę poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego ludzi starych. W przypadku poprawy jakości usług leczniczych najczęściej zwracano uwagę na polepszenie relacji lekarz-pacjent, a w szczególności na traktowanie pacjenta z większym szacunkiem, życzliwością i troską, wykazywanie większego zainteresowania pacjentem, udzielanie pełnej informacji o jego zdrowiu, punktualność lekarzy, wydłużenie czasu wizyty u lekarza, zwłaszcza lekarza pierwszego

kontaktu. Uwagi respondentów dotyczące zmian systemu ubezpieczeń zdrowotnych wydają się najbardziej cenne. Padły różnorodne propozycje, a część z nich wzajemnie wykluczała się. Duża część respondentów widziała potrzebę likwidacji NFZ lub reorganizacji (zniesienie limitów na usługi zdrowotne, przekazywanie większych środków prywatnym świadczeniodawcom, refundowanie przez NFZ kosztów prywatnych usług leczniczych ponoszonych przez świadczeniobiorców, kontrola NFZ przez zespoły merytoryczne). Postulowano również stworzenie świadczeniobiorcy pełnych możliwości dysponowania składkami na ubezpieczenie zdrowotne poprzez stworzenie indywidualnych kont ubezpieczeniowych (medycznych). Często pojawiała się propozycja prywatyzacji sektora ubezpieczeń zdrowotnych. Komercyjne firmy ubezpieczeniowe byłyby wyłącznym dysponentem składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zgłaszano również potrzebę zwiększenia konkurencji między świadczeniodawcami. Część respondentów widziała potrzebę bezpośredniego udziału pacjentów w kosztach leczenia (wydatków „z własnej kieszeni”). Były również opinie, że należy przywrócić dawny model opieki zdrowotnej finansowanej z budżetu państwa. Ponadto zgłaszano konieczność prowadzenia zintegrowanej informacji o zdrowiu pacjenta poprzez unowocześnienie programów informatycznych, stworzenie wspólnej bazy danych pacjenta, wprowadzenie kart chipowych. Postulowano również zachowanie apolityczności przy reformowaniu służby zdrowia.

Tabela II. Propozycje respondentów dotyczące reformy służby zdrowia

Table II. Respondents proposals for health care reform

Konieczne zmiany	Odpowiedzi respondentów (N=243)	
	n	%
Łatwiejszy dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu	26	10,7
leczenia specjalistycznego	148	60,9
badań diagnostycznych	33	13,6
zabiegów rehabilitacyjnych	9	3,7
leczenia sanatoryjnego	10	4,1
Większa dostępność i rozszerzenie zakresu badań profilaktycznych	18	7,4
Obniżenie ceny leków	36	14,8
Polepszenie jakości usług medycznych	34	14,0
Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego ludzi starych	22	9,0
Zmiana systemu ubezpieczeń zdrowotnych	42	17,3
Inne	16	6,6

## DYSKUSJA

Badania nasze wykazały, że co czwarty mieszkaniec Warszawy gotów byłby aktywnie uczestniczyć w reformowaniu zdrowia poprzez uczestniczenie w programach badawczych, które dają mu możliwość przedstawienia własnych opinii i propozycji. Skalę tej gotowości ocenić można w odniesieniu do partycypacji społecznej w różnych obszarach działalności publicznej. W Polsce partycypacja społeczna w życiu publicznym jest dość niska. Miarą partycypacji społecznej może być udział wyborach czy w referendum, natomiast w działaniach służby zdrowia – udział w programach profilaktycznych czy w badaniach sondażowych zdrowia. Wprawdzie w porównaniu z udziałem w naszych badaniach uczestnictwo obywateli w tak ważnych działaniach, jak wybory prezydenckie czy parlamentarne było ponad dwukrotnie wyższe, to jednak porównywalny był udział w wyborach do parlamentu europejskiego (15). Zgłaszalność osób objętych badaniami profilaktycznymi w przypadku Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (20% – 25%) była porównywalna do udziału mieszkańców Warszawy w naszych badaniach, natomiast w przypadku Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (12% – 16%) była dużo niższa (16). W przypadku badań zdrowia mieszkańców Warszawy prowadzonych zarówno metodą wywiadu kwestionariuszowego jak i badań medycznych, do których imiennie zaproszono wylosowaną grupę, zgłaszalność w przypadku pierwszego wezwania wyniosła 54%, a w przypadku drugiego i trzeciego wezwania – odpowiednio 24% i 10% (17). W ankietowych badaniach zdrowia zbiorowości zwrotność na ogół mieści się w granicach 25% - 50%, przy czym wyższą zwrotność notuje się w badaniach ankietowych adresowanych (18, 19). Partycypacja społeczna w państwach Europy zachodniej jest znacznie wyższa (20). W zdecydowanej większości z nich – pominąwszy państwa, w których głosowanie jest obowiązkowe – frekwencja wyborcza przekracza 80% (21). Zgłaszalność na badania objęte programami prewencji raka piersi i raka szyjki macicy przekraczała 70% (22). Średni udział w badaniach ankietowych również przekraczał 70%, a zwrotność w przypadku ankiet nieadresowanych była o około 10% niższa od tych, w których wykorzystano ankietę adresowaną (23). Reasumując, partycypacja społeczna w działaniach publicznych w Polsce jest ogólnie niska, a gotowość udziału mieszkańców Warszawy w reformowaniu służby zdrowia nie odbiegała od udziału społeczeństwa w innych programach. Zróżnicowanie respondentów ze względu na cechy demograficzne – w porównaniu z populacją Warszawy – wskazywałoby, że gotowość współpracy była wyższa w przypadku

kobiet, osób starszych, lepiej wykształconych oraz emerytów i rencistów (24).

Odsetek respondentów, którzy zgłaszali problemy wymagające zmiany, był znaczny, co świadczyłoby, że potrzeba zaangażowania się w reformowanie zdrowia jest wśród Warszawiaków dość duża. Badani zgłaszali konieczność ułatwienia dostępu do leczenia (zwłaszcza specjalistycznego), rozszerzenia zakresu badań profilaktycznych, obniżenia cen leków, polepszenia jakości usług medycznych i przedstawili różne propozycje zmiany systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Od momentu wprowadzania reformy zdrowia wzbudzała ona umiarkowane zainteresowanie Polaków i raczej pesymistyczne przewidywania. Propozycje zmian były podobne do opisanych w naszych badaniach. Ogólnopolskie badania przeprowadzone w 1998 roku wykazały, że wprawdzie trzy czwarte społeczeństwa widziało potrzebę przeprowadzenia reformy systemu opieki zdrowotnej, ale jedynie co czwarty respondent bardzo interesował się informacjami o reformie, podczas gdy co trzeci wykazywał brak lub małe zainteresowanie. Połowa badanych uważała, że reforma przyniesie korzyści lekarzom, a tylko co trzeci był zdania, że na reformie zdrowia skorzystają pacjenci. Ponad połowa badanych uważała, że wskutek reformy służby zdrowia zmieni się na lepsze stosunek lekarzy do pacjentów, od jednej trzeciej do dwóch piątych Polaków sądziło, że lepszy będzie dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia specjalistycznego i badań diagnostycznych, a jedna piąta spodziewała się obniżenia kosztów leczenia (25). Podobne badania przeprowadzone w 2007 roku wykazały, że aż 80% społeczeństwa uważało, że należy wprowadzić zmiany w systemie opieki zdrowotnej, z czego ponad połowa postulowała wprowadzenie dużych zmian. Najczęściej postulowano ułatwienia dostępu do leczenia (43%), zwłaszcza do leczenia specjalistycznego (26%), zmiany systemu opieki zdrowotnej (22%), zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną (19%), poprawienie jakości leczenia (18%), obniżenie kosztów leczenia (12%) (26). W państwach Europy Zachodniej, mimo przeprowadzenia reform, również zgłaszane są potrzeby zmian niezależnie od systemu finansowania i organizacji opieki zdrowotnej. W Wielkiej Brytanii, w której służba zdrowia finansowana jest z budżetu państwa, po wprowadzeniu reformy opieki rodzinnej, sygnalizowano pogorszenie możliwości skontaktowania się pacjentów z ich lekarzem (27). Natomiast w Holandii, w której dominuje system ubezpieczeń zdrowotnych, po wprowadzeniu reformy ustanawiającej regulowaną konkurencję (*managed competition*) na rynku zdrowia, w dalszym ciągu czas oczekiwania pacjentów poradni specjalistycznych często przekraczał obowiązujące normy, telefoniczny dostęp do lekarza ogólnego był zły, a ponadto w dużej części szpitali zabiegi wymagające szybkiej interwencji chirurgicz-

nej nie były przeprowadzane w wymaganym terminie (28). Poważna potrzeba reorganizacji systemu opieki zdrowotnej istnieje nie tylko w Polsce. Zapewnienie aktywnego udziału obywateli wydaje się być konieczne.

## WNIOSKI

Badania nasze pozwalają sformułować następujące wnioski:

1. Biorąc pod uwagę, że partycypacja społeczna w przedsięwzięciach publicznych jest w Polsce niska, gotowość mieszkańców Warszawy do współdziałania ze służbą zdrowia w reformowaniu systemu opieki zdrowotnej jest dość duża, zwłaszcza wśród tych, którzy częściej korzystają z opieki zdrowotnej – kobiet, osób starszych, emerytów i rencistów.
2. Jakkolwiek struktura respondentów pod względem wykształcenia nie odpowiada strukturze populacji warszawskiej, to dominujący udział respondentów z wykształceniem wyższym (51,4%) i średnim (37,7%) podnosi wartość uzyskanych opinii, jako bardziej pogłębionych i przemyślanych.
3. W opinii respondentów dominującymi propozycjami zmian są: łatwiejszy dostęp do leczenia specjalistycznego (60,9%), zmiana systemu ubezpieczeń zdrowotnych (17,3%), obniżenie ceny leków (14,8%), polepszenie jakości usług medycznych (14,1%).
4. Zwraca uwagę stosunkowo niski (10,7%) odsetek postulujących łatwiejszy dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu. Przeczy to obiegowym opiniom jakoby w Warszawie było łatwiej o opiekę specjalistyczną niż poz.
5. Wskazane jest zapewnienie obywatelom w większym stopniu możliwości przekazywania własnych opinii o potrzebnych zmianach, które powinny być uwzględniane przy wdrażaniu reformy zdrowia, gdyż mogą one być cennym źródłem inspiracji dla twórców reformy.
6. Opracowane przez nas narzędzie, rozszerzone w miarę potrzeby, może być wykorzystane w ramach programów zdrowotnych, realizowanych zwłaszcza na szczeblu lokalnym, jako środek umożliwiający obywatelom aktywne uczestniczenie.

Postulaty mieszkańców Warszawy dotyczące reformy opieki zdrowotnej przekazane zostały Rzecznikowi Praw Pacjenta w czasie spotkania w dniu 22 listopada 2011 roku w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny.

## PIŚMIENNICTWO

1. White Paper: European governance. Brussels: Commission of the European Communities; 2001.
2. Koncepcja "good governance" – refleksje do dyskusji. Warszawa: Min.Rozw.Reg.; 2008.
3. White Paper: Together for health: a strategic approach for the European Union 2008-2013. Brussels: Commission of the European Communities; 2007.
4. Kornai J, Eggleston K. Solidarność w procesie transformacji: reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej. Tł. Awdziej M. Warszawa: Wyd.WSPiZ;2002: 19-34.
5. Henke K-D. The permanent crisis in German Healthcare. Eurohealth 2002;8:26-28.
6. Groenewegen PP, de Jong JD. Dutch health insurance reform: the new role of collectives. Eurohealth 2007;13:10-13,
7. Cases Ch. French health system reform: recent implementation and future challenges. Eurohealth 2006;12:10-11.
8. Van Ginneken E, Schafer W, Kroneman M. Managed competition in the Netherlands: an example for others? Eurohealth 2010;16:23-29.
9. Rechel B, McKee M. Health reform in Central and Eastern Europe and former Soviet Union. Lancet 2009;374:1186-1195.
10. Van Ginneken E, Ottichova A, Gaskins M. User fees in the Czech Republic: the continuing story of a divisive tool. Eurohealth 2010;16:1-3.
11. Kautsch M. Wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej w Polsce. W: Kautsch M, red. Zarządzanie w opiece zdrowotnej: nowe wyzwania. Warszawa: Oficyna Walters Kluwer; 2010: 413-454.
12. Nowicki M. Developing HTA framework in emerging markets: the road ahead: the case of Poland. Eurohealth 2010;16:16-17.
13. Rudawska I. Zawodność mechanizmu rynkowego. Probl Zarządz 2007;3:9-18.
14. Sordyl G, Niżnik J. Dylematy wokół reformy systemu zdrowia w Polsce. Pol Społ 2008;35:22-29.
15. Frekwencja wyborcza. <http://pl.wikipedia.org/wiki/>
16. Leżnicka M, Mierzwa T, Jachimowicz-Wołoszynek i in. System indywidualnych zaproszeń a zgłaszalność kobiet na badania profilaktyczne wykonywane w ramach programów z zakresu profilaktyki onkologicznej. Probl Hig Epidemiol 2009;90:627-630.
17. Chotkowska E, Jasiński B, Kupść W i in. Stan zdrowia ludności Warszawy w roku 2001. Warszawa: Instytut Kardiologii; 2002.
18. Florek M. Jakość pomocy doraźnej i leczenia szpitalnego w ocenie osób poszkodowanych w wypadkach. Zdr Publ 2005;115:303-306.
19. Bielecki W. Samoocena stanu zdrowia a stres: psychologiczne determinanty codziennego funkcjonowania. Zdr Publ 1998;108:405-409.
20. Governance matters 2009: worldwide governance indicators 1996-2009. [www.info.worldbank.org](http://www.info.worldbank.org)
21. Voter turnout. <http://en.wikipedia.org/wiki/>
22. Dowling EC. Breast and cervical cancer screening programme implementation in 16 countries. J Med Scrin 2010;17:139-146.
23. Sitzia J, Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. Int J Qual Health Care 1998;10:311-317.
24. Obszar metropolitalny Warszawy w 2009 r. Kozłowska Z, red. Warszawa: Urząd Statystyczny; 2011: 46-50.
25. Opinie o reformie służby zdrowia. Warszawa: OBOP; 1998.
26. Szczepańska J. Polacy o możliwych zmianach w systemie zdrowia. Warszawa: CBOS; 2007.
27. Campbell SM, Kontopantalis E, Reeves D i in. Changes in patient experiences of primary care reforms in England between 2003-2007. Ann Fam Med. 2010;8:499-506.
28. Van den Berg, Heijnk R, Zwakhals L i in. Health care performance in the Netherlands: easy access, varying quality, rising cost. Eurohealth 2010;16:27-29.

Otrzymano: 23.11.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 20.12.2011 r.

**Adres do korespondencji:**

Dr n.med. Piotr Supranowicz

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego  
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
tel. (022) 54 21 334  
e-mail: [psupranowicz@pzh.gov.pl](mailto:psupranowicz@pzh.gov.pl)

## ANEKS

Ankieta opracowana w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

## Szanowni Państwo

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wzięcie udziału w naszych badaniach. Ankieta jest całkowicie anonimowa i nie ma żadnych możliwości zidentyfikowania osób, które ją wypełnią. Do badań wylosowane zostały budynki, a nie osoby. Ankieta przeznaczona jest dla osób, które ukończyły 18 lat. Do każdej ankiety dołączona jest koperta zwrotna z adresem instytucji prowadzącej badania. Jeśli zdecydowałoby się Państwo wziąć udział w badaniu, to wypełnioną ankietę prosimy włożyć do koperty zwrotnej i odesłać w ciągu najbliższych dwóch tygodni.

Do zapewnienia obywatelom wysokiego poziomu zdrowia nie wystarczą jedynie działania prowadzone przez służbę zdrowia. Każdy z Państwa może pełnić rolę aktywnego partnera pracowników służby zdrowia, współtworzącego z nami politykę zdrowotną. Jednym z narzędzi tworzenia efektywnej polityki zdrowotnej jest zbieranie od Państwa informacji o Waszym zdrowiu i czynnikach mogących mieć wpływ na jego zaburzenia,

a także poznanie Państwa opinii o opiece zdrowotnej i ocenie świadczeń zdrowotnych. Reforma służby zdrowia, która prowadziła do pełnego zaspokojenia Państwa potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem środków, jakie można na to przeznaczyć, wymaga zaangażowania nas wszystkich. Liczy się głos każdego z nas.

Badania prowadzone są przez Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa.

## ANKIETA

Pytania od 1 do 8 dotyczą oceny opieki zdrowotnej i socjalnej oraz świadczeń zdrowotnych, jakie Państwo otrzymali. Proszę wstawić znak X przy właściwej odpowiedzi.

1. Czy Pana/Pani zdaniem obecny system opieki zdrowotnej w wystarczającym stopniu zapewnia Panu/Pani możliwość leczenia się?

- a/ tak, całkowicie .....
- b/ w ograniczonym stopniu .....
- c/ nie .....

2. Jak Pan/Pani ocenia swoje wydatki na leczenie?

- a/ bardzo wysokie .....
- b/ dość wysokie .....
- c/ niskie .....
- d/ nie ponoszę wydatków związanych z leczeniem .....
- e/ nie lecę się .....

3. Czy istniejący system funduszy emerytalnych zapewnia Panu/Pani obecnie (jeśli jest Pan/Pani na emeryturze) lub zapewni w przyszłości (jeśli Pan/Pani nie osiągnął/nie osiągnęła wieku emerytalnego) wystarczająco wysoką emeryturę?

- a/ tak .....
- b/ ograniczonym stopniu .....
- c/ nie .....

4. Czy ma Pan/Pani trudności w bezpłatnym dostaniu się do lekarza pierwszego kontaktu (ogólnego, rodzinnego)?

- a/ często mam duże trudności .....
- b/ czasami mam trudności .....
- c/ nie mam trudności .....
- d/ nie korzystam .....

5. Jak na podstawie własnego doświadczenia ocenia Pan/Pani stosunek do pacjenta lekarza pierwszego kontaktu, u którego Pan/Pani leczy się?

- a/ bardzo pozytywnie .....
- b/ raczej pozytywnie .....
- c/ negatywnie .....
- d/ nie lecę się u lekarza pierwszego kontaktu .....

6. Czy lekarz pierwszego kontaktu, u którego Pan/Pani leczy się, przekazuje informacje o Pana/Pani zdrowiu w sposób wyczerpujący i zrozumiały?

- a/ tak .....
- b/ w ograniczonym stopniu .....
- c/ nie .....
- d/ nie lecę się u lekarza pierwszego kontaktu .....

7. Ile razy w ciągu ostatniego roku (ostatnich dwunastu miesięcy) Pan/Pani korzystał/a z usług lekarzy prywatnych (płatna wizyta)?

- a/ wcale .....
- b/ 1 raz .....
- c/ 2 razy .....
- d/ 3-5 razy .....
- e/ 6 razy lub więcej .....

8. Jeśli korzystał/a Pan/Pani z usług lekarzy prywatnych, jak Pan/Pani ocenia świadczone przez nich usługi?

- a/ bardzo pozytywnie .....
- b/ raczej pozytywnie .....
- c/ negatywnie .....
- d/ nie korzystałem/korzystałam z usług lekarzy prywatnych .....

Pytania od 9 do 35 dotyczą samopoczucia, zdrowia i jego zaburzeń wymagających korzystania z opieki medycznej. Proszę wybrać odpowiedź i wstawić znak X.

9. Jak Pan/Pani ocenia obecnie stan swojego zdrowia?

- a/ bardzo dobrze .....
- b/ raczej dobrze .....
- c/ średnio .....
- d/ raczej źle .....
- e/ bardzo źle .....

10. Ile razy w ciągu ostatniego roku (ostatnich dwunastu miesięcy) pozostawał/a Pan/Pani w domu z powodu choroby?

- a/ wcale .....
- b/ 1 raz .....
- c/ 2 razy .....
- d/ 3-5 razy .....
- e/ 6 razy lub więcej .....

11. Ile razy w ciągu ostatniego roku (ostatnich dwunastu miesięcy) przebywał/a Pan/Pani w szpitalu?

- a/ wcale .....
- b/ 1 raz .....
- c/ 2 razy .....
- d/ 3 razy lub więcej .....

12. Ile razy w ciągu ostatniego roku (ostatnich dwunastu miesięcy) był/a Pan/Pani u lekarza (lub lekarz był wzywany do domu) w związku z Pana/Pani dolegliwościami zdrowotnymi?

- a/ wcale .....
- b/ 1 raz .....
- c/ 2 razy .....
- d/ 3-5 razy .....

e/ 6 razy lub więcej .....

13. Czy choruje Pan/Pani na chorobę przewlekłą i konieczne są regularne wizyty u lekarza?

a/ nie .....

b/ tak .....

14. Czy choruje Pan/Pani na poniższe choroby?

a/ choroby układu krążenia (serce, naczynia krwionośne, nadciśnienie lub inne)

tak ..... nie .....

b/ choroby nowotworowe

tak ..... nie .....

c/ choroby przewodu pokarmowego (owrzodzenie żołądka, dwunastnicy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroby wątroby lub inne)

tak ..... nie .....

d / choroby układu oddechowego (astma, gruźlica, rozedma płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc lub inne)

tak ..... nie .....

e/ cukrzyca

tak ..... nie .....

f/ choroby reumatyczne

tak ..... nie .....

g/ depresja, nerwica, choroba psychiczna, inne zaburzenia psychiczne

tak ..... nie .....

h/ zaburzenia hormonalne (tarczycy lub innych gruczołów dokrewnych)

tak ..... nie .....

i/ choroba zawodowa

tak ..... nie .....

j/ uczulenie (alergia)

tak ..... nie .....

k/ inne choroby (proszę podać jakie) .....

Jak często odczuwa Pan/Pani wymienione w poniższej tabeli dolegliwości fizyczne? Proszę wstawić znak X w odpowiednią kratkę przy każdej pozycji.

Dolegliwości fizyczne	Bar- dzo często	Dość często	Cza- sami	Rzad- ko	Wca- le
15. Ból głowy					
16. Przemęczenie					
17. Ból brzucha, żołądka					
18. Kołatanie serca					
19. Ból stawów					
20. Ból pleców, kręgosłupa					
21. Kłopoty ze snem					

Jak często odczuwa Pan/Pani negatywne odczucia psychiczne? Proszę wstawić znak X w odpowiednią kratkę przy każdej pozycji.

Negatywne odczucia psychiczne	Bar- dzo często	Dość często	Cza- sami	Rzad- ko	Wca- le
22. Lęk, niepokój					
23. Poczucie winy					
24. Bezradność					
25. Zniechęcenie, beznadziejność					
26. Przygnębienie, smutek					
27. Niezadowolenie z siebie					
28. Gniew, złość, irytację					

Proszę określić, w jakim stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniami umieszczonymi w poniższej tabeli. Proszę wstawić znak X w odpowiednią kratkę przy każdej pozycji.

Stwierdzenia	Zde- cydo- -wa- nie tak	Ra- czej tak	Trud- no po- wie- dzieć	Ra- czej nie	Zde- cydo- -wa- nie nie
29. Czuję się bezpiecznie w życiu codziennym					
30. Często kontakty z innymi ludźmi sprawiają mi trudności					
31. Mogę liczyć na pomoc bliskich osób					
32. Często czuję się samotny / samotna					
33. Często ludzie krytykują mnie					
34. Lubię przebywać z ludźmi					
35. Czuję się doceniany/-a przez innych ludzi					

Bardzo ważną przyczyną powodującą zaburzenia zdrowia jest stres przeżywany w związku z negatywnymi zdarzeniami życiowymi. Pytania od 36 do 43 dotyczą różnych problemów, które mogą pojawiać się w życiu codziennym. Prosimy o określenie, czy Państwo doświadczyci tych problemów.

Czy w ciągu ostatniego roku (ostatnich dwunastu miesięcy) Pan/Pani zetknął/zetknęła się z problemami, które były dla Pana/Pani poważne:

36. Kłopoty rodzinne

tak ..... nie .....

37. Brak pieniędzy

tak ..... nie .....

38. Brak możliwości wypoczynku

tak ..... nie .....



39. Kłopoty w pracy (w szkole, na studiach)  
 tak ..... nie ..... nie pracuję (nie uczę się, nie studiuje) .....
40. Trudne warunki mieszkaniowe  
 tak ..... nie .....
41. Zetknięcie się z przemocą, napadem, okradzeniem  
 tak ..... nie .....
42. Konieczność ograniczenia życia towarzyskiego  
 tak ..... nie .....
43. Inne problemy (proszę podać jakie) .....

Pytania od 44 do 50 dotyczą spożywania substancji, które mogą szkodzić zdrowiu. Jeśli Pan/Pani zdecyduje, że nie chce odpowiedzieć na te pytania, proszę je opuścić.

44. Jak często w ciągu ostatniego roku Pan/Pani pił/a alkohol (piwo, wino, wódka i inne)?  
 a/ codziennie .....  
 b/ co najmniej raz w tygodniu, ale rzadziej niż raz dziennie .....  
 c/ co najmniej raz w miesiącu, ale rzadziej niż raz w tygodniu .....  
 d/ rzadziej niż raz w miesiącu .....  
 e/ nie piłem/nie piłam alkoholu .....
45. Jeśli pije Pan/Pani alkohol, to jakiego rodzaju Pan/Pani pije. Proszę przy każdym rodzaju alkoholu, jaki Pan/Pani pije, wstawić X. Jeśli Pan/Pani nie pije alkoholu, proszę opuścić to pytanie.  
 a/ piwo  
 tak ..... nie .....  
 b/ wino gronowe lub owocowe, szampan, miód pitny  
 tak ..... nie .....  
 c/ wódkę, inne spirytusowe napoje alkoholowe, koniak  
 tak ..... nie .....
46. Czy w ciągu ostatniego roku zdarzyło się Panu/Pani być w stanie nietrzeźwym?  
 a/ nie .....  
 b/ 1 raz .....  
 c/ 2 razy .....  
 d/ więcej niż 2 razy .....
47. Jak często Pan/Pani pali papierosy?  
 a/ codziennie .....  
 b/ co najmniej raz w tygodniu, ale rzadziej niż raz dziennie .....  
 c/ co najmniej raz w miesiącu, ale rzadziej niż raz w tygodniu .....  
 d/ rzadziej niż raz w miesiącu .....  
 e/ nigdy nie paliłem/nie paliłam papierosów .....  
 f/ rzuciłem/rzuciłam palenie .....
48. Jeśli Pan/Pani pali papierosy codziennie, to ile papierosów Pan/Pani wypala?  
 a/ mniej niż 10 papierosów dziennie .....  
 b/ około 10-20 papierosów dziennie .....  
 c/ powyżej 20 papierosów dziennie .....

49. Jeśli obecnie Pan/Pani pali papierosy, to czy próbował/a Pan/Pani kiedykolwiek rzucić palenie?  
 a/ tak ..... (ile razy .....)  
 b/ nie .....
50. Czy zdarzyło się Panu/Pani używać środki pobudzające, odprężające, halucynogenne, takie jak dopalacze, amfetamina, kokaina, morfina, marihuana, ecstasy, LSD itp.?  
 a/ często używam .....  
 b/ używam od czasu do czasu .....  
 c/ próbowałem/próbowałam 1-2 razy .....  
 d/ nigdy nie używałem/nie używałam narkotyków .....

Jeśli zna Pan/Pani swoją wagę, wzrost, obwód w talii i obwód w biodrach, to proszę je podać:

51. Waga.....kg  
 52. Wzrost.....cm  
 53. Obwód w talii.....cm  
 54. Obwód w biodrach.....cm

Poniższe pytania dotyczą danych demograficznych.

1. Płeć: mężczyzna ..... kobieta .....
2. Wiek: ..... lat
3. Wykształcenie:  
 a/ podstawowe .....  
 b/ zawodowe .....  
 c/ średnie .....  
 d/ wyższe .....
4. Aktywność zawodowa:  
 a/ uczeń, student .....  
 b/ pracujący/pracująca .....  
 c/ emeryt, rencista .....  
 d/ bezrobotny .....  
 e/ pozostający/a na utrzymaniu innej osoby (nie zarejestrowany/a jako bezrobotny/a) .....
5. Aktualny stan cywilny:  
 a/ samotny/samotna .....  
 b/ w związku małżeńskim, w stałym związku partnerskim .....  
 c/ rozwiedziony/rozwiedziona .....  
 d/ wdowiec/wdowa .....

Poniższe pytania służą do zebrania Państwa opinii o opiece zdrowotnej, jej reformie oraz problemach objętych naszymi badaniami. Przekazane przez Państwa uwagi będą dla nas cennym materiałem do poznania potrzeb zdrowotnych i oczekiwań obywateli wobec służby zdrowia.

Jakie problemy związane z Pana/Pani zdrowiem i zabezpieczeniem socjalnym powinny być uwzględnione przy wdrażaniu reformy służby zdrowia?

.....

.....  
Jak ogólnie ocenia Pan/Pani naszą ankietę?

.....  
.....  
..Czy Pana/Pani zdaniem ankietę powinna obejmować inne problemy, które nie znalazły się w jej obecnej wersji? Proszę podać, jakie problemy powinny znaleźć się w ankiecie.

.....  
.....  
Czy Pana/Pani zdaniem badania te powinny być powtarzane?

.....  
.....  
Dziękujemy za wypełnienie ankiety i udział w badaniach.