

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydział Nauk o Zdrowiu

Karolina Piekarska

**Wpływ jakości opieki zdrowotnej na wybór szpitala.  
Jak ogólnodostępne informacje nt. jakości mogą determinować decyzje  
podejmowane przez pacjentów?**

*Praca doktorska*

Promotor: Prof. dr hab. n. med. Marek Wojtukiewicz

Pracę wykonano w Klinice Onkologii

Kierownik jednostki Prof. dr hab. n. med. Marek Wojtukiewicz

Białystok, 2023 rok

## *Podziękowania*

*Dziękuję Profesorowi Markowi Wojtukiewiczowi za okazaną życzliwość i zaangażowanie oraz nieocenione wsparcie na wszystkich etapach realizacji pracy.*

*Dziękuję również mojemu serdecznemu przyjacielowi Piotrowi Bednarowskiemu, który przekonał mnie, że dam radę i od początku wierzył w powodzenie tego projektu oraz Pawłowi Piekarskiemu, który poświęcił swój cenny czas i umożliwił mi przeprowadzenie badania na panelu badawczym ReaktorOpinii.pl. Bez Was ta rozprawa nie mogłaby powstać.*

*Jednocześnie pragnę dedykować niniejszą rozprawę mojej rodzinie, mężowi Cezaremu oraz dzieciom, Kalinie i Krzysztofowi, którzy cierpliwie znosili domowe niedociągnięcia w czasie powstawania tej pracy.*

*Karolina Piekarska*

## Spis treści

Wykaz skrótów .....	5
I. Wstęp.....	7
1.1. Znaczenie jakości w polityce zdrowotnej .....	11
1.2. Definicja jakości opieki zdrowotnej .....	13
1.3. Modele oceny jakości opieki zdrowotnej.....	16
1.4. Jakość opieki zdrowotnej z perspektywy pacjentów .....	20
1.5. Angażowanie pacjentów w proces poprawy jakości.....	25
1.6. Znaczenie udostępniania danych nt. jakości opieki zdrowotnej .....	29
1.7. Działania na rzecz poprawy jakości w polskim systemie opieki zdrowotnej .....	31
II. Założenia i cel pracy.....	40
2.1. Przedmiot badań.....	40
2.2. Cele pracy .....	40
2.3. Pytania i hipotezy badawcze .....	41
III. Materiał i metodyka badań .....	46
3.1. Organizacja i przebieg badania .....	46
3.2. Dobór badanej próby.....	47
3.3. Opis metod i narzędzi badawczych.....	48
IV. Wyniki .....	50
4.1. Charakterystyka badanej próby.....	50
4.1.1. Socjodemograficzny opis badanej próby .....	50
4.1.2. Charakterystyka badanej próby pod względem pozostałych parametrów .....	53
4.2. Wyniki testowania hipotez badawczych .....	59
4.2.1. Czas oczekiwania na hospitalizację planowaną a wymagania dotyczące jakości szpitala .....	59
4.2.2. Odległość szpitala od miejsca zamieszkania a wymagania dotyczące jakości szpitala. ....	70

4.2.3. Postrzeganie jakości opieki zdrowotnej a czynniki socjodemograficzne .....	74
4.2.4. Schorzenie będące przyczyną hospitalizacji a definiowanie jakości opieki zdrowotnej. ....	79
4.2.5. Znaczenie jakości w procesie podejmowania decyzji w porównaniu do innych kryteriów .....	81
V. Dyskusja .....	87
VI. Wnioski .....	113
VII. Streszczenie w języku polskim.....	115
VIII. Streszczenie w języku angielskim .....	119
IX. Wykaz piśmiennictwa.....	122
X. Wykaz tabel .....	143
XI. Wykaz rycin.....	145
XII. Aneks.....	146
Kwestionariusz ankiety .....	146
Rekomendacja Komisji Bioetycznej.....	155

## Wykaz skrótów

<b>ADI</b>	The Area Deprivation Index
<b>AHRQ</b>	Agency for Healthcare Research and Quality
<b>AOTMiT</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>BCU</b>	Breast Cancer Unit
<b>BIP</b>	Biuletyn Informacji Publicznej
<b>CABG</b>	Coronary artery bypass graft surgery
<b>CAHPS</b>	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
<b>CAWI</b>	Computer Assisted Web Interview
<b>CI</b>	Confidence Interval
<b>CMJ</b>	Centrum Monitorowania Jakości
<b>CMS</b>	Centers for Medicare & Medicaid Services
<b>CRC</b>	Colorectal cancer
<b>DID</b>	Difference in differences
<b>EPF</b>	European Patient Forum
<b>EU</b>	European Union
<b>FTR</b>	Failure to rescue
<b>HHI</b>	The Herfindahl-Hirschman Index
<b>IOM</b>	Institute of Medicine
<b>IQTIG</b>	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
<b>KOM</b>	Krajowy Ośrodek Monitorujący
<b>KSO</b>	Krajowa Sieć Onkologiczna
<b>NIK</b>	Najwyższa Izba Kontroli
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>NQF</b>	National Quality Forum
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>PKJPA</b>	Programu Kontroli Jakości Pracy Ankieterów
<b>POChP</b>	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
<b>PROM</b>	Patient Reported Outcome Measures
<b>PZH</b>	Państwowy Zakład Higieny
<b>QPP</b>	The Quality of Care from the Patients' Perspective

<b>SAF</b>	Standard Analytic Files
<b>SDGs</b>	Sustainable Development Goals
<b>TEPs</b>	Technical Expert Panels
<b>UK</b>	United Kingdom
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WOM</b>	Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące

## I. Wstęp

Opieka zdrowotna wysokiej jakości to taka, w której zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe są zorganizowane w możliwie najbardziej efektywny sposób. Oznacza to działania mające na celu zaspokojenie potrzeby społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz pewność, że opieka ta spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności. Zagadnienia związane z jakością w opiece zdrowotnej w Polsce są zawarte między innymi w ustawach, rozporządzeniach i zarządzeniach. (...) Na jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej składają się w szczególności:

- standardy dotyczące warunków lokalowych (budynku), czyli minimalne normy, które musi spełniać pomieszczenie, aby można było w nim udzielać danych świadczeń w określonym zakresie,
- standardy wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w związku z rodzajem udzielanych świadczeń – to wymagania obowiązujące podmioty ubiegające się o umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia i wymagane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych,
- standardy dotyczące personelu medycznego odnoszące się do minimalnych kwalifikacji personelu oraz normy zatrudnienia [1].

Monitorowanie jakości w polskim systemie opieki zdrowotnej na przestrzeni ostatnich lat staje się jedną z coraz częściej poruszanych kwestii w debacie publicznej. Za przykład mogą posłużyć chociażby działania prowadzone na rzecz poprawy diagnostyki i leczenia onkologicznego zapoczątkowane wprowadzeniem tzw. pakietu onkologicznego w 2015 r. Zmiany w sposobie organizacji opieki nad pacjentami onkologicznymi oraz uruchomienie tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” dla pacjentów z chorobami nowotworowymi nie przyniosły jednak oczekiwanych rezultatów [2]. W lipcu 2017 r. Najwyższa Izba Kontroli (NIK) opublikowała raport oceniający skuteczność zmian organizacyjnych wprowadzonych w ramach pakietu onkologicznego. W ocenie NIK uruchomienie tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej nie doprowadziło do istotnej poprawy w zakresie jakości udzielanych świadczeń [2]. W związku z tym, w kolejnych latach trwały dalsze prace legislacyjne związane z poprawą jakości opieki nad pacjentami onkologicznymi. Następstwem tych prac było wejście w życie dwóch, z pozoru kluczowych na tamten moment, obwieszczeń Ministra Zdrowia. Obie regulacje weszły w życie w lipcu 2018 r. Dotyczyły diagnostyki i leczenia chorych na raka piersi. Miały one zapoczątkować monitorowanie i ocenę stanu diagnostyki oraz leczenia

onkologicznego w Polsce w sposób ustrukturyzowany. Pierwsze z nich wprowadzało mierniki oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego [3], drugie zaś zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia chorych na raka piersi [4]. Istotnym ograniczeniem obu obwieszczeń był fakt, że zostały one opracowane jako akty jednorazowe. Mianowicie do żadnego z nich nie została opublikowana metodyka, zawierająca informacje na temat sposobu opracowania przedmiotowych dokumentów oraz w jaki sposób i w jakich interwałach czasowych treści w nich zawarte będą poddawane aktualizacji oraz walidacji. Wiadomym jest, że wytyczne praktyki klinicznej czy też zalecenia postępowania opracowywane przez towarzystwa naukowe podlegają aktualizacji, zaś w przypadku zaleceń ujętych w obwieszczeniu nie było wzmianki na ten temat. Kolejnym krokiem do poprawy jakości opieki nad chorymi na raka piersi było wejście w życie zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wprowadzających tzw. Breast Cancer Units (BCU) [5]. Zatem od 2019 r. w polskim systemie opieki zdrowotnej możliwe było prowadzenie oceny jakości opieki onkologicznej nad chorymi na raka piersi, jednak wyłącznie w teorii. Przepisy określone w art. 32 c (obecnie uchylony) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [6], jasno wskazywały terminy obliczania i przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) informacji na temat osiągniętych wskaźników efektywności, natomiast dane gromadzone przez NFZ nie były publikowane do wiadomości publicznej. Niemalże równoległe z wyżej wskazanymi aktami prawnymi procedowane było rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, którego celem była między innymi ocena jakości i efektywności opieki onkologicznej na terenie województw wybranych do realizacji programu [7]. Rozporządzenie to wprowadzało dodatkowo szereg mierników, część o charakterze ogólnym i część dedykowaną konkretnym rozpoznaniom włączonym do pilotażu. Programem mogły zostać objęte osoby, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano jeden z 5 najczęściej występujących złośliwych nowotworów narządowych, tj.: gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca. Poza miernikami, które miały charakter typowo kliniczny, wprowadzono również wskaźniki realizacji pilotażu. W początkowych założeniach pilotaż miał trwać 18 miesięcy od dnia następującego po dniu podpisania z Funduszem przez świadczeniodawców zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu realizacji pilotażu, jednak czas jego trwania był trzykrotnie przedłużany i ostatecznie program pilotażowy zakończył się w marcu 2023 r. [8–10]. Zgodnie z przepisami określonymi w § 12 ust. 6 rozporządzenia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad

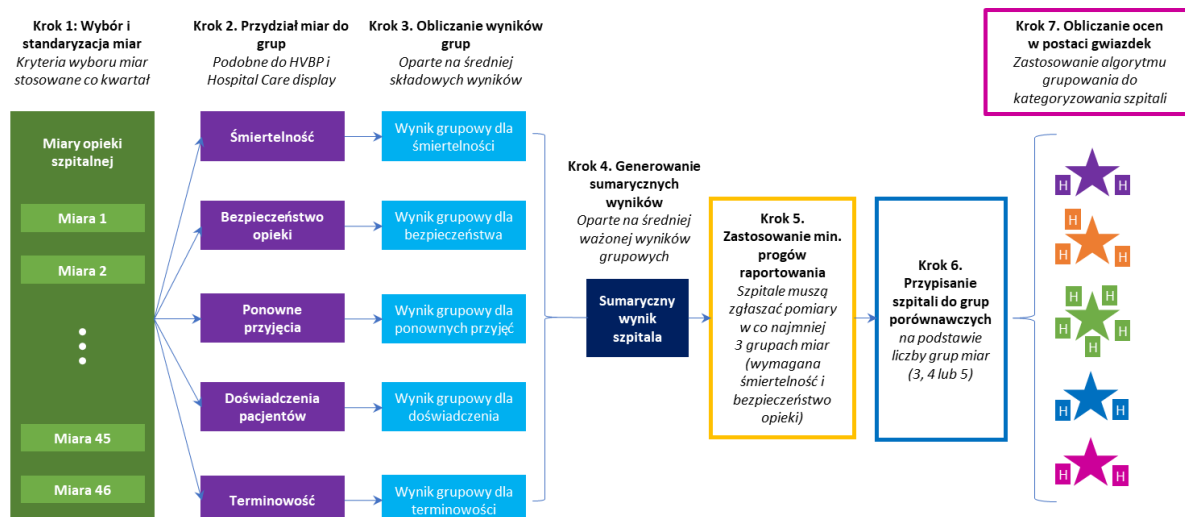


świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, Prezes Funduszu powinien sporządzić we współpracy z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym raport końcowy zawierający analizę i ocenę realizacji pilotażu [7]. Raport ten powinien zostać opublikowany do wiadomości publicznej w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP) na stronie Funduszu. Mając na uwadze terminy wskazane w przedmiotowym rozporządzeniu, raport końcowy powinien zostać opublikowany w BIP NFZ do końca lipca 2023 r., zaś wnioski z niego płynące powinny zostać uwzględnione w procedowanej ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej. Tak się jednak nie stało, raport końcowy z realizacji pilotażu został opublikowany na stronie NFZ dopiero w grudniu 2023 r. Natomiast, niemalże natychmiast po zakończeniu programu pilotażowego, w drugim kwartale 2023 r. weszły w życie przepisy regulowane przez ustawę o Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), które w teorii, powinny zaimplementować do systemu rozwiązania wypracowane w ramach pilotażu [11]. W tym samym roku procedowany był również kolejny akt prawny o istotnym znaczeniu dla polskiego systemu opieki zdrowotnej, mianowicie ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Przyjęcie powyższego dokumentu było procesem długotrwałym i niepozbawionym kontrowersji. W dniu 22.07.2021 r. został opublikowany pierwszy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta [12]. Projekt ten długo był przedmiotem prac legislacyjnych, dopiero po rozpatrzeniu i uwzględnieniu wielu uwag został przekazany do Sejmu w grudniu 2022 r. W marcu 2023 r. Senat odrzucił projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, następnie w maju 2023 r. do Sejmu wpłynął poselski projekt tejże ustawy gdzie następnie miesiąc później został przyjęty, po czym po przekazaniu projektu do Senatu został on ponownie odrzucony. Główne zastrzeżenia Izby dotyczyły natury konstytucyjnej, systemowej oraz merytorycznej przedstawionego projektu [13]. Ostatecznie w lipcu 2023 r. Sejm odrzucił uchwałę Senatu w sprawie odrzucenia ustawy o jakości i przekazał ją Prezydentowi RP do podpisu. Zgodnie z przyjętymi założeniami, regulacje wprowadzone niniejszą ustawą powinny przyczynić się do wypracowania przejrzystej metodyki opracowywania, mierzenia, publikowania wyników oraz ewaluacji wskaźników jakości [14].

Wspomniane powyżej dokumenty wprowadziły nowe zasady w zakresie gromadzenia oraz publikowania informacji na temat jakości opieki realizowanej przez poszczególne podmioty lecznicze. Dodatkowo tworzone są dedykowane struktury informatyczne (np. rejestr zdarzeń niepożądanych) czy struktury administracyjne odpowiedzialne za monitorowanie jakości świadczeń zdrowotnych, np. Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń w NFZ [15]. Ówczesny Minister Zdrowia Adam Niedzielski wielokrotnie w swoich

publicznych wypowiedziach podkreślał znaczenie jakości i w tym kierunku planowany był dalszy rozwój resortu. Obecnie głównym źródłem wiedzy na temat jakości leczenia są portale internetowe, na których pacjenci mogą oceniać lekarzy korzystając z systemu tzw. gwiazdek. Na portalach tych publikowane są subiektywne opinie pacjentów, którzy po przebytej wizycie dzielą się swoimi odczuciami i spostrzeżeniami. Nie funkcjonuje natomiast ogólnodostępny portal, w którym w spójny sposób analizowane są dane nt. jakości dla wszystkich polskich szpitali. Jak wspomniano powyżej, problematyka jakości opieki zdrowotnej stanowi bardzo istotny element debaty publicznej w ostatnich latach, zarówno z perspektywy szpitali jako dostawców usług medycznych, jak również z perspektywy płatnika, który coraz częściej premiuje jakość udzielanych świadczeń medycznych.

W związku z tym, warto również przyjrzeć się postrzeganiu jakości przez społeczeństwo oraz podjąć próbę odpowiedzi na pytanie jakie czynniki wpływają na decyzję podejmowaną przez przyszłych pacjentów a także czym dla Polaków jest wysoka jakość opieki medycznej? Czy dla każdego oznacza to samo? Obecnie decydenci nie dysponują wiedzą jakiego wyboru dokonałby pacjent w systemie, w którym miałby pełną informację na temat wskaźników jakości osiągniętych przez szpitale. Czy czas oczekiwania na świadczenia nadal byłby istotnym czynnikiem determinującym wybór placówki prowadzącej leczenie? Jak dostęp do informacji na temat osiągniętych przez szpitale wskaźników jakości wpłynąłby na sposób podejmowania decyzji przez przyszłych pacjentów? W 2016 r. w Stanach Zjednoczonych *The US Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) opublikowało pierwszą listę ocen w ramach *Medicare Overall Hospital Star Ratings Program*, aby pomóc konsumentom w podejmowaniu bardziej świadomych decyzji, dając im sposób na porównywanie szpitali w oparciu o oceny jakości [16]. Medicare to federalny program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób w wieku 65 lat lub starszych, a także dla niektórych osób poniżej 65 roku życia z określonymi niepełnosprawnościami lub schorzeniami. Medicaid to wspólny program federalny i stanowy, który pomaga pokryć koszty leczenia osobom o niskich dochodach i zasobach. Medicare i Medicaid mają różne kryteria kwalifikowalności, zakres świadczeń i zasady finansowania [17]. Ogólna ocena gwiazdkowa jakości szpitala (Overall Star Rating) podsumowuje różnorodne wskaźniki w 5 obszarach jakości w jedną ocenę gwiazdkową dla każdego szpitala. Po spełnieniu progów raportowania, ogólna ocena gwiazdkowa szpitala jest obliczana z wykorzystaniem tylko tych wskaźników, dla których dostępne są dane [18]. Na Ryc. 1 przedstawiono w jaki sposób tworzony jest CMS Star Ratings. Metodyka opracowywania rankingu może być opisana w siedmiu krokach [19].



**Ryc. 1 Siedem kroków aktualnej metodyki opracowywania ogólnej oceny gwiazdkowej jakości szpitali**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Overall Hospital Quality Star Rating on Hospital Compare Public Input Request February 2019*, zaktualizowane do metodologii obowiązującej w 2023 r. [18]

Rok 2023 może być przez niektórych uważany za przełomowy jeżeli chodzi o uregulowania prawne związane z jakością świadczonych usług medycznych. Obecnie przed polskim systemem opieki zdrowotnej stoją wyzwania związane z przejściem z płaszczyzny teoretycznej na płaszczyznę praktyczną w zakresie monitorowania i oceny jakości. Bazując na doświadczeniach krajów, które od lat dokonują systematycznej oceny jakości opieki medycznej w niniejszej rozprawie podjęta zostanie próba oceny wpływu zmian w zakresie gromadzenia oraz publikowania informacji na temat jakości na decyzje podejmowane przez przyszłych pacjentów. Czy należy się spodziewać, że zmianie ulegnie model podejmowania decyzji w zakresie wyboru szpitala i jakie ewentualne następstwa dla systemu mogą się z tym wiązać?

### 1.1. Znaczenie jakości w polityce zdrowotnej

Rozważania na temat jakości opieki zdrowotnej stanowią jeden z najczęściej cytowanych elementów polityki zdrowotnej, znajdując się aktualnie na szczycie agendy decydentów na poziomie krajowym, europejskim i międzynarodowym [20–23]. Na poziomie krajowym, podejście do kwestii jakości opieki zdrowotnej może być motywowane różnymi powodami – od ogólnego zaangażowania w zapewnienie opieki zdrowotnej wysokiej jakości jako dobra publicznego, przez nowe podejście do wyników pacjentów w kontekście popularnych koncepcji opartych na wartości opieki zdrowotnej, aż po identyfikację konkretnych problemów z jakością opieki zdrowotnej.

Na poziomie europejskim, Konkluzje Rady Europejskiej dotyczące Wspólnych Wartości i Zasad w Systemach Ochrony Zdrowia Unii Europejskiej podkreślają, że „nadrzędne wartości, takie jak powszechność, dostęp do dobrej jakości opieki, sprawiedliwość i solidarność, zostały powszechnie zaakceptowane w pracach różnych instytucji UE” [24]. Komisja Europejska [20,25] również uznaje jakość za istotny element funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Na arenie międzynarodowej jakość zdobywa coraz większą uwagę w kontekście Celów Zrównoważonego Rozwoju (ang. *Sustainable Development Goals* - SDGs), jako że SDGs obejmują imperatyw „osiągnięcia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, w tym ochrony przed ryzykiem finansowym, dostępu do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej oraz dostępu do bezpiecznych, skutecznych, jakościowych i przystępnych cenowo podstawowych leków i szczepionek”. To znajduje odzwierciedlenie w dwóch raportach Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization* - WHO) opublikowanych w 2018 r., podręczniku dotyczącym krajowych polityk i strategii jakości [22] oraz przewodniku mającym na celu ułatwienie globalnego rozumienia jakości jako części aspiracji do powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej [23].

Chociaż dostępne piśmiennictwo naukowe na temat jakości opieki zdrowotnej jest już bardzo obszerne, to nadal trudno jest je usystematyzować i uporządkować. Badania nad jakością opieki zdrowotnej skoncentrowane są na wielu różnych podejściach i strategiach zapewnienia lub poprawy jakości opieki zdrowotnej, często koncentrując się na konkretnych organizacjach (szpitalach, ośrodkach zdrowia, praktykach) lub konkretnych obszarach opieki (opieka nad pacjentami w stanach nagłego zagrożenia życia, opieka nad matkami itp.). Ta baza dowodów przyczyniła się do lepszego zrozumienia skuteczności określonych interwencji w określonych warunkach dla określonych grup pacjentów. Niemniej jednak, dostępne piśmiennictwo rzadko zajmuje się pytaniem o przewagę poszczególnych strategii i zwykle nie dostarcza wskazówek dla decydentów, którą strategię należy wdrożyć w określonym kontekście [26].

Ponadto, pomimo ogromnej bazy artykułów naukowych i ogólnego uznanego znaczenia jakości opieki zdrowotnej, nie istnieje powszechne rozumienie terminu „jakość opieki zdrowotnej”, a co za tym idzie, istnieje wiele różnic w definicjach tego terminu. Dlatego też, w oparciu o pracę Avedisa Donabediana [27], aby oceniać i poprawiać jakość, niezbędne jest zrozumienie, czym ona jest.

## 1.2. Definicja jakości opieki zdrowotnej

Aby móc podjąć jakiegokolwiek rozważania na temat wpływu jakości na decyzje podejmowane przez pacjentów należy zacząć od wyjaśnienia czym tak naprawdę jest jakość opieki zdrowotnej. W tym miejscu warto przytoczyć jednego z najbardziej znanych badaczy zajmujących się jakością, mianowicie Avedisa Donabediana, którego prace miały ogromny wpływ na rozwój teorii i praktyki oceny jakości opieki medycznej. W artykule *Evaluating the Quality of Medical Care* z 1966 r. Donabedian [27] wskazuje, że definicja jakości może być praktycznie czymkolwiek, czego ktoś sobie życzy, chociaż zazwyczaj jest odzwierciedleniem obecnych wartości i celów w systemie opieki zdrowotnej oraz w szerszym społeczeństwie, którego jest częścią. Z racji na to, że jest to pojęcie niezwykle trudne do zdefiniowania w niniejszym rozdziale przybliżone zostaną najczęściej przytaczane w piśmiennictwie definicje jakości. Jak wcześniej wspomniano, piśmiennictwo w tym przedmiocie jest bardzo obszerne, a jednocześnie trudne do usystematyzowania. W zależności od paradygmatu dyscyplinarnego jakość może być rozumiana w różny sposób, przy użyciu różnych terminów, etykiet i modeli. Tam, gdzie wydaje się, że jest zgoda, brak jest konsensusu w kwestii definicji jakości opieki, a brak wspólnych i usystematyzowanych ram dla tego zagadnienia wynika w znacznej mierze z różnorodności języka używanego do opisu tego pojęcia [28].

Definicja jakości zmieniała się na przestrzeni lat, wczesne definicje kształtowane były niemal wyłącznie przez pracowników ochrony zdrowia oraz naukowców i badaczy systemów opieki zdrowotnej [26]. Jednakże coraz częściej uznaje się, że preferencje i poglądy pacjentów, społeczeństwa i innych kluczowych graczy również są bardzo istotne [28]. W Tab. I podsumowano niektóre z najbardziej wpływowych definicji jakości opieki zdrowotnej, począwszy od definicji Lee and Jonesa (1933) przez Donabediana (1980), a skończywszy na definicji zawartej w podręczniku WHO dotyczącym narodowej polityki i strategii jakości (2018).

**Tab. I Wybrane definicje jakości opieki zdrowotnej**

Autor/Organizacja	Definicja
Lee and Jones (1933)	„Dobra opieka medyczna to opieka, która jest praktykowana i nauczana przez uznanych liderów w zawodzie lekarza w danym czasie lub okresie rozwoju społecznego, kulturalnego i zawodowego społeczności lub grupy ludności.” [29]
Donabedian (1980)	„Jakość opieki to rodzaj opieki, który ma na celu maksymalizację wszechstronnego dobrostanu pacjenta, po uwzględnieniu bilansu oczekiwanych zysków i strat, które towarzyszą procesowi opieki we wszystkich jego częściach.” [30]
Institute of Medicine (IOM) (1990)	„Jakość opieki to stopień, w jakim usługi zdrowotne dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądaných wyników zdrowotnych i są zgodne z obecną wiedzą.” [31]
Council of Europe (1997)	„Jakość opieki to stopień, w jakim udzielane leczenie zwiększa szanse pacjenta na osiągnięcie pożądaných wyników i zmniejsza ryzyko niepożądanych wyników, biorąc pod uwagę obecny stan wiedzy.” [32]
Departament of Health UK (1997)	„Jakość oznacza: robienie właściwych rzeczy, w odpowiednim czasie, dla odpowiednich osób, i robienie ich właściwie - za pierwszym razem. Musi to być również jakość doświadczeń pacjentów, a także wyników klinicznych - jakość mierzona w kategoriach szybkiego dostępu, dobrych relacji i efektywnego zarządzania.” [33]
World Health Organization (WHO) (2000)	„Jakość opieki to poziom osiągnięcia wewnętrznych celów systemów zdrowotnych dotyczących poprawy zdrowia oraz reakcji na uzasadnione oczekiwania populacji.” [28]
European Commission (2010)	„Opieka dobrej jakości to opieka zdrowotna, która jest skuteczna, bezpieczna i odpowiada na potrzeby i preferencje pacjentów. W dokumencie zaznaczono również, że „Inne wymiary jakości opieki, takie jak efektywność, dostęp i równość, są postrzegane jako część szerszej debaty i są omawiane w innych miejscach.” [34]
WHO (2018)	„Jakość usług zdrowotnych na całym świecie powinna być: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Skuteczna:</b> świadczyć usługi opieki zdrowotnej oparte na dowodach naukowych dla tych, którzy ich potrzebują.</li><li>• <b>Bezpieczna:</b> unikać szkody dla osób, dla których przeznaczona jest opieka.</li><li>• <b>Skoncentrowana na pacjencie:</b> świadczyć opiekę, która odpowiada na indywidualne preferencje, potrzeby i wartości.</li></ul> Ponadto, aby zrealizować korzyści związane z jakością opieki zdrowotnej, usługi zdrowotne muszą być: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Terminowe:</b> skracać czasy oczekiwania (...).</li><li>• <b>Sprawiedliwe:</b> świadczyć opiekę, która nie różni się jakością z powodu wieku, płci, rasy, pochodzenia etnicznego, położenia geograficznego, religii, statusu społecznego, przynależności językowej ani przekonań politycznych.</li><li>• <b>Zintegrowane:</b> świadczyć opiekę, która jest koordynowana na różnych poziomach i przez różnych dostawców oraz dostarcza pełen zakres usług zdrowotnych przez całe życie.</li><li>• <b>Efektywne:</b> maksymalizować korzyści z dostępnych zasobów i unikać marnotrawstwa.” [22]</li></ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Busse R, Panteli D, Wilm Q. *An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems*. Improv. Healthc. Qual. Eur. Character. Eff. Implement. Differ. Strateg., 2019, p. 3–16.

Jak już wcześniej wspomniano, definicja jakości opieki zdrowotnej ewoluowała na przestrzeni ostatnich 90 lat. Warto zauważyć, że w roku 1997 w definicji zaproponowanej przez brytyjski Departament Zdrowia pojawia się również aspekt doświadczeń pacjentów, który od tego momentu jest już uwzględniany w każdej z prezentowanych definicji.

Główne elementy, które wg przytoczonych definicji składają się na jakość opieki zdrowotnej, to między innymi:

1. **Skuteczność:** Opieka medyczna powinna opierać się na dowodach naukowych i najlepszych praktykach. Oznacza to, że podejmowane decyzje i stosowane leczenie mają oparcie w badaniach klinicznych i dowodach naukowych, które potwierdzają ich skuteczność.
2. **Bezpieczeństwo:** Opieka zdrowotna powinna minimalizować ryzyko błędów medycznych, infekcji szpitalnych i innych zagrożeń dla pacjentów. Współczesne systemy opieki zdrowotnej stawiają duży nacisk na środki zapobiegawcze, monitorowanie bezpieczeństwa pacjentów i ciągłą edukację personelu.
3. **Dostępność:** Wysoka jakość opieki zdrowotnej powinna być dostępna dla wszystkich, niezależnie od statusu społecznego, ekonomicznego czy geograficznego. Współczesne systemy opieki zdrowotnej dążą do zapewnienia równego dostępu do usług medycznych.
4. **Odpowiedniość/równość:** Opieka medyczna powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta, uwzględniając jego stan zdrowia, preferencje oraz kontekst społeczny i kulturowy. Opieka wysokiej jakości nie dyskryminuje odbiorców ze względu na ich cechy osobiste (np. płeć, pochodzenie etniczne, położenie geograficzne, status społeczno-ekonomiczny).
5. **Efektywność/wydajność:** Jakość opieki zdrowotnej wymaga efektywnego wykorzystania zasobów, takich jak czas personelu medycznego, sprzęt medyczny i leki. Oznacza to unikanie marnotrawstwa i podejmowanie decyzji optymalizujących wyniki zdrowotne przy rozsądnym koszcie.
6. **Zadowolenie pacjentów:** Ocena jakości opieki zdrowotnej obejmuje także zadowolenie pacjentów z usług medycznych, komunikacji z personelem, czystości i komfortu środowiska oraz ogólnej opieki otrzymywanej podczas wizyt i hospitalizacji.
7. **Ciągłość opieki (kompleksowość):** Wysoka jakość opieki zdrowotnej obejmuje również zapewnienie ciągłości opieki, zarówno w kontekście opieki ambulatoryjnej, jak

i w przypadku hospitalizacji. Pacjenci powinni otrzymywać odpowiednią opiekę w różnych fazach swojego stanu zdrowia.

Reasumując powyższe, jakość opieki zdrowotnej można zdefiniować jako stopień, w jakim usługi medyczne i opieka nad pacjentami są zgodne z określonymi standardami, cechując się skutecznością, bezpieczeństwem, odpowiedniością oraz zadowoleniem pacjentów. Wartościowa opieka zdrowotna to proces, który dąży do osiągnięcia najlepszych możliwych wyników zdrowotnych dla pacjentów, przy jednoczesnym minimalizowaniu ryzyka i kosztów.

### **1.3. Modele oceny jakości opieki zdrowotnej**

Oceniając jakość opieki zdrowotnej, stosuje się różne miary i wskaźniki, takie jak wskaźniki wyników zdrowotnych, wskaźniki satysfakcji pacjentów, wskaźniki bezpieczeństwa pacjentów oraz wskaźniki efektywności i dostępności usług medycznych. Współczesne systemy opieki zdrowotnej dążą do nieustannego doskonalenia i poprawy jakości, aby przy ograniczonych zasobach zapewnić pacjentom najlepszą możliwą opiekę.

Istnieje wiele modeli i narzędzi służących do oceny jakości opieki zdrowotnej. Ocenianie jakości jest złożonym procesem, który może obejmować różne wymiary i aspekty opieki medycznej. W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną najczęściej stosowane modele oceny jakości opieki zdrowotnej:

#### **Model Donabediana**

Model ten opiera się na trzech głównych obszarach oceny jakości opieki zdrowotnej: strukturze, procesie i wynikach. Struktura odnosi się do elementów organizacyjnych, takich jak personel medyczny, sprzęt, technologia i zarządzanie. Proces obejmuje interakcje między personelem medycznym a pacjentami oraz stosowane procedury i podejście kliniczne. Wyniki dotyczą efektów opieki zdrowotnej, takich jak stan zdrowia pacjentów, wskaźniki wyników medycznych i satysfakcja pacjentów. Donabedian [27] uważał, że miary struktury mają wpływ na miary procesu, które z kolei wpływają na miary wyników. Razem tworzą one podstawę tego, co jest wymagane do stworzenia efektywnego zestawu miar. Zgodnie z Donabedianem, miary wyników pozostają „ostatecznymi walidatorami” skuteczności i jakości opieki zdrowotnej, ale czasami mogą być trudne do zdefiniowania i wiązać się z opóźnieniami czasowymi. Miary procesu są istotne w doskonaleniu jakości, ponieważ opisują czy opieka kliniczna została „zastosowana prawidłowo”, czy też „robimy to, co powinniśmy robić”. Z perspektywy doskonalenia jakości, miary procesu stanowią istotne połączenie między zmianami zachowań



a wynikami. Ważne jest, aby uwzględniać zarówno miary procesu, jak i wyników, ponieważ łączą one teorię zmian z oczekiwanymi wynikami. Jeśli dokonuje się wyłącznie pomiaru wyników, nie można mieć pewności czy zmiany faktycznie wystąpiły w praktyce, dlatego nie należy łączyć doskonalenia z wynikami. Natomiast jeśli dokonuje się pomiaru samego procesu, nie można być pewnym, czy wyniki uległy zmianie i czy cele zostały osiągnięte, istnieje więc ryzyko, że proces uległ poprawie, ale wyniki nie [35].

### **Modele oparte na wskaźnikach jakości**

W ramach tych modeli stosuje się konkretne wskaźniki i miary, aby ocenić jakość opieki zdrowotnej. Przykłady to wskaźniki wyników zdrowotnych (np. wskaźnik umieralności w szpitalu), wskaźniki bezpieczeństwa pacjentów (np. częstość infekcji szpitalnych) i wskaźniki dostępu do opieki medycznej (np. czas oczekiwania na wizytę u lekarza).

Wskaźniki jakości definiuje się jako miary ilościowe dostarczające informacji na temat skuteczności, bezpieczeństwa i/lub stopniu skoncentrowania opieki na pacjencie. Dodatkowo niektóre instytucje, takie jak National Quality Forum (NQF) w USA, używają terminu „miara jakości” zamiast „wskaźnik jakości”. Inne instytucje, takie jak NHS Indicator Methodology and Assurance Service oraz Niemiecki Instytut Zapewnienia Jakości i Transparentności w Opiece Zdrowotnej (IQTIG), definiują dodatkowe cechy wskaźników jakości. Według tych definicji wskaźniki jakości powinny dostarczać:

- a) cel jakości, czyli klarowne określenie wartości zamierzonego celu - maksymalnego bądź minimalnego w zależności od wskaźnika, na przykład wskaźnik umieralności pacjentów przyjętych z zapaleniem płuc powinien być jak najniższy;
- b) koncept pomiaru, czyli określenie metody zbierania danych i obliczania wskaźnika, na przykład odsetek pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zapalenia płuc, którzy zmarli podczas pobytu w szpitalu;
- c) koncept oceny, czyli opis, w jaki sposób miara ma być używana do oceny jakości, na przykład jeśli umieralność pacjentów hospitalizowanych jest poniżej 10%, uważa się to za wysoką jakość.

Często terminy „miary” i „wskaźniki” są używane zamiennie. Jednakże ma sens zarezerwować termin „wskaźnik jakości” dla miar, które są związane z konceptem oceny. Wynika to z tego, że miary bez koncepcji oceny nie są w stanie wskazać, czy zmierzone wartości reprezentują dobrą czy złą jakość opieki. Na przykład wskaźnik ponownego przyjęcia (*readmission rate*), to miara liczby ponownych przyjęć. Jednakże staje się on wskaźnikiem

jakości, jeśli określono próg, który wskazuje na „wyższą niż normalna” liczbę ponownych przyjęć, co z kolei może wskazywać na słabą jakość opieki. Inny termin, który jest często używany zamiennie z wskaźnikiem jakości, zwłaszcza w USA, to „metryka jakości”. Jednak metryka jakości również niekoniecznie definiuje koncepcję oceny, która mogłaby ją odróżnić od wskaźnika. Jednocześnie termin „metryka jakości” jest czasami używany szerzej dla całego systemu, który ma na celu ocenę jakości opieki za pomocą różnych wskaźników [36,37].

### **Modele oceny satysfakcji pacjenta**

Modele te skupiają się na ocenie zadowolenia pacjentów z otrzymanej opieki zdrowotnej. Może to obejmować badania satysfakcji pacjentów, ocenę komunikacji z personelem medycznym, postrzeganie jakości opieki i komfort środowiska.

Satysfakcja pacjenta nie jest jednoznacznie zdefiniowanym pojęciem, chociaż jest ona uważana za ważny wskaźnik wyników jakościowych do pomiaru sukcesu systemu dostarczania usług medycznych. Ocena opieki przez pacjentów ma duże znaczenie, ponieważ daje możliwość wprowadzania ulepszeń, takich jak strategiczne opracowywanie planów zdrowotnych, które czasami przewyższają oczekiwania pacjentów i tworzenie punktów odniesienia. Zalety badań satysfakcji pacjentów opierają się głównie na wykorzystaniu standaryzowanych, psychometrycznie przetestowanych metod zbierania danych [38]. Niektóre badania wskazują, że satysfakcja pacjentów koreluje dodatnio z pewnymi miarami procesu [39,40] i wyników [40–42], podczas gdy inne wykazują albo brak związku, albo zależność odwrotną [43–45]. W jednym badaniu powiązano nawet wyższe wyniki w zakresie zadowolenia z wyższymi wskaźnikami śmiertelności [46,47]. Dlatego konieczne jest dalsze rozwijanie i udoskonalanie standaryzowanych narzędzi służących do badania satysfakcji pacjentów tak, aby zwiększyć użyteczność uzyskiwanych wyników w procesie poprawy jakości opieki [38].

### **Modele oparte na badaniach klinicznych**

Badania kliniczne pozwalają na ocenę skuteczności nowych leków, procedur medycznych i terapii, co umożliwi wprowadzenie bardziej efektywnych i skutecznych metod leczenia. Poprzez badania kliniczne można identyfikować skutki uboczne i potencjalne ryzyko związane z nowymi interwencjami medycznymi, co przyczynia się do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów. Badania te dostarczają również dowodów naukowych, które pomagają w podejmowaniu decyzji klinicznych opartych na faktach, zamiast na domysłach lub intuicji. Poprzez standaryzację protokołów badawczych badania kliniczne umożliwiają porównywanie

skuteczności różnych terapii i procedur, co przyczynia się do wyboru najlepszych praktyk medycznych. Wreszcie, badania kliniczne wpływają na rozwijanie innowacyjnych rozwiązań medycznych, co może prowadzić do znacznego podniesienia jakości opieki zdrowotnej poprzez dostarczenie lepszych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych [48,49].

### **Modele oparte na wytycznych praktyki klinicznej**

Wytyczne kliniczne (lub „wytyczne praktyki klinicznej”) to „deklaracje zawierające zalecenia mające na celu optymalizację opieki nad pacjentem, oparte na systematycznej analizie dowodów oraz ocenie korzyści i szkód związanych z alternatywnymi opcjami opieki”. Wytyczne te mają potencjał zmniejszania nieuzasadnionych różnic w praktyce, wspierania przekładania badań naukowych na praktykę oraz poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, jeśli zostaną opracowane i wdrożone zgodnie z międzynarodowymi standardami. Mogą być wykorzystywane do dostarczania zaleceń najlepszych praktyk dotyczących leczenia i opieki nad pacjentami przez profesjonalistów medycznych, do opracowywania standardów oceny praktyki klinicznej indywidualnych specjalistów medycznych i organizacji opieki zdrowotnej, do pomocy w edukacji i szkoleniu profesjonalistów medycznych oraz do pomocy pacjentom w podejmowaniu świadomych decyzji. Ważne jest, żeby ważne wytyczne miały potencjał wpływania na wyniki opieki, ale aby to miało miejsce, muszą być skutecznie rozpowszechniane i wdrożone (wpływają na procesy opieki) [50].

### **Modele oparte na porównaniach międzynarodowych**

W ramach tych modeli porównuje się jakość opieki zdrowotnej między różnymi krajami lub regionami. To podejście pozwala na ocenę wydajności systemów opieki zdrowotnej na tle innych. Cacace i wsp. [51] przytaczają różne koncepcje prowadzenia międzynarodowych porównań w dziedzinie systemów i polityk zdrowotnych, wskazując jednocześnie trzy główne cele:

1. „uczenie się o” - uczenie się o krajowych systemach i politykach zdrowotnych,
2. „uczenie się, dlaczego” - zrozumienie przyczyn ich formowania oraz
3. „uczenie się z” - wyciąganie naukowych wniosków z doświadczeń innych krajów.

Pierwsza kategoria koncentruje się na opisowych analizach różnic i podobieństw między systemami zdrowotnymi różnych krajów, często nazywanych profilami krajów. Druga grupa badań ma na celu wyjaśnienie, dlaczego systemy zdrowotne przyjmują konkretne formy i rozwijają się w określony sposób, poprzez identyfikację czynników wpływających

na te procesy. Badania z tej kategorii mają potencjał do testowania teorii i generowania hipotez, chociaż zazwyczaj są retrospektywne i mniej przydatne dla decydentów politycznych. Trzecia kategoria badań stawia sobie za cel zrozumienie systemów zdrowotnych jednej grupy krajów w celu wyciągnięcia naukowych wniosków do stosowania w innych krajach, poszukując najlepszych praktyk i możliwości transferu polityk i praktyk. W tym podejściu porównawczym kraje porównawcze pełnią rolę „laboratoriów” do eksperymentowania, a ich doświadczenia są wykorzystywane do opracowywania rozwiązań politycznych i systemowych. Autorzy podkreślają, że międzynarodowe badania porównawcze w dziedzinie zdrowia są istotnym narzędziem pozwalającym na uczenie się z doświadczeń innych krajów i dostosowywanie praktyk zdrowotnych do lokalnych potrzeb.

### **Modele oparte na opinii ekspertów**

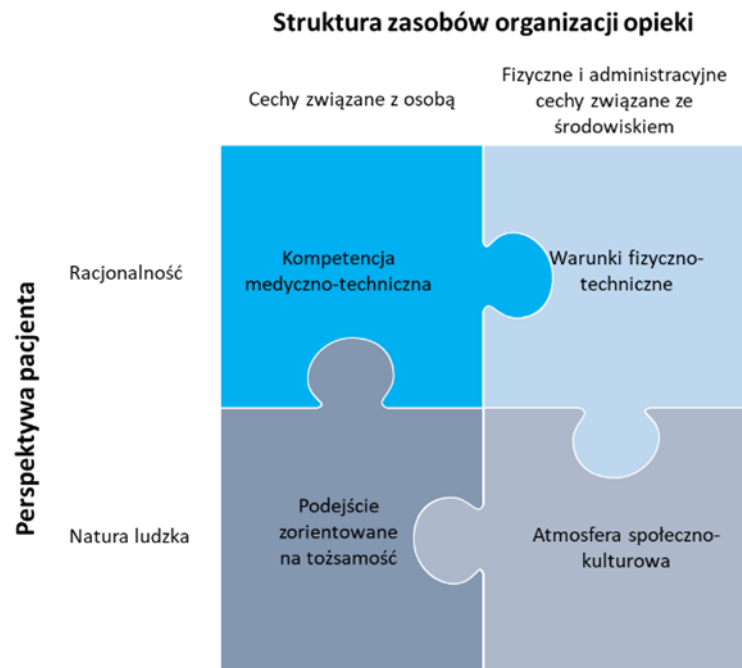
W niektórych przypadkach eksperci medyczni oceniają jakość opieki zdrowotnej na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie medycyny. Modele te mogą być stosowane w sytuacjach, gdy brak jest wystarczających narzędzi bądź dowodów naukowych, które mogą służyć ocenie jakości danego rozwiązania systemowego. W tym celu stosuje się np. badanie opinii ekspertów prowadzone w postaci wywiadów. Podejście to pozwala uzyskać wgląd w opinie praktyków na temat, np. w zakresie stosowania dobrych praktyk [52].

Należy podkreślić, że wszystkie wymienione powyżej modele i narzędzia oceny jakości opieki zdrowotnej mogą być stosowane oddzielnie lub łącznie, w zależności od celu oceny i dostępnych zasobów. Istotne jest, aby systematycznie monitorować jakość opieki zdrowotnej i dążyć do jej stałego doskonalenia.

#### **1.4. Jakość opieki zdrowotnej z perspektywy pacjentów**

Postrzeganie jakości opieki przez pacjentów kształtuje się na podstawie ich doświadczeń z istniejącą strukturą systemu opieki oraz na podstawie ich własnych norm, oczekiwań i przekonań. Z perspektywy pacjentów jakość opieki może być postrzegana jako szereg powiązanych ze sobą wymiarów, które razem tworzą spójną całość [53]. Zawartość tej całości można zrozumieć w kontekście dwóch warunków (podstawowych zmiennych), które można określić jako „strukturę zasobów organizacji opieki” i „preferencje pacjenta”. Struktura zasobów ma dwie formy: pierwsza związana jest z osobą/osobami, druga zaś z fizycznymi i administracyjnymi cechami środowiska. Jakość związana z osobami odnosi się do opiekunów (lekarzy, pielęgniarek, asystentów, szeroko rozumianego personelu medycznego itp.). Fizyczne i administracyjne cechy środowiskowe odnoszą się do elementów infrastruktury środowiska

opieki, zasad organizacyjnych, wyposażenia technicznego itp. Preferencje pacjenta (perspektywa pacjenta) także mają dwie formy: z jednej strony mają aspekt racjonalny, w sensie dążenia pacjenta do pewnego rodzaju porządku, przewidywalności i obliczalności w życiu. Z drugiej strony mają aspekt ludzki, ponieważ pacjent oczekuje, że jego „wyjątkowa” sytuacja zostanie wzięta pod uwagę.



**Ryc. 2 Model jakości opieki z perspektywy pacjenta**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Wilde et al. *Quality of Care from a patient Perspective. A Grounded Theory Study*

Postrzeganie jakości opieki przez pacjenta można zatem rozpatrywać w czterech wymiarach: kompetencje medyczno-techniczne opiekunów, warunki fizyczno-techniczne organizacji opieki, orientacja na tożsamość w postawach i działaniach opiekunów oraz społeczno-kulturowa atmosfera organizacji opieki.

W 2016 r. Europejskie Forum Pacjentów (EPF) przeprowadziło badanie, którego celem było zapewnienie lepszego wglądu w postrzeganie jakości przez pacjentów i ich przedstawicieli [54]. Należy dodać, że ankieta opracowana na potrzeby badania nie miała charakteru naukowego, służyła ona wyłącznie do zidentyfikowania kluczowych wymiarów jakości opisanych w literaturze z perspektywy pacjenta. Badanie przeprowadzono na próbie 678 pacjentów, lecz mniej niż połowa respondentów (271) udzieliła odpowiedzi na wszystkie pytania. Jedno z pytań dotyczyło opisanego własnymi słowami czym jest wysoka jakość opieki zdrowotnej. Najczęściej wymieniane aspekty obejmowały:

- Bycie pod opieką jako osoba, a nie tylko jako diagnoza lub liczba; bycie traktowanym z empatią i szacunkiem, w sposób holistyczny, tj. z uwzględnieniem psychospołecznych, psychicznych i rodzinnych aspektów choroby wraz z aspektami fizycznymi.
- Osiągnięcie dobrej jakości życia; w tym lepszych wyników zdrowotnych, ale także umożliwienie pacjentowi zachowania jak największej aktywności społecznej w przypadku przewlekłej choroby.
- Współpraca między specjalistą a pacjentem, słuchanie pacjenta i bycie równorzędnym partnerem (w tym, w stosownych przypadkach, członkami rodziny/opiekunami).
- Uzyskanie najlepszych możliwych interwencji, przy czym „najlepsze” rozumiane jest głównie jako zgodne z najnowszymi wytycznymi klinicznymi i wiedzą naukową.
- Terminowość dostępu do dokładnej diagnozy i dalszego leczenia.
- Dostęp dla każdego, kto go potrzebuje, zgodnie z potrzebami, a nie środkami.
- Posiadanie czasu na rozmowę z pracownikami służby zdrowia i wystarczającej ilości informacji, aby wspierać samoopiekę.

Wiele odpowiedzi respondentów miało charakter aspiracyjny w stosunku do powszechnego dostępu: przystępność cenowa lub niski/brak kosztów oraz dostępność wymieniana wielokrotnie. „oferowanie możliwie najlepszych usług dla wszystkich”, „oferowanie możliwie najlepszego leczenia bez względu na cenę”, „łatwy, bezpłatny i szybki dostęp do odpowiednich badań i leczenia”.

Sofaer i Firminger [55] w artykule *Patient perceptions of the quality of health services* opisują 11 badań, które miały na celu określenie własnych definicji jakości. Były to zazwyczaj badania jakościowe wykonywane na małą skalę, wykorzystujące głównie indywidualne wywiady z pacjentami oraz grupy fokusowe. Autorki podzieliły odnalezione definicje na konkretne kategorie lub wymiary. Obejmują one opiekę skoncentrowaną na pacjencie, dostęp, komunikację i informacje, uprzejmość i wsparcie emocjonalne, jakość techniczną, efektywność opieki/organizacji oraz strukturę i udogodnienia.

### **Opieka skoncentrowana na pacjencie**

W badaniach jakościowych pacjenci definiowali jakość poprzez to, co zostało określone jako opieka skoncentrowana na pacjencie. Dla pacjentów w tych badaniach jakość obejmowała zaspokojenie ich potrzeb fizycznych i emocjonalnych; otrzymywanie zindywidualizowanej opieki; bycie zaangażowanym w ich opiekę i podejmowanie decyzji dotyczących ich opieki;

posiadanie lekarzy, pielęgniarek i personelu, którzy mają spersonalizowaną wiedzę o pacjencie, którzy szanują i znają przekonania zdrowotne pacjenta, w tym przekonania dotyczące niezachodnich praktyk zdrowotnych, którzy budują relacje z pacjentem, okazują szacunek pacjentowi, słuchają pacjenta i przewidują potrzeby pacjenta; ochrona prywatności i poufności pacjenta; posiadanie pielęgniarek, które działają jako rzecznicy pacjenta; zapewnianie równej opieki wszystkim pacjentom; oraz angażowanie rodziny i przyjaciół pacjentów; zapewnienie równej opieki wszystkim pacjentom; oraz zaangażowanie rodziny i przyjaciół w opiekę nad pacjentem [56–64].

### **Dostęp**

Wiele badań, ale nie wszystkie, zgłaszało również obawy pacjentów dotyczące dostępu, takie jak posiadanie lekarzy, pielęgniarek i personelu, którzy są dostępni dla pacjenta; dostęp do specjalistów; opieka w przystępnej cenie; dogodne miejsca i godziny wizyt; posiadanie świadczeniodawców, którzy odbywają wizyty domowe; dostęp do zgodnych z płcią, profesjonalnie przeszkolonych i odpowiednich kulturowo usług tłumaczy; dostęp do pilnej opieki; oraz pomoc personelu w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej [56–59,62].

### **Komunikacja i informacja**

Prawie we wszystkich badaniach odnotowano zainteresowanie pacjentów jakością komunikacji i informacji. Kategoria ta obejmuje otwartą komunikację i przepływ informacji; świadczeniodawców z dobrymi umiejętnościami komunikacji interpersonalnej, takimi jak uważne słuchanie i wyjaśnianie złożonych informacji technicznych w jasny sposób; dostarczanie informacji na temat stanu klinicznego, postępów, rokowania i procesów opieki; dostarczanie informacji o tym, czego należy oczekiwać (np. procedury szpitalne); szybkie przekazywanie wyników badań; kompletne i dokładne tłumaczenia, w tym pisemne etykiety recept w języku ojczystym pacjenta; oraz edukację ułatwiającą pacjentom autonomię, samoopiekę i promocję zdrowia [56,57,59–62].

### **Wsparcie społeczne i emocjonalne**

Pacjenci definiowali jakość w kategoriach oraz w oparciu o społeczne i emocjonalne cechy interakcji ze świadczeniodawcami i personelem biurowym. Chcieli, aby wszyscy byli nie tylko uprzejmi, ale także okazywali wrażliwość i życzliwość, aby byli troskliwi oraz wyrażali współczucie i sympatię dla pacjenta. Ważne było dla nich bezpieczeństwo emocjonalne i poczucie zaufania do swoich opiekunów, aby pomóc zmniejszyć poczucie bezbronności

i niepokoju. Ogólnie, chcieli, aby lekarze, pielęgniarki i personel byli przyjaźni. Nieco trudno jest odróżnić ten wymiar od opieki skoncentrowanej na pacjencie [56–64].

### **Efektywność opieki/skuteczna organizacja**

Pacjenci oczekiwali, że opieka będzie skuteczna, z koordynacją między wieloma osobami i organizacjami zaangażowanymi w ich opiekę, takimi jak wielu świadczeniodawców w szpitalu, między lekarzami pierwszego kontaktu a specjalistami. Odczuwali również potrzebę opieki ze strony tych samych świadczeniodawców na przestrzeni czasu, co jest związane z ich pragnieniem aspektów opieki skoncentrowanej na pacjencie, takich jak spersonalizowana wiedza o pacjencie oraz budowanie zaufania i relacji. Dokładne rozliczenia, skierowań, krótki czas oczekiwania na wizytę i w placówkach pomocniczych. W badaniu przeprowadzonym z udziałem pacjentów z Azji podkreślono potrzebę pomocy w uzyskaniu szerokiego zakresu usług niemedyceńskich, takich jak mieszkalnictwo, opieka społeczna, imigracja itp. [56,58–64].

### **Jakość techniczna**

Pacjenci wymieniali cechy, które można łatwo powiązać z tym, co klinicyści często nazywają techniczną jakością opieki. We wszystkich tych badaniach pacjenci wyrażali pragnienie posiadania kompetentnych i doświadczonych usługodawców, którzy są dobrze wykształceni; zapewniają skuteczne leczenie, stawiają trafne diagnozy oraz prowadzą staranne i wydajne usługi i leczenie; oraz prezentują się w profesjonalny sposób. W jednym z badań pacjenci stwierdzili, że chcą, aby świadczeniodawcy „dążyli do doskonałości”. Pacjenci zdefiniowali również jakość jako dobre wyniki zdrowotne i lepszą jakość życia [56–61,63,64].

### **Struktura i urządzenia**

Pacjenci oceniają jakość struktur i udogodnień organizacji opieki zdrowotnej, w tym placówek opieki zdrowotnej, w tym łatwość dostępu, dostępność parkingu, bezpieczeństwo w placówce i wokół niej, czystość i komfort, jakość otoczenia, różnorodność dostępnych usług klinicznych, korzystanie z najnowocześniejszych technologii, oraz rozpoznawalność dostawcy opieki w społeczności. Niektórzy pacjenci wymieniali takie klasyczne cechy struktury jak własność placówki, poziom finansowania i poziom zatrudnienia [56,58–61,64].

Reasumując, jakość opieki zdrowotnej, z perspektywy pacjentów, to wielowymiarowy koncept kształtowany przez doświadczenia i oczekiwania [65]. Obejmuje on aspekty takie, jak opieka skoncentrowana na pacjencie, dostępność, komunikacja, wsparcie emocjonalne,



efektywność, jakość techniczna oraz jakość środowiska placówki. Pacjenci oczekują, by byli traktowani z empatią, szacunkiem i holistycznie, uwzględniając wszystkie aspekty zdrowotne. Ważne jest także skuteczne leczenie i dostępność do kompetentnych specjalistów. Komunikacja, przepływ informacji i wsparcie dla autonomii pacjenta są kluczowe. Wyniki badań jakościowych wskazują na potrzebę spersonalizowanej opieki, profesjonalizmu i uczucia bezpieczeństwa w relacji z opiekunami medycznymi. Jakość opieki zdrowotnej jest postrzegana przez pacjentów jako kompleksowa i holistyczna koncepcja, która uwzględnia różnorodne aspekty świadczonej opieki.

### **1.5. Angażowanie pacjentów w proces poprawy jakości**

W miarę jak systemy opieki zdrowotnej rozwijają się i ewoluują, rośnie znaczenie uwzględniania perspektywy pacjentów przy ocenie jakości opieki zdrowotnej [66–69]. To pacjenci, będący „konsumentami usług zdrowotnych” oceniają, czy dostarczana im opieka spełnia ich oczekiwania i potrzeby. Zatem ich zaangażowanie w działania na rzecz poprawy jakości opieki zdrowotnej jest kluczowym celem kształtowania systemu opieki zdrowotnej. Tradycyjnie i najczęściej, zaangażowanie to skupiało się na relacjach między pacjentami a świadczeniodawcami w zakresie podejmowania decyzji dotyczących opieki lub tego, jak poprawić wysiłki pacjenta w zakresie samodzielnego zarządzania opieką [70]. Jednakże podejmuje się coraz większe wysiłki na rzecz szerszej integracji pacjentów, w tym wysiłki mające na celu poprawę lub przeprojektowanie świadczenia usług poprzez uwzględnienie doświadczeń pacjentów [71–75]. Wysiłki te wynikają częściowo ze zwiększonego uznania i akceptacji faktu, że pacjenci jako użytkownicy usług zdrowotnych odgrywają należną im rolę, posiadają niezbędną wiedzę specjalistyczną oraz istotny wkład w projektowanie i świadczenie usług [55]. Chociaż charakter zaangażowania pacjentów może być różny – od włączania pacjentów jako aktywnych członków organów doradczych po ograniczone czasowo konsultacje z pacjentami w sprawie przeprojektowania usług, jego cele są spójne – poprawa jakości opieki [74,76,77].

Organizacje opieki zdrowotnej mają długą tradycję mierzenia satysfakcji pacjentów i innych „użytkowników” usług zdrowotnych, w tym rodzin, opiekunów i klientów, z dostarczanych im usług [78]. Wiele wysiłku włożono w opracowanie narzędzi badawczych służących do pomiaru zadowolenia pacjentów. Do niedawna, istniały dwa główne zastosowania takich narzędzi: po pierwsze, w badaniach naukowych, w których satysfakcja pacjentów była rozważana jako wynik (ang. *outcome*), zarówno w celu oceny wartości nowej interwencji, jak i identyfikowania cech pacjentów, które wydają się wpływać na ocenę jakości; po drugie, przez

szpitale i inne placówki do oceny satysfakcji pacjentów z ich usług. Wyniki takich badań rzadko były podawane do wiadomości publicznej, z wyjątkiem kampanii reklamowych [55]. W ciągu ostatnich dwudziestu lat ocena jakości opieki z perspektywy pacjenta przesunęła się z zadowolenia pacjenta (satysfakcji) na jego doświadczenia (percepcję) [79]. Coraz liczniejsze piśmiennictwo naukowe wskazuje, że zaangażowanie pacjentów w świadczenie lub przeprojektowanie opieki zdrowotnej jest nie tylko wykonalne [72], ale również prowadzić może do zmniejszenia liczby przyjęć do szpitala [80], poprawy efektywności, wydajności i jakości usług zdrowotnych [78] oraz do poprawy jakości życia [81], a także ulepszenia jakości i sposobu rozliczania usług zdrowotnych [72].

### **Doświadczenie a satysfakcja pacjenta**

Terminy doświadczenie pacjenta (percepcja) oraz satysfakcja, są często stosowane zamiennie [82], co może prowadzić do znacznej konfuzji pojęciowej. Terminy te mają bowiem różne znaczenie i nie powinny być traktowane jak synonimy [83]. Doświadczenia pacjenta i satysfakcja pacjenta to dwie różne kategorie, które pomagają ocenić jakość opieki zdrowotnej, ale różnią się od siebie pod wieloma względami.

**Tab. II Doświadczenia vs satysfakcja pacjenta**

	<b>Doświadczenia pacjenta</b>	<b>Satysfakcja pacjenta</b>
<i>Definicja</i>	To ogólna ocena przeżyć pacjenta podczas interakcji z systemem opieki zdrowotnej. Obejmuje pełny zakres interakcji, jakie pacjenci mają z systemem opieki zdrowotnej, w tym opiekę ze strony lekarzy, pielęgniarek i personelu szpitali, gabinetów lekarskich i innych placówek opieki zdrowotnej. Jako integralny element jakości opieki zdrowotnej, doświadczenie pacjenta obejmuje kilka aspektów świadczenia opieki zdrowotnej, które pacjenci bardzo sobie cenią, gdy szukają opieki i ją otrzymują, takich jak: punktualność wizyt, łatwy dostęp do informacji i dobra komunikacja ze świadczeniodawcami [84–86].	Jest to subiektywna ocena, którą pacjent formułuje w oparciu o swoje oczekiwania i doświadczenia w trakcie opieki zdrowotnej. To ocena, która może być wyrażona na przykład w skali od „bardzo niezadowolony” do „bardzo zadowolony”. Satysfakcja dotyczy tego, czy spełniły się oczekiwania pacjenta dotyczące kontaktu z systemem opieki zdrowotnej. Dwie osoby, które otrzymują dokładnie tę samą opiekę, ale mają różne oczekiwania co do sposobu, w jaki ta opieka ma być świadczona, mogą dać różne oceny zadowolenia ze względu na różnice w oczekiwaniach [87–89].
<i>Zakres</i>	Obejmują one całą podróż pacjenta przez system opieki zdrowotnej, począwszy od momentu zgłoszenia się do lekarza, aż do zakończenia leczenia i opieki pooperacyjnej [90].	Skupia się na subiektywnym odczuciu pacjenta w kontekście konkretnego punktu kontaktu z opieką zdrowotną, na przykład wizyty lekarskiej lub pobytu w szpitalu [88].
<i>Pomiar</i>	Pomiar doświadczeń pacjenta może być bardziej złożony i obejmować różne wskaźniki, takie jak jakość komunikacji, dostępność badań diagnostycznych, czas oczekiwania i inne [90,91].	Jest zazwyczaj mierzona za pomocą ankiet lub kwestionariuszy, w których pacjenci wyrażają swoją opinię na temat stopnia zadowolenia z konkretnego aspektu opieki zdrowotnej [92].
<i>Praktyczne implikacje</i>	Pomagają identyfikować obszary, które mogą być ulepszone w systemie opieki zdrowotnej. Skupiają się na jakości opieki jako całości.	Dostarcza informacje zwrotne na temat konkretnej interakcji lub etapu opieki zdrowotnej i może pomóc dostosować opiekę do indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjenta.

Źródło: Opracowanie własne

W badaniach oceniających jakość opieki dominują badania satysfakcji pacjenta, bądź jego korelaty. Natomiast większość przeglądów piśmiennictwa krytycznie odnosi się do ich stosowania, ponieważ rzadko pojawiają się teoretyczne lub koncepcyjne opracowania dotyczące oceny satysfakcji pacjentów, ponadto cechują się one niskim poziomem standaryzacji, niską wiarygodnością i niepewną ważnością pomiarów [89,92]. W związku z tym rośnie zainteresowanie oceną doświadczeń pacjentów związanych z opieką zdrowotną

oraz publicznym raportowaniem tych informacji, aby pomóc konsumentowi w wyborze świadczeniodawcy [88,90]. Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (ang. *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*) w listopadzie 1995 r. uruchomiła projekt Konsumentckiej Oceny Dostawców i Systemów Opieki Zdrowotnej (ang. *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems - CAHPS*) [88,93]. Celem projektu było opracowanie standardowych ankiet, które można wykorzystać do oceny doświadczeń konsumentów korzystających z różnych rodzajów opieki zdrowotnej. Początkowe badania ankietowe CAHPS skupiały się na opiece ambulatoryjnej zapewnianej w ramach planów opieki zdrowotnej. Następnie opracowano dodatkowe badania CAHPS w celu oceny doświadczeń z lekarzami i grupami lekarzy, opieki w szpitalach, (...) oraz innych placówkach opieki zdrowotnej. W 2022 roku program CAHPS wszedł w szósty etap, często nazywany CAHPS VI, który opiera się na pracach wcześniejszych grantów CAHPS (I-V).

Podobnie jak wszystkie mierniki jakości, pomiary doświadczenia pacjenta należy zbierać przy użyciu poprawnych narzędzi psychometrycznych, stosując zalecane wielkości próbek i procedury dostosowawcze, zgodnie ze standardowymi protokołami wdrażania i poddawać je ciągłemu nadzorowi. Piśmiennictwo sugeruje, że przy zachowaniu powyższych warunków, pomiary doświadczenia pacjenta stanowią odpowiednie uzupełnienie miar jakości klinicznej. Opieka skoncentrowana na pacjencie jest kluczowym aspektem w kontekście oceny jakości opieki. Pomiar doświadczeń pacjentów związanych z opieką może pomóc w promowaniu odpowiedzialności i wysiłków na rzecz poprawy jakości ukierunkowanych na pacjenta [94]. Badania doświadczeń pacjentów oceniają bezpośrednio stopień, w jakim opieka jest skoncentrowana na pacjencie, a tym samym odzwierciedlają szczególnie ważny wymiar jakości opieki, niezależnie od korelacji między doświadczeniem pacjenta a innymi wskaźnikami jakości opieki zdrowotnej. Dodatkowo, lepsze doświadczenia pacjentów związane z opieką wiążą się z wyższym poziomem przestrzegania zalecanych procesów profilaktyki i leczenia; lepszymi wynikami klinicznymi, szczególnie w warunkach szpitalnych; lepszą kulturą bezpieczeństwa pacjentów w szpitalach; i mniejszym stopniem wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej [90].

Do prawidłowego funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej konieczne jest uwzględnianie perspektywy pacjentów przy ocenie jakości opieki, co podkreśla rosnące znaczenie angażowania pacjentów w ten proces. Tradycyjne podejście do zaangażowania pacjentów skupiało się na relacjach między pacjentami a dostawcami opieki, ale obecnie dąży się do szerszej integracji pacjentów w usługi zdrowotne, co obejmuje uwzględnienie ich

doświadczeń. Pacjenci jako użytkownicy usług zdrowotnych odgrywają istotną rolę w projektowaniu i dostarczaniu usług medycznych. Istnieją różne metody zaangażowania pacjentów, ale zawsze ich nadrzędnym celem jest poprawa jakości opieki.

### **1.6. Znaczenie udostępniania danych nt. jakości opieki zdrowotnej**

W poprzednich rozdziałach wyjaśnione zostało pojęcie i znaczenie jakości w polityce zdrowotnej, przedstawiono również sposób postrzegania jakości przez pacjentów oraz omówiono znaczenie zaangażowania pacjentów w proces poprawy jakości, kolejnym ważnym elementem w niniejszej pracy jest przybliżenie znaczenia udostępniania informacji na temat jakości opieki zdrowotnej do publicznej wiadomości. Zdrowie jest jednym z najcenniejszych aktywów, jakie może posiadać człowiek, stanowi ono fundamentalną wartość, która wpływa na jakość naszego życia, naszą zdolność do działania, a także nasze szczęście i samopoczucie. Warto podkreślić, że zdrowie wg definicji WHO to nie tylko brak chorób, ale także stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu. W związku z tym, w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia, człowiek stając przed wyborem miejsca, w którym będzie przebiegał proces leczenia, powinien dysponować wiedzą na temat jakości opieki w danej placówce. Zatem, aby poprawić jakość, wspierać konkurencję, promować przejrzystość i pomóc pacjentom w podejmowaniu decyzji, kluczowe jest, aby mieli oni dostęp do wiarygodnych informacji i mogli dokonywać świadomych wyborów dostawców usług medycznych [95,96]. Do tego dochodzi stale rosnące zainteresowanie raportowaniem jakości opieki zdrowotnej oraz porównywaniem jakości opieki zdrowotnej i wyników leczenia pomiędzy świadczeniodawcami [97]. Zdaniem The Lancet Global Health Commission [98] systemy opieki zdrowotnej powinny mierzyć i raportować do publicznej wiadomości, informacje, które mają największe znaczenie dla obywateli, takie jak fachowość opieki, doświadczenia pacjentów, wyniki zdrowotne i zaufanie do systemu [99,100]. Pomiar stanowi klucz do odpowiedzialności i doskonalenia, ale aktualnie dostępne miary nie wychwytyją wielu procesów i wyników, które są najistotniejsze z perspektywy konsumentów. Jednocześnie systemy danych generują zbyt wiele wskaźników, które dostarczają niewystarczających informacji przy znacznych kosztach finansowych i czasie pracowników służby zdrowia. Wskaźniki, takie jak np. odsetek porodów przy udziale wykwalifikowanych pracowników, nie odzwierciedlają jakości opieki nad rodzącymi się dziećmi i mogą prowadzić do fałszywego samozadowolenia w zakresie postępów w opiece nad matkami i noworodkami. Dlatego też, Komisja wzywa do opracowania mniejszej liczby, ale lepszych wskaźników jakości systemu opieki zdrowotnej na poziomie krajowym i niższym. Kraje powinny informować opinię

publiczną o wydajności systemu opieki zdrowotnej corocznie za pomocą interaktywnych zestawień kluczowych wskaźników. Kraje potrzebują nowych badań i pomiarów w czasie rzeczywistym w placówkach opieki zdrowotnej, które odzwierciedlają aktualny stan opieki zdrowotnej, a nie prezentują dane historyczne [98]. Warto również podkreślić, że nadrzędnym celem organizacji, zarówno publicznych, jak i prywatnych, udostępniających dane nt. jakości, powinna być ochrona pacjentów przed nieprawidłowymi lub wprowadzającymi w błąd danymi, przy jednoczesnym edukowaniu ich, jak najlepiej interpretować i wykorzystywać prezentowane informacje. Co istotne, wg raportu „*Consumer decision making in healthcare: The role of information transparency*”, opublikowanego przez firmę McKinsey w 2020 r., pacjenci również zgłaszają potrzebę dostępu do danych nt. jakości. [101]. Ponad 60% pacjentów, którzy wzięli udział w badaniu twierdziło, że chcieliby uzyskać więcej informacji przy podejmowaniu decyzji, gdzie uzyskać pomoc. Ponadto, wyniki badania sugerują, że zapewnianie konsumentom lepszych i bardziej dostępnych informacji może mieć ogromny wpływ na sposób podejmowania decyzji. Nie należy zapominać, że udostępnianie danych o jakości do publicznej wiadomości niesie za sobą nieuniknione konsekwencje dla systemów opieki zdrowotnej, mianowicie w warunkach wolnego wyboru placówek medycznych oraz dysponując danymi na temat jakości świadczonych usług, pacjenci mają większą skłonność do wybierania placówek z wysokimi wskaźnikami jakości lub cieszącymi się lepszą reputacją, co może prowadzić do zmiany rozkładu placówek oraz zwiększenia czasu oczekiwania na świadczenia [102,103]. Aby zwiększyć wykorzystanie publicznie dostępnych informacji o jakości w procesie podejmowania decyzji przez użytkowników systemu, w celu wypracowania optymalnej strategii warto rozważyć następujące kwestie:

- a) Precyzyjne przedstawianie istotnych informacji – Informacje o jakości powinny być prezentowane w sposób jasny i przejrzysty, aby użytkownicy mogli łatwo zrozumieć, co oznaczają. Należy również upewnić się, że informacje są istotne dla podejmowanych decyzji.
- b) Projektowanie wskaźników dopasowanych do poziomu umiejętności użytkowników – Wskaźniki jakości powinny być dostosowane do poziomu umiejętności użytkowników. Dla osób o niskim poziomie umiejętności należy stosować proste i łatwe do zrozumienia wskaźniki. Dla osób o wysokim poziomie umiejętności można stosować bardziej złożone wskaźniki.

- c) Doskonalenie metod prezentacji – Metody prezentacji informacji o jakości powinny być doskonalone, aby były bardziej atrakcyjne i angażujące dla użytkowników. Należy również stosować nowe technologie, takie jak grafika i animacje, aby ułatwić zrozumienie informacji.
- d) Edukowanie pacjentów i użytkowników w zakresie jakości opieki zdrowotnej i długoterminowej – Pacjenci i użytkownicy powinni być edukowani w zakresie jakości opieki zdrowotnej i długoterminowej. Należy im wyjaśnić, jak interpretować informacje o jakości i jak podejmować decyzje o wyborze świadczeniodawcy.
- e) Zaangażowanie profesjonalistów w wspieranie publicznych systemów sprawozdawczości – Profesjonaliści z branży opieki zdrowotnej powinni być zaangażowani w wspieranie publicznych systemów sprawozdawczości. Mogą oni pomóc w opracowaniu wskaźników jakości, w szkoleniu personelu i w komunikacji z użytkownikami.
- f) Projektowanie narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji – Należy projektować narzędzia wspomagające podejmowanie decyzji, które pomogą użytkownikom w wyborze świadczeniodawcy. Narzędzia takie powinny być oparte na informacjach o jakości, a także uwzględniać indywidualne potrzeby i preferencje użytkownika [104].

### **1.7. Działania na rzecz poprawy jakości w polskim systemie opieki zdrowotnej**

#### **Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej**

Jak wspomniano na wstępie do niniejszej pracy, można uznać, że rok 2023 był przełomowy dla polskiego systemu opieki zdrowotnej w zakresie zintensyfikowania prac nad monitorowaniem oraz oceną jakości świadczonych usług medycznych. Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej wprowadza nowe zasady w zakresie sposobu monitorowania jakości opieki zdrowotnej. W art. 17 niniejszej ustawy zawarta została delegacja ustawowa, zgodnie z którą minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki jakości opieki onkologicznej wraz z ich wartością docelową oraz miernikami i formułą obliczenia wskaźnika jakości opieki onkologicznej dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej (...), mając na uwadze konieczność zapewnienia oczekiwanego poziomu informacji niezbędnych do oceny poziomu jakości opieki onkologicznej, służących podejmowaniu racjonalnych decyzji dotyczących wyboru działań ukierunkowanych na jej poprawę (ust. 2 i 3). Ponadto, określi również, kluczowe wskaźniki

jakości opieki onkologicznej wybrane spośród wskaźników jakości opieki onkologicznej określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2 i 3, mając na uwadze konieczność zapewnienia oczekiwanego poziomu jakości świadczeń opieki zdrowotnej (ust.4). Dodatkowo, przepisy ustawy obligują podmioty wykonujące działalność leczniczą wchodzące w skład KSO do publikowania do dnia 31 marca następnego roku, za rok poprzedni, na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej lub na swojej stronie internetowej rocznych raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej generowanych z systemu KSO, zawierających informacje dotyczące (...) osiągniętych wskaźników jakości opieki onkologicznej (Art. 26 ust.1 pkt 3) lit. b). Za monitorowanie jakości opieki na poziomie krajowym odpowiedzialny będzie Krajowy Ośrodek Monitorujący (KOM), zaś na poziomie poszczególnych województw, funkcję tę pełnić będą Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące (WOM). Pełnienie funkcji Krajowego Ośrodka Monitorującego (KOM) powierzone zostało Narodowemu Instytutowi Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowemu Instytutowi Badawczemu w Warszawie (Art. 22 ust.1), a do jego głównych zadań należeć będzie (Art. 22 ust.2):

- 1) zapewnienie opracowywania i aktualizowania (...) wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii, (...);
- 2) analizowanie na poziomie krajowym danych dotyczących stosowania kluczowych zaleceń dotyczących organizacji i postępowania klinicznego, właściwych dla nich wskaźników jakości opieki onkologicznej oraz ścieżek pacjenta dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny (...);
- 3) opracowywanie propozycji zmian wskaźników jakości opieki onkologicznej (...);
- 4) monitorowanie przebiegu, jakości i efektów programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej oraz przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycje modyfikacji realizacji tych programów (...);
- 5) prowadzenie szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego dla osób udzielających świadczeń opieki onkologicznej;
- 6) realizowanie zadań zleconych przez Radę;
- 7) opracowanie wzoru anonimowej ankiety oceny satysfakcji świadczeniobiorców i udostępnienie jej na swojej stronie internetowej;
- 8) przygotowywanie rekomendacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie promocji zdrowia oraz edukacji społecznej, w porozumieniu z Radą;
- 9) inicjonowanie działań dotyczących zapobiegania chorobom nowotworowym i ich zwalczania, w porozumieniu z Radą.



Dodatkowo, na potrzeby funkcjonowania sieci utworzona została Krajowa Rada Onkologiczna, która będzie pełniła funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Prezesa Funduszu (Art. 27 ust.1). W skład rady wchodzi 10 członków, w tym 4 ekspertów z następujących dziedzin: onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, patomorfologii, ekonomii i finansów, wskazanych przez ministra właściwego ds. zdrowia, oraz po jednym przedstawicielu KOM, WOM, NFZ, AOTMiT, Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych oraz organizacji pacjentów wskazany przez Rzecznika Praw Pacjenta [11]. Rozporządzeniem z dnia 10 lipca 2023 r. ówczesny Minister Zdrowia nadał statut Krajowej Radzie Onkologicznej [105]. Zdaniem twórców projektu ustawy ustanowienie KSO ma na celu wzrost efektywności leczenia nowotworów, zarówno w skali całego kraju, jak i w odniesieniu do społeczności lokalnych, dzięki standaryzacji i koordynacji procedur wysokospecjalistycznych oraz monitorowaniu jakości a oczekiwanym efektem wprowadzenia KSO ma być poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej [106].

#### **Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.**

Poza przepisami wprowadzonymi w życie ustawą o KSO, która ma zastosowanie wyłącznie w przypadku podmiotów prowadzących diagnostykę i leczenie onkologiczne kolejny akt prawny, który zostanie omówiony w niniejszym rozdziale ma przełożenie na wszystkich świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, na podstawie umów zawartych z NFZ, a mowa tu o ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Z uwagi na fakt, że przedmiotowa ustawa reguluje wiele kwestii związanych z jakością, a nie wszystkie będą przedmiotem dalszych rozważań, w niniejszym rozdziale poruszone zostaną wyłącznie te zagadnienia, które mają bezpośredni związek ze wskaźnikami jakości oraz zasadami ich udostępniania. I tak, w art. 4 ust. 1 określone zostało, że jakość w opiece zdrowotnej jest mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie obszarów:

- 1) klinicznego – rozumianego jako zestaw wskaźników odnoszących się do poziomu i efektów realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, opisywanych przez parametry:
  - a) efektu leczniczego,
  - b) powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny,
  - c) śmiertelności po zabiegach: w trakcie hospitalizacji w okresie 30 dni, 90 dni oraz roku od dnia zakończenia hospitalizacji,

- d) doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej,
  - e) struktury procedur medycznych wykonywanych w przypadkach określonych problemów zdrowotnych;
- 2) konsumentckiego – rozumianego jako wyniki badań opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zarządczego – rozumianego jako zestaw wskaźników odnoszących się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania, opisywanych przez parametry dotyczące:
- a) posiadania akredytacji lub innego certyfikatu albo świadectwa potwierdzającego jakość wydanego przez niezależną akredytowaną jednostkę,
  - b) stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu,
  - c) długości hospitalizacji,
  - d) struktury realizowanych świadczeń.

Natomiast delegacja ustawowa określona w art. 4 ust. 2 zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wskaźników jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej, którego wskaźnik dotyczy, lub grupy tych świadczeń oraz konieczność zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Podmiotem zobligowanym do monitorowania tychże wskaźników jest NFZ (Art. 5), a Prezes Funduszu w terminie do dnia 30 kwietnia każdego roku publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP) na stronie podmiotowej Funduszu wartość realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej (...). Na potrzeby wypracowania wskaźników jakości we wrześniu 2023 r. Minister Zdrowia powołała specjalny zespół do opracowania rekomendacji w zakresie wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Zespół liczy w sumie 30 członków a na jego czele stoi Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego. Przewodniczący zespołu ma dodatkowo czterech zastępców, wśród których wskazani zostali: Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Innowacji w Narodowym Funduszu Zdrowia; Dyrektor Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz Dyrektor Gabinetu Prezesa Funduszu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Oprócz Przewodniczącego i jego zastępców w składzie zespołu znalazło się również:

- a) trzech przedstawicieli Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia,
- b) trzech przedstawicieli Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia,

- c) czterech przedstawicieli Departamentu Analiz i Innowacji w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- d) trzech przedstawicieli Gabinetu Prezesa Funduszu w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- e) dwóch przedstawicieli Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- f) czterech przedstawicieli Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- g) przedstawiciel Departamentu Gospodarki Lekami w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- h) dwóch przedstawicieli Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
- i) dwóch przedstawicieli Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- j) przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego.

Do zadań Zespołu należy opracowanie i przedstawianie rekomendacji w zakresie wdrożenia wskaźników jakości opieki zdrowotnej odrębnie dla obszaru klinicznego, konsumenckiego i zarządczego, w tym:

- 1) wskazanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej oraz ustalenie harmonogramu ich wprowadzania do systemu opieki zdrowotnej;
- 2) opracowanie wartości wskaźników jakości opieki zdrowotnej;
- 3) opracowanie metodologii pomiaru wskaźników jakości opieki zdrowotnej;
- 4) określenie istotnych zmiennych, które wpływają na wartość wskaźników jakości opieki zdrowotnej z punktu widzenia klinicznego;
- 5) określenie zasad rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem współczynników korygujących związanych z uzyskaniem odpowiedniej wartości wskaźników jakości opieki zdrowotnej w odniesieniu do świadczeń, których dotyczą [107].

Zdaniem twórców projektu ustawy o jakości, uregulowanie kwestii systemowego monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w drodze odrębnego aktu prawnego, jakim jest przedmiotowa ustawa, pozwoli m.in. na: poprawę bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta przez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych; stworzenie warunków do systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i upubliczniania tych informacji; uzyskanie porównywalności podmiotów udzielających świadczeń pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz udostępnienie wyników opinii publicznej [108].

## Centrum Monitorowania Jakości

Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692) [109]. W zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2023 r. określony został statut CMJ (zał. 1) oraz regulamin organizacyjny instytucji (zał. 2). W §2 załącznika nr 1 do zarządzenia określony został przedmiot działalności Centrum, i tak w szczególności jest to: (...); 5) opracowywanie i wdrażanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej; (...); 7) opracowywanie metodologii badań opinii i doświadczeń pacjentów, a także przeprowadzanie tych badań i analizowanie ich wyników oraz opracowywanie wniosków i zaleceń w tym zakresie; 8) opracowywanie projektu ankiety badania opinii i doświadczeń pacjentów, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy o jakości. Natomiast w §4 ust.2 pkt 2 zał. nr 2 określono, że pracownicy CMJ oprócz zadań szczegółowych wskazanych w regulaminie, realizują również zadania polegające na: (...); 2) współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi instytucjami, których przedmiotem działalności jest prowadzenie analiz danych dotyczących funkcjonowania opieki zdrowotnej lub opracowywanie i wdrażanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Ponadto, w §6 ust. 2 załącznika nr 2 do niniejszego zarządzenia określone zostały szczegółowe zadania należące do Działu Analiz CMJ, do których należy: (...)

- 2) opracowywanie i wdrażanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej, w szczególności:
  - a) opracowywanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej z uwzględnieniem obowiązujących standardów i wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych, opracowywanych przez właściwe towarzystwa naukowe w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, w zakresie odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - b) wskazywanie wartości oczekiwanej dla wskaźników jakości opieki zdrowotnej,
  - c) monitorowanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą,
  - d) ocena działań podejmowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na podstawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej,
  - e) udzielanie informacji, prowadzenie szkoleń i promowanie dobrych praktyk w zakresie wdrażania i poprawy osiągniętych wartości wskaźników jakości opieki zdrowotnej dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą; (...).

Warto zaznaczyć, że CMJ jest instytucją, która została powołana przez Ministra Zdrowia w celu inspirowania oraz wspierania działań zmierzających do poprawy jakości usług medycznych świadczonych przez placówki polskiej opieki zdrowotnej w 1994 r. Natomiast dotychczasowa działalność Centrum skupiona była głównie na akredytacji szpitali oraz badaniach satysfakcji pacjenta (PASAT) [110]. Na stronie CMJ można również odnaleźć wyniki rankingu szpitali CMJ „Bezpieczny szpital 2020” (XVII Edycja) opublikowanego w dodatku do dziennika Rzeczpospolita. Co ciekawe projekt ustawy o jakości, który został przedstawiony do konsultacji publicznych w lipcu 2021 r. zakładał likwidację CMJ z dniem 31 grudnia 2022r. (Art. 71 projektu ustawy) oraz przeniesienie jego zadań oraz pracowników do struktury NFZ [108]. Z uwagi na krytykę zaproponowanego rozwiązania CMJ nie zostało rozwiązane a w przyjętym zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2023r. zaktualizowany został zarówno statut jak i szczegółowy zakres działań tej instytucji.

### **Podsumowanie działań na rzecz poprawy jakości**

Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta to dwa ważne akty prawne, które mają na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Jednym z ich kluczowych elementów jest publikowanie danych na temat jakości, które mają być dostępne dla opinii publicznej. Przeglądając się przytoczonym powyżej aktom prawnym można jednak odnieść wrażenie, że w dalszym ciągu brakuje koordynacji działań związanych z opracowywaniem oraz monitorowaniem wskaźników jakości. Proces opracowywania wskaźników stosowanych w onkologii zdaje się być prowadzony „obok” pozostałych działań, co może prowadzić do powstania szumu informacyjnego. Dodatkowo zadania zespołu powołanego do opracowania rekomendacji w zakresie wskaźników jakości opieki zdrowotnej wydają się być tożsame z zadaniami Działu Analiz CMJ. Mając na uwadze powyższe zasadnym wydaje się połączenie wysiłków związanych z tak istotnym zadaniem, jakim jest opracowywanie wskaźników jakości w ramach wszystkich powołanych zespołów. Wydaje się, że współpraca wszystkich instytucji zaangażowanych w proces pozwoliłaby uzyskać lepsze efekty a transfer pomysłów pomiędzy poszczególnymi instytucjami mógłby się przełożyć na wypracowanie spójnej metodyki oraz interpretacji przyjętych definicji.

Publikowanie danych o jakości, to nie tylko wymóg prawny, ale także narzędzie służące transparentności i informowaniu pacjentów. Dostęp do wiarygodnych informacji o jakości opieki zdrowotnej umożliwia pacjentom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących

wyboru dostawców usług medycznych. Przede wszystkim, dostęp do danych o jakości pozwala pacjentom na porównywanie różnych placówek medycznych pod względem jakości świadczonych usług. Dzięki temu pacjenci mogą wybrać placówkę, która zapewni im najlepszą opiekę, dostosowaną do ich indywidualnych potrzeb. Ponadto, publikowanie danych o jakości sprzyja konkurencji w sektorze opieki zdrowotnej. Placówki medyczne, które chcą przyciągnąć nowych pacjentów, muszą dbać o jakość swoich usług. Pozwala to im na zaprezentowanie swoich osiągnięć i wyróżnienie się na tle konkurencji. Oprócz tego, publikowanie informacji o jakości sprzyja odpowiedzialności i doskonaleniu systemu opieki zdrowotnej. Informacje te pozwalają na ocenę efektywności działań podejmowanych w sektorze ochrony zdrowia, a także na identyfikację obszarów, które wymagają ulepszeń. Działania te przyczyniają się do ciągłego podnoszenia standardów opieki zdrowotnej. W rezultacie, dostęp do danych o jakości przyczynia się zarówno do ochrony pacjentów przed nieprawidłowymi lub wprowadzającymi w błąd danymi, jak i do edukowania ich, jak najlepiej interpretować i wykorzystywać prezentowane informacje. Publikowanie tych danych staje się zatem ważnym narzędziem wspierającym pacjentów i podnoszącym jakość opieki zdrowotnej. Oto kilka konkretnych przykładów korzyści wynikających z publikowania informacji o jakości:

- Pacjent z chorobą nowotworową może porównać wyniki leczenia w różnych ośrodkach onkologicznych, aby wybrać placówkę, w której ma największą szansę na wyleczenie.
- Pacjentka w ciąży może sprawdzić, które szpitale mają najniższą śmiertelność okołoporodową, aby podjąć decyzję o miejscu porodu.
- Pacjent z cukrzycą może sprawdzić, które przychodnie mają najniższy wskaźnik powikłań cukrzycy, aby wybrać placówkę, która zapewni mu najlepszą opiekę.

W kontekście publikowania danych o jakości ważne jest zrozumienie mechanizmów, którymi będą się kierowali pacjenci przy podejmowaniu decyzji o wyborze placówki medycznej. Badania pokazują, że pacjenci mogą kierować się różnymi czynnikami, w tym:

- Doświadczeniem osobistym lub rekomendacjami znajomych i rodziny.
- Informacjami na temat placówki medycznej, takimi jak lokalizacja, dostępność i godziny pracy.
- Informacjami o jakości opieki, takimi jak wyniki leczenia, powikłania i śmiertelność.

Ważne jest, aby informacje o jakości były prezentowane w sposób, który jest łatwy do zrozumienia i interpretacji dla pacjentów. Dane powinny być również porównywalne, aby

pacjenci mogli porównywać różne placówki medyczne. Aby ułatwić pacjentom podejmowanie decyzji na podstawie danych nt. jakości, dane te powinny być:

- Prezentowane w sposób jasny i czytelny.
- Porównywalne, aby pacjenci mogli je łatwo porównywać.
- Opatrzone komentarzami, które pomagają pacjentom zrozumieć ich znaczenie.
- Połączone z edukacją pacjentów w zakresie ich interpretacji.

Oczywiście, publikowanie informacji o jakości to nie panaceum na wszystkie problemy z jakością opieki zdrowotnej. Jak już wspomniano, ważne jest, aby dane były wiarygodne i porównywalne, a także aby pacjenci mieli odpowiednie przygotowanie nt. sposobu ich interpretacji. Ponadto, sposób prezentacji powinien być opracowany tak, aby były one użyteczne dla odbiorcy. Dostosowanie sposobu prezentacji do osób w różnym wieku i z różnym wykształceniem niewątpliwie może stanowić wyzwanie dla instytucji odpowiedzialnych za ten obszar. To w jaki sposób informacje o jakości zostaną zaprezentowane lub zwizualizowane będzie przekładać się na sukces lub porażkę całego procesu. Dostęp do wiarygodnych informacji o jakości opieki zdrowotnej stanowi niezbędny element systemu opieki zdrowotnej, który sprzyja pacjentom i podnosi jakość opieki.

Publikowanie danych nt. jakości to ważny krok w kierunku poprawy jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Dzięki dostępowi do tych danych, pacjenci będą mogli podejmować świadome decyzje dotyczące swojego zdrowia, a system opieki zdrowotnej będzie mógł się stale rozwijać i doskonalić. Rywalizacja bowiem może stanowić bodziec do ciągłej poprawy standardów, procedur oraz wyników klinicznych. Szpitale, aby przyciągnąć pacjentów, są zmotywowane do doskonalenia swoich praktyk i dostarczania lepszej opieki. Wybór szpitala przez pacjentów w warunkach pełnej wiedzy na temat jakości udzielanych świadczeń może przełożyć się na koncentrację leczenia w podmiotach o najwyższych ocenach. Działanie to może w konsekwencji doprowadzić do zwiększenia konkurencji pomiędzy szpitalami funkcjonującymi na tym samym rynku a co za tym idzie poprawy jakości konkurentów, wypadających słabiej w rankingu lub odwrotnie, do eliminacji z systemu szpitali nieefektywnych osiągających bardzo niskie wskaźniki jakości.

## **II. Założenia i cel pracy**

### **2.1. Przedmiot badań**

Dotychczasowa wiedza teoretyczna oraz doświadczenie praktyczne wskazują na istotną potrzebę pogłębiania badań nad wpływem jakości opieki zdrowotnej na decyzje podejmowane przez przyszłych pacjentów w kontekście zmian zachodzących w systemie opieki zdrowotnej. Pacjenci obecnie dysponują szerokim wachlarzem narzędzi, dzięki któremu mogą bardziej świadomie podejmować decyzje w zakresie swojego leczenia, a na przestrzeni najbliższych lat liczba dostępnych danych o jakości wzrośnie. Znaczenia nabiera również tzw. „pacjentocentryzm”, który w głównej mierze opiera się o wzajemne zaangażowanie ze strony zarówno lekarza, jak i pacjenta. Taki model stawia pacjenta w centrum i zakłada, że między pacjentem a lekarzem funkcjonują relacje partnerskie [111]. Warto zatem przyjrzeć się dotychczasowym doświadczeniom pacjentów jak również ich przyszłym preferencjom w zakresie wyboru szpitala.

Głównym problemem badawczym w niniejszej rozprawie jest ustalenie jakie czynniki wpływają na decyzje podejmowane przez pacjentów w zakresie wyboru szpitala oraz określenie jakie znaczenie ma dla nich jakość opieki zdrowotnej.

Ustalenie tych czynników może mieć istotne znaczenie praktyczne, ponieważ dają one szansę na dostosowanie publikowanych treści do oczekiwań pacjentów oraz mogą wpłynąć na zmianę postrzegania w zakresie planowania rozmieszczenia szpitali oraz kontraktowania świadczeń.

### **2.2. Cele pracy**

Zgodnie z dotychczasowym stanem wiedzy dotyczącym czynników wpływających na decyzje pacjentów oraz wzorców zachowań obserwowanych np. w Stanach Zjednoczonych po wprowadzeniu Hospital Star Ratings Program, sformułowano następujące cele badawcze:

1. Określenie czym kierują się konsumenci przy wyborze szpitala w warunkach pełnej swobody wyboru dysponujący wiedzą na temat jakości usług medycznych w poszczególnych szpitalach.
2. Znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak Polacy rozumieją wysoką jakość opieki zdrowotnej.
3. Identyfikacja potencjalnych następstw związanych z publikowaniem informacji nt. jakości dla polskiego systemu opieki zdrowotnej.



### 2.3. Pytania i hipotezy badawcze

Odnosząc się do sformułowanych celów postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy krótki czas oczekiwania na świadczenia medyczne stanowi czynnik decydujący o wyborze szpitala?
2. Czy odległość szpitala od miejsca zamieszkania ma istotne znaczenie przy wyborze podmiotu, w którym prowadzone będzie leczenie?
3. Czy istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od czynników socjodemograficznych?
4. Czy rodzaj schorzenia będącego przyczyną hospitalizacji wpływa na postrzeganie jakości opieki zdrowotnej?
5. Czy ogólnodostępne informacje na temat jakości opieki zdrowotnej mogą prowadzić do koncentracji opieki w ośrodkach najwyżej ocenianych w rankingach, niezależnie od czasu oczekiwania na świadczenia oraz ich odległości od miejsca zamieszkania potencjalnych pacjentów?

W odpowiedzi na postawione w niniejszej rozprawie pytania badawcze przyjęto następujące hipotezy główne, dodatkowo z jednej z nich (nr 3) zostały wyodrębnione hipotezy szczegółowe:

**H1:** Wraz ze wzrostem czasu oczekiwania na hospitalizację planową w szpitalu ocenianym jako placówka wysokiej jakości następuje zmniejszenie wymagań pacjentów w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie leczniczym.

**H2:** Wraz ze wzrostem czasu dojazdu (odległości) z miejsca zamieszkania pacjenta do wysoko ocenianego szpitala następuje zmniejszenie wymagań pacjentów w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie leczniczym.

**H3:** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od czynników socjodemograficznych.

**H3.1:** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od wieku respondentów.

**H3.2:** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od płci respondentów.

**H3.3:** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od wykształcenia respondentów.

**H3.4:** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania respondentów.

**H4:** Istnieją różnice w definiowaniu jakości opieki zdrowotnej w zależności od schorzenia będącego przyczyną hospitalizacji.

**H5:** Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż czas oczekiwania, wielkość szpitala i bliskość miejsca zamieszkania.

Uzasadnienie hipotezy pierwszej jest następujące: Zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną wzrosło ze względu na starzenie się społeczeństwa, zwiększoną częstość występowania chorób przewlekłych i rozwój technologiczny. W systemach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wzrost podaży nie zawsze nadąża za wzrostem popytu [112], co prowadzi do wydłużenia czasu oczekiwania na opiekę zdrowotną [113]. Czas oczekiwania na planową opiekę zdrowotną wynika z niedopasowania popytu i podaży, a zatem leży u podstaw napięcia między rosnącym popytem a wysiłkami na rzecz zapewnienia zrównoważonych wydatków na ochronę zdrowia [114–116]. Wykazano, że wydłużający się czas oczekiwania wiąże się z niezadowoleniem pacjentów [117], opóźnionym dostępem do leczenia [118], gorszymi wynikami klinicznymi [119–121], zwiększonymi kosztami [122,123], nierównościami i niepokojem wśród pacjentów [124–127]. Pacjenci o wyższej potrzebie lub pilności powinni co do zasady czekać krócej w oparciu o określone zasady ustalania priorytetów na listach oczekujących [128]. W przypadku pacjentów z przewlekłymi schorzeniami, czas oczekiwania może stanowić skumulowane obciążenie. Pacjenci z chorobami przewlekłymi mogą nie mieć możliwości wykonywania pracy zawodowej, co może przyczyniać się do pogorszenia sytuacji społeczno-ekonomicznej. Wiadomo, że deprivacja społeczno-ekonomiczna wiąże się ze zwiększonym obciążeniem chorobami, co zwiększa wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej [129]. Zatem krótki czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia powinien być dla pacjentów bardzo istotnym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji o wyborze szpitala, ponieważ wydłużenie czasu oczekiwania może się wiązać z wieloma niekorzystnymi dla zdrowia konsekwencjami.

Uzasadnienie hipotezy drugiej: Istnieje wiele publikacji badających wpływ informacji na temat jakości opieki na wybór szpitala przez pacjentów. Większość z nich wskazuje na pozytywny wpływ informacji na decyzje podejmowane przez pacjentów [130–134].

Wcześniejsze badania wykazały, że pacjenci są skłonni do wydłużenia czasu dojazdu do szpitala, aby otrzymać opiekę lepszej jakości. Pilny i Mennicken [103] badali wpływ reputacji szpitala na wybór placówki przez pacjentów poddawanych zabiegowi pomostowania aortalno-wieńcowego (ang. *Coronary artery bypass graft surgery CABG*). Uzyskane przez autorów wyniki w mieszanym modelu logitowym dla reputacji szpitala wskazują, że 76% pacjentów przy wyborze szpitala pozytywnie ocenia reputację placówki. Dodatkowo, odnaleźli oni dowody na kompromis pomiędzy reputacją szpitala a czasem podróży, co oznacza, że znaczna część pacjentów jest skłonna zaakceptować dodatkowy czas podróży, aby skorzystać z leczenia w szpitalu o lepszej reputacji. Zatem, gdy promień dostępnych szpitali wzrasta, wyższy odsetek pacjentów uwzględnia renomę szpitala w pozytywny sposób w swoim procesie podejmowania decyzji. W związku z tym można stwierdzić, że znaczna część pacjentów, akceptując dodatkowy czas podróży, jest bardziej wrażliwa na renomę szpitala, co oznacza, że pacjenci są skłonni wybrać bardziej oddalone szpitale aby poddać się zabiegowi CABG. Co istotne, średnia współczynnika czasu podróży jest ujemna dla wszystkich próbek, czyli prawdopodobieństwo wyboru szpitala maleje wraz z odległością. Dodatkowo, wyniki uzyskane przez Sivey [135] w badaniu dotyczącym planowej operacji zaćmy, koncentrującym się na kompromisie pomiędzy czasem oczekiwania na przyjęcie do szpitala a czasem podróży (odległością), wskazują, że czas podróży ma znacznie silniejszy wpływ na prawdopodobieństwo wyboru szpitala niż czas oczekiwania. Mając na uwadze dotychczasowe badania, warto jest przyjrzeć się znaczeniu odległości przy wyborze placówki, czy Polacy będą decydowali się „poświęcić” jakość opieki na rzecz bliższej odległości szpitala od miejsca zamieszkania.

Uzasadnienie hipotezy trzeciej: Postrzeganie przez pacjentów jakości opieki lub ich zadowolenia z otrzymanej opieki zdrowotnej badano w odniesieniu do wielu różnych aspektów. Cechy socjodemograficzne są zmiennymi najczęściej badanymi w odniesieniu do zadowolenia pacjentów [136]. Dotychczasowe badania wskazują, że cechy socjodemograficzne mogą wpływać na postrzeganie jakości przez pacjentów. Zmienna wieku była wielokrotnie badana i wielu recenzentów dochodzi do wniosku, że starsi pacjenci są bardziej zadowoleni z otrzymywanej opieki [137,138]. Cohen [139] natomiast sugeruje, że może to być spowodowane niższymi oczekiwaniami starszych pacjentów w stosunku do opieki zdrowotnej. Hall i Dornan [137] twierdzą, że możliwe jest, że pacjenci w podeszłym wieku są zwykle traktowani przez personel medyczny z większym szacunkiem i uwagą. W badaniach nad jakością opieki zdrowotnej rzadko zwracano uwagę na różnice między płciami [140], natomiast

kilka badań pokazuje, że istnieją różnice między płciami pod względem częstości występowania zachorowań, prezentacji objawów, wyników leczenia i rokowania w wielu chorobach [141–143]. Różnice między płciami stwierdzono także w komunikacji, co odgrywa rolę w ocenie jakości opieki [141–144]. Kobiety wysyłają więcej listów ze skargami na system opieki zdrowotnej niż mężczyźni. Kobiety częściej niż mężczyźni krytykują relacje lekarz-pacjent, opiekę zdrowotną oraz odmowę i ograniczanie leczenia zarówno opartego na lekach, jak i nielekowego [145]. W związku z tym warto przybliżyć kwestię występowania różnic w postrzeganiu jakości opieki w zależności od płci. Również wykształcenie respondentów może mieć wpływ na sposób postrzegania przez nich jakości opieki zdrowotnej. Wyniki badania przeprowadzonego przez Teunissen i wsp. [140] wskazują, że poziom wykształcenia przekładał się na inne spojrzenie na jakość, np. kobiety z wyższym wykształceniem oraz w wieku od 45 do 64 lat, oceniają opiekę szpitalną istotnie niżej niż mężczyźni. Ostatnim brany pod uwagę czynnikiem socjodemograficznym jest miejsce zamieszkania, które również może wpływać na postrzeganie jakości. Wyniki badań przeprowadzonych w Kanadzie przez Levinton i wsp. [146] wskazują, że pacjenci mieszkający poza Toronto byli konsekwentnie bardziej usatysfakcjonowani niż pacjenci mieszkający w Toronto, gdy obie grupy pacjentów były hospitalizowane w Toronto ( $P < 0.0001$ ). Natomiast pacjenci mieszkający w Toronto byli zazwyczaj i znacznie bardziej zadowoleni niż pacjenci mieszkający poza Toronto, gdy byli hospitalizowani w placówkach poza Toronto ( $P < 0.02$ ). Również wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wskazują, że mogą istnieć różnice w zadowoleniu pacjentów w zależności od miejsca zamieszkania [147]. Zatem jeśli istnieją różnice w poziomach satysfakcji pacjentów w zależności od miejsca zamieszkania, domniemywać można również istnienia różnic w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie hipotezy czwartej: Istnieją badania wskazujące związek pomiędzy satysfakcją pacjentów a ich stanem zdrowia [92]. Weiss [148] dokonując przeglądu piśmiennictwa na temat związku między satysfakcją pacjenta a stanem zdrowia, odnalazł trzy badania, w których stwierdzono, że osoby o gorszym stanie zdrowia były mniej zadowolone z otrzymanej opieki medycznej. To stwierdzenie potwierdza, że wśród osób chorych przewlekle istnieje tendencja do raczej negatywnej oceny usług opieki zdrowotnej. Sixma i wsp. [92] wykazali, że wskaźniki związane ze stanem zdrowia mają niezależny i istotny wpływ na satysfakcję pacjenta. W związku z tym, że przeprowadzone badanie uwzględniało pytanie dotyczące schorzeń, będących przyczyną wyboru szpitala, zasadne wydaje się zbadanie związku między przyczyną hospitalizacji a definiowaniem jakości opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie hipotezy piątej: Hipoteza ta zakłada, że w przypadku wyboru szpitala, jakość świadczonych usług będzie miała dla pacjentów większe znaczenie niż czas oczekiwania, wielkość szpitala czy odległość od miejsca zamieszkania. Z prowadzonych dotychczas badań w tym zakresie wynika, że pacjenci częściej wybierają dostawców oferujących usługi wysokiej jakości [131,149]. Wykorzystując dane dotyczące wszystkich hospitalizowanych pacjentów Medicare w Kalifornii w latach 1998–2004 oraz próbę innych szpitali w USA w latach 1994–2002, Pope [133] stwierdził, że publikowane co roku rankingi szpitali mają znaczący wpływ na decyzje pacjentów. Varkevisser i wsp. [149] przeprowadzili badanie wrażliwości pacjentów na różnice w jakości mierzonej publicznymi ocenami na holenderskim rynku zabiegów angioplastyki. Z wyników przeprowadzonych symulacji wynika, że zmiany w ogólnej reputacji szpitala mają duży wpływ na wybór pacjenta. Uzasadniony zatem wydaje się być wybór hipotezy dotyczącej przewagi wysokiej oceny w rankingu nad innymi czynnikami uwzględnianymi w procesie decyzyjnym.

### **III. Materiał i metodyka badań**

#### **3.1. Organizacja i przebieg badania**

Projekt badawczy uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku (rekomendacja z dnia 18.05.2023 r. nr APK.002.279.2023).

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu poinformowano zarówno o celu, jak i sposobie przeprowadzenia badania. Respondenci wyrazili dobrowolną zgodę na udział w projekcie badawczym, a wszystkie dane uzyskane od uczestników miały charakter anonimowy.

Badanie przeprowadzone zostało w dniach 28-30 czerwca 2023 r. metodą CAWI (wywiady internetowe wspierane komputerowo) na panelu badawczym ReaktorOpinii.pl. Panel ten posiada certyfikat PKJPA przyznawany przez Polskie Towarzystwo Badaczy Rynku i Opinii. Jest to jeden z większych paneli badawczych w Polsce, co gwarantuje możliwość losowania próby z dużego operatu.

Losowanie próby nastąpiło metodą warstwową, w celu eliminacji ewentualnych skrzywień struktury panelu badawczego. Struktura próby podlegała kontroli poprzez nałożenie kwot na strukturę zrealizowanych wywiadów.

Zbieranie danych i kontrola jakości: zbieranie danych nastąpiło przez internetowy system ankietowy InData Instytutu Badań Pollster. System ten umożliwia weryfikację szeregu czynników, które przekładają się na jakość zbieranych danych:

1. Uniemożliwienie wypełniania badania przez tę samą osobę więcej niż jeden raz.
2. Uniemożliwienie wypełniania badania przez tę samą osobę na wielu kontach – poprzez nadawanie plików cookies i analizę adresów IP.
3. Weryfikacja czasu wypełnienia ankiety i oznaczenie osób wypełniających badanie znacznie szybciej niż przeciętnie.
4. Weryfikacja rozkładu odpowiedzi – czy badany nie zaznacza ciągle tej samej odpowiedzi, np. pierwszej.
5. Pytania sprawdzające uważność badanego w losowych miejscach – pojawiają się pytania proszące badanego o zaznaczenie konkretnej odpowiedzi, w celu weryfikacji czytania poleceń.

Wywiady określone jako nierzetelne zostały odrzucone w trakcie realizacji badania, a w ich miejsce realizowane były nowe wywiady.

Etyka badania: w celu zapewnienia najwyższych standardów etycznych zaplanowano szereg działań mających zapewnić komfort osobom badanym:

1. Przedstawienie im dokładnego celu badania i wyjaśnienie sposobu wykorzystania zebranych danych przed decyzją o udziale w badaniu.
2. Zapewnienie anonimowości badanym – ich odpowiedzi nie są łączone z ich danymi osobowymi.
3. Zapewnienie analiz zbiorczych – badacze analizować będą zbiorcze zestawienia statystyczne, a nie pojedyncze wywiady.
4. Zapewnienie o możliwości przerwania wypełniania badania – poinformowanie badanych, że w dowolnej chwili mogą przerwać wypełnianie badania, a analizie zostaną poddane tylko ankiety wypełnione do końca.

### **Spodziewane korzyści**

Wyniki uzyskane w ramach badania przyczynią się do lepszego zrozumienia mechanizmów, jakimi kierują się osoby wybierające miejsce, w którym będą leczone oraz mogą posłużyć decydom w planowaniu dalszych działań projakościowych oraz szacowania ich potencjalnych następstw dla systemu opieki zdrowotnej.

### **3.2. Dobór badanej próby**

Badaną populacją byli obywatele Polski w wieku powyżej 18 lat. Próba badawcza wynosiła 2 196 osób, o strukturze zgodnej z badaną populacją w zakresie grup wiekowych (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 oraz 65 i więcej), płci, wielkości miejscowości zamieszkania, regionu zamieszkania oraz poziomu wykształcenia. Badana próba stanowi reprezentatywną próbę populacji Polski. Reprezentatywność próby to bardzo ważny koncept w prowadzonych badaniach, który odnosi się do tego, na ile próba (grupa ludzi lub elementów) zastosowana do przeprowadzenia badania jest wiernym odzwierciedleniem całej populacji, którą badacz stara się zbadać. Aby wyniki badania były wiarygodne i można było je ogólnie stosować do całej populacji, próba musi być reprezentatywna. Oznacza to, że próba powinna odzwierciedlać różne grupy ludzi lub elementy w populacji pod względem ważnych cech, takich jak wiek, płeć, wykształcenie, dochody, geografia itp.

### 3.3. Opis metod i narzędzi badawczych

Podstawę badania stanowił autorski kwestionariusz ankietowy obejmujący pytania dotyczące definiowania wysokiej jakości opieki zdrowotnej, dotychczasowych doświadczeń pacjentów oraz ich przyszłych preferencji w zakresie wyboru szpitala.

Ankieta składała się łącznie z 25 pozycji, w tym metryczki uwzględniającej 6 pytań pozwalających na gromadzenie danych socjodemograficznych, takich jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz sytuacja zawodowa. Pozostałe 19 pytań można podzielić na trzy główne części ankiety. W pierwszej części kwestionariusza zawarte zostały pytania opracowane w głównej mierze na podstawie piśmiennictwa, ale również doświadczeń własnych. Powinny one przyczynić się do dokładniejszego zrozumienia, jak respondenci postrzegają wysoką jakość opieki zdrowotnej. Stwierdzenia ujęte w pytaniu nr 1 pochodziły w głównej mierze z odnalezionych w piśmiennictwie wyników badań jakościowych. Na przykład w badaniu przeprowadzonym przez Alemu i wsp. [150], 49 letni chory na raka pacjent wskazał, że kryterium wyboru szpitala była jakość, zaś na pytanie czym dla niego jest jakość odpowiedział *„Jeśli lekarz prawidłowo zidentyfikuje mój problem i zapewni mi odpowiednie leczenie, to jest to opieka wysokiej jakości. Jeśli leczenie nie powoduje u mnie żadnych obrażeń ani dyskomfortu, to również jest to opieka wysokiej jakości. Jeśli leczenie eliminuje mój problem zdrowotny, jest to opieka wysokiej jakości. Opieka wysokiej jakości jest również wtedy, gdy profesjonaliści traktują mnie jak człowieka, a nie jak podmiot lub przedmiot”*. Przy pomocy 5-stopniowej skali Likerta [151] respondenci mieli ocenić w jakim stopniu zgadzają się z tym, że dane stwierdzenie najlepiej definiuje wysoką jakość opieki zdrowotnej. Możliwe warianty odpowiedzi wahały się od „zdecydowanie tak”, do „zdecydowanie nie”. W kolejnym pytaniu ankietowani otrzymywali do uszeregowania pod względem istotności taki zestaw stwierdzeń, dla których w pytaniu pierwszym wskazali odpowiedź „zdecydowanie tak”. Pytanie nr 3 miało na celu lepsze zrozumienie czy wielkość szpitala wpływa na sposób, w jaki jest on postrzegany przez ankietowanych. Pytania nr 4 i 5 miały na celu wyłonienie tych respondentów, którzy brali udział w wyborze szpitala dla siebie lub innej osoby, a jeśli tak to jakich schorzeń ten wybór dotyczył. Powyższe powinno przyczynić się do lepszego poznania mechanizmów decyzyjnych w zależności od przyczyny hospitalizacji. Kolejne pytania w kwestionariuszu dotyczyły czynników, które determinowały decyzje podejmowane przez pacjentów w zakresie wyboru szpitala. Pytanie nr 6 przeznaczone było wyłącznie dla tych respondentów, którzy w przeszłości dokonywali wyboru szpitala. W pytaniu tym, ponownie używając skali Likerta, respondenci mieli wskazać jakimi



przesłankami kierowali się wybierając szpital. Dalsze pytania (nr 7 i 8 ) dotyczyły korzystania przez ankietowanych z portali internetowych oceniających lekarzy oraz ich użyteczności w procesie podejmowania decyzji. Pytanie nr 9 miało na celu poznanie opinii ankietowanych na temat potrzeby publikowania danych o jakości w postaci rankingu szpitali. Kolejne pytania (nr 10 i 11) odnosiły się do znajomości założeń aktów prawnych, tj. ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta oraz ich ewentualnego wpływu na poprawę jakości opieki zdrowotnej. Kolejnych 5 pytań miało na celu poznanie opinii ankietowanych na kwestię udostępniania informacji nt. jakości do publicznej wiadomości i ich wpływu na podejmowanie decyzji, jak również zakresu danych, które w ocenie ankietowanych powinny być uwzględniane w rankingu szpitali. Obszary wskazane w pytaniu nr 14 obejmują 5 grup uwzględnianych w amerykańskim Overall Star Rating [152], a są nimi: śmiertelność, bezpieczeństwo opieki, ponowne przyjęcia, doświadczenia pacjentów oraz terminowość i skuteczność opieki. Ostatnie trzy pytania dotyczyły preferencji pacjentów w zakresie prowadzonego leczenia w odniesieniu do konkretnych parametrów jakościowych. W tej części uwzględniono m.in. pytania służące do wyznaczenia momentu, w którym przyszły pacjent jest skłonny zrezygnować z wysokiej jakości na rzecz np. krótszego czasu oczekiwania, bądź też mniejszej odległości placówki od miejsca zamieszkania.

## IV. Wyniki

### 4.1. Charakterystyka badanej próby

#### 4.1.1. Socjodemograficzny opis badanej próby

W badaniu wzięło udział 2196 ankietowanych, spełniających kryteria, które zostały przedstawione w poprzednim rozdziale. Zróżnicowanie próby pod względem ocenianych zmiennych przedstawione zostało w poniższych tabelach, w których zawarto najważniejsze dane socjodemograficzne.

Spośród uczestników badania liczniejszą grupę stanowiły kobiety (52%), wśród ankietowanych kobiet można zaobserwować przewagę pań w wieku 65 lat i więcej (27%) natomiast w grupie mężczyzn najliczniejszą grupę stanowili panowie pomiędzy 34 a 44 rokiem życia (22%). W przypadku obu płci najmniej liczną grupę stanowiły osoby pomiędzy 18 a 24 rokiem życia (8% w przypadku kobiet i 9% w przypadku mężczyzn). Uzyskane wyniki przedstawiono w Tab. III i Tab. IV.

**Tab. III Charakterystyka badanej próby ze względu na płeć**

Płeć	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
Kobieta	1149	52%	1149	100%	-	-
Mężczyzna	1047	48%	-	-	1047	100%
<b>Łącznie</b>	<b>2196</b>	<b>100%</b>	<b>1149</b>	<b>100%</b>	<b>1047</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

**Tab. IV Charakterystyka badanej próby ze względu na wiek**

Wiek	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
18-24	184	8%	90	8%	94	9%
25-34	356	16%	176	15%	180	17%
35-44	446	20%	220	19%	226	22%
45-54	360	16%	180	16%	180	17%
55-64	340	15%	178	15%	163	16%
65 i więcej	509	23%	305	27%	204	19%
<b>Łącznie</b>	<b>2196</b>	<b>100%</b>	<b>1149</b>	<b>100%</b>	<b>1047</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

W Tab. V przedstawiono rozkład badanej próby ze względu na województwo zamieszkania. W całkowitej liczbie przebadanych osób najliczniejsze grupy stanowili mieszkańcy województwa mazowieckiego, śląskiego oraz wielkopolskiego, a ich udział w ogólnej liczbie ankietowanych wynosił odpowiednio 14%, 12% oraz 9%. Najmniej liczne grupy stanowili mieszkańcy województwa lubuskiego, opolskiego oraz świętokrzyskiego, a udział każdej z nich w ogólnej liczbie przebadanych osób wynosił 3%.

**Tab. V Charakterystyka badanej próby ze względu na województwo**

Województwo	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
Dolnośląskie	167	8%	76	7%	91	9%
Kujawsko-pomorskie	119	5%	66	6%	52	5%
Lubelskie	121	5%	62	5%	59	6%
Lubuskie	57	3%	38	3%	19	2%
Łódzkie	141	6%	70	6%	71	7%
Małopolskie	195	9%	101	9%	95	9%
Mazowieckie	312	14%	160	14%	152	14%
Opolskie	57	3%	36	3%	21	2%
Podkarpackie	121	5%	61	5%	60	6%
Podlaskie	68	3%	25	2%	43	4%
Pomorskie	134	6%	70	6%	64	6%
Śląskie	257	12%	138	12%	119	11%
Świętokrzyskie	70	3%	40	3%	31	3%
Warmińsko-mazurskie	81	4%	42	4%	40	4%
Wielkopolskie	200	9%	113	10%	87	8%
Zachodniopomorskie	97	4%	52	5%	44	4%
<b>Łącznie</b>	<b>2196</b>	<b>100%</b>	<b>1149</b>	<b>100%</b>	<b>1047</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

Najwięcej spośród przebadanych osób 878 (40%) zamieszkiwało wsie, kolejną pod względem liczebności grupę stanowili mieszkańcy miast liczących do 100 tysięcy mieszkańców 703 osoby (32%) i łącznie stanowili oni ponad 70% przebadanej próby. Najmniej liczną grupę stanowili mieszkańcy dużych miast o liczebności powyżej 500 tysięcy mieszkańców, a ich udział w ogólnej liczbie ankietowanych wynosił 12%. Uzyskane wyniki zaprezentowane zostały w Tab. VI.

**Tab. VI Charakterystyka badanej próby ze względu na wielkość miejsca zamieszkania**

Wielkość miejscowości	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
Wieś	878	40%	471	41%	408	39%
Miasto do 100 tys. mieszkańców	703	32%	368	32%	334	32%
Miasto od 101-500 tys. mieszkańców	351	16%	175	15%	176	17%
Miasto pow. 500 tys. mieszkańców	264	12%	135	12%	129	12%
<b>Łącznie</b>	<b>2196</b>	<b>100%</b>	<b>1149</b>	<b>100%</b>	<b>1047</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym analizowanym czynnikiem jest wykształcenie. Uczestnicy badania posiadali zróżnicowane wykształcenie. Wśród przebadanych respondentów większość stanowiły osoby z wykształceniem średnim oraz podstawowym/zawodowym a ich łączny udział w ogólnej liczbie ankietowanych wynosił 73%. Pozostałe 27% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, a wśród nich można zaobserwować nieznaczną przewagę mężczyzn. Zgromadzone dane przedstawiono w Tab. VII.

**Tab. VII Charakterystyka badanej próby ze względu na wykształcenie**

Wykształcenie	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe\ zawodowe	786	36%	422	37%	364	35%
Średnie	821	37%	447	39%	374	36%
Wyższe	589	27%	279	24%	309	30%
<b>Łącznie</b>	<b>2196</b>	<b>100%</b>	<b>1149</b>	<b>100%</b>	<b>1047</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

Status zawodowy przebadanych osób przedstawiono w Tab. VIII. Osoby zatrudnione, niezależnie od formy zatrudnienia stanowiły ponad 56% badanej populacji. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zatrudnione na pełen etat, a ich udział w ogólnej liczbie ankietowanych wynosił 42%, wśród nich można zaobserwować przewagę mężczyzn, których udział w liczbie osób pracujących na pełen etat wyniósł 60%. Kolejną pod względem liczebności grupą były osoby przebywające na emeryturze lub rencie (29%), z nieznaczną przewagą kobiet. Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety przebywające na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym, a ich udział w ogólnej liczbie ankietowanych wynosił zaledwie 1%.

**Tab. VIII Charakterystyka badanej próby pod względem sytuacji zawodowej**

Jaka jest Twoja obecna sytuacja zawodowa?	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
Pracuję na pełny etat	925	42%	371	32%	555	53%
Pracuję na pół\ część etatu, umowa stała	107	5%	73	6%	34	3%
Pracuję dorywczo	95	4%	51	4%	44	4%
Prowadzę własną firmę (jedno - lub wieloosobową)	79	4%	34	3%	45	4%
Jestem zatrudnion(a)y, ale obecnie jestem na urlopie (macierzyńskim, tacierzyńskim, wychowawczym)	16	1%	16	1%	-	-
Nie pracuję, jestem uczniem\ studentem	63	3%	29	3%	34	3%
Nie pracuję, zajmuję się domem	153	7%	135	12%	18	2%
Nie pracuję, jestem na rencie\ emeryturze	631	29%	364	32%	267	26%
Jestem bezrobotn(a)y	87	4%	47	4%	41	4%
Inna sytuacja	39	2%	29	3%	10	1%
<b>Łącznie</b>	<b>2196</b>	<b>100%</b>	<b>1149</b>	<b>100%</b>	<b>1047</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

#### 4.1.2. Charakterystyka badanej próby pod względem pozostałych parametrów

W badanej grupie mniej niż połowa respondentów (48%) brała wcześniej udział w wyborze szpitala dla siebie lub innej osoby. Respondenci, którzy na pytanie dotyczące wcześniejszych doświadczeń związanych z wyborem szpitala, udzielili odpowiedzi twierdzącej zostali przekierowani do pytania dotyczącego schorzeń będących przyczyną wyboru szpitala. Wśród najczęściej wskazywanych przyczyn hospitalizacji były: ciąża i poród, choroby układu krążenia, urazy i zatrucia, nowotwory oraz choroby układu pokarmowego. Najczęstszą przyczyną wyboru szpitala była ciąża i poród. Jest to zrozumiałe, ponieważ poród jest wydarzeniem o dużym znaczeniu dla kobiety i jej rodziny, dlatego osoby, które planują zająć w ciążę lub już spodziewają się dziecka, często poświęcają dużo czasu i uwagi na wybór szpitala, w którym będą rodzić oraz angażują w proces decyzyjny swoich partnerów. Najmniej liczną grupę schorzeń stanowiły choroby układu nerwowego i zaburzenia psychiczne. Należy zaznaczyć, że w przypadku pytania dotyczącego schorzeń, respondenci mieli możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi, zatem suma poszczególnych wskazań nie jest równa

ogólnej liczbie ankietowanych, którzy brali udział w wyborze szpitala. Uzyskane wyniki przedstawiono w Tab. IX oraz Tab. X.

**Tab. IX Charakterystyka próby pod względem wyboru szpitala w przeszłości**

Czy brałeś/brałaś kiedykolwiek wcześniej udział w wyborze szpitala dla siebie lub innej osoby?	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
Tak	1048	48%	628	55%	421	40%
Nie	1148	52%	521	45%	627	60%
<b>Łącznie</b>	<b>2196</b>	<b>100%</b>	<b>1149</b>	<b>100%</b>	<b>1047</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

**Tab. X Charakterystyka próby pod względem schorzeń będących przyczyną wyboru szpitala w przeszłości**

Jakich schorzeń dotyczył wybór szpitala?	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
Choroby układu krążenia	227	22%	126	20%	101	24%
Nowotwory	180	17%	107	17%	73	17%
Choroby układu moczowo-płciowego	136	13%	96	15%	39	9%
Ciąża\ poród	362	35%	289	46%	74	18%
Choroby układu pokarmowego	178	17%	101	16%	77	18%
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	128	12%	71	11%	56	13%
Urazy, zatrucia	189	18%	105	17%	84	20%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego i choroby metaboliczne	80	8%	53	8%	27	7%
Zaburzenia psychiczne	63	6%	32	5%	32	8%
Choroby układu nerwowego	47	5%	27	4%	20	5%
Choroby układu oddechowego	128	12%	74	12%	54	13%
Choroby oka	132	13%	82	13%	50	12%
Inne	84	8%	53	8%	30	7%
<b>Łącznie</b>	<b>1048</b>	<b>100%</b>	<b>628</b>	<b>100%</b>	<b>421</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

W celu poznania aktualnych mechanizmów decyzyjnych osób, które stały w swoim życiu przed wyborem szpitala, ankietowani zostali przekierowani do kolejnego pytania obejmującego przesłanki, którymi kierowali się przy podejmowaniu decyzji. Pytanie nr 6 obejmowało 8 stwierdzeń, w tym 7 z nich było przesłankami zamkniętymi, ósma zaś dawała możliwość wskazania własnych motywów, którymi ankietowani kierowali się przy wyborze szpitala. Respondenci używając 5-stopniowej skali Likerta, mieli wskazać jakimi przesłankami kierowali się wybierając szpital, odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” zostały zgrupowane jako ogólne TAK (1+2), zaś odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie” zostały zgrupowane jako ogólne NIE (3+4). Analizując czynniki wpływające na wybór szpitala można zauważyć, że pod względem liczby wskazań najczęściej ankietowanych wybierało specjalizację szpitala, osobę lekarza, który pracuje w danym szpitalu i jest uznawany za wysokiej klasy specjalistę oraz opinie zasięgnięte wśród rodziny i znajomych. Natomiast najmniej istotnymi czynnikami przy wyborze szpitala z punktu widzenia osób biorących udział w badaniu była wielkość szpitala oraz opinie na temat placówki znalezione w Internecie. Uzyskane wyniki przedstawiono w Tab. XI oraz na Ryc. 3.

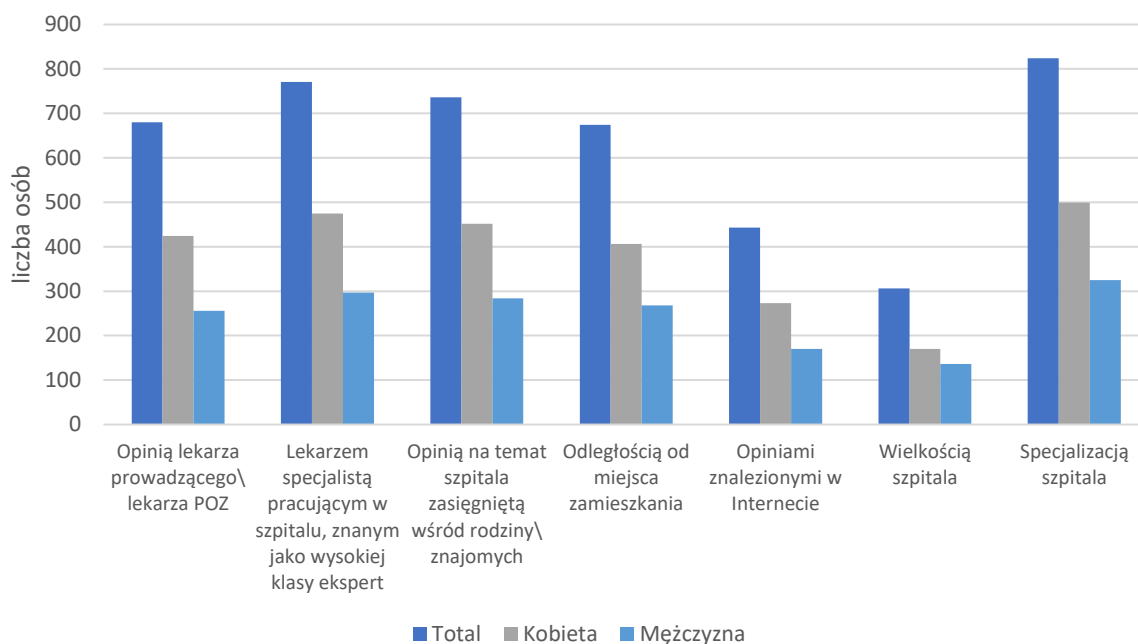
**Tab. XI Charakterystyka badanej próby pod względem przesłanek, którymi kierowali się przy wyborze szpitala**

Czym Pan(i) kierował(a) się przy wyborze szpitala?	Łącznie		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Opinią lekarza prowadzącego\ lekarza POZ</b>						
TAK (1+2)	680	65%	424	68%	256	61%
Nie mam zdania (3)	138	13%	70	11%	68	16%
NIE (4+5)	230	22%	133	21%	97	23%
<b>b) Lekarzem specjalistą pracującym w szpitalu, znanym jako wysokiej klasy ekspert</b>						
TAK (1+2)	771	74%	475	76%	297	71%
Nie mam zdania (3)	125	12%	62	10%	63	15%
NIE (4+5)	152	14%	91	14%	61	15%
<b>c) Opinią na temat szpitala zasięgniętą wśród rodziny\ znajomych</b>						
TAK (1+2)	736	70%	452	72%	284	68%
Nie mam zdania (3)	102	10%	55	9%	47	11%
NIE (4+5)	210	20%	121	19%	89	21%
<b>d) Odległością od miejsca zamieszkania</b>						
TAK (1+2)	674	64%	406	65%	268	64%
Nie mam zdania (3)	74	7%	30	5%	44	11%
NIE (4+5)	300	29%	192	31%	109	26%
<b>e) Opiniami znalezionymi w Internecie</b>						
TAK (1+2)	443	42%	273	43%	170	40%
Nie mam zdania (3)	141	13%	83	13%	58	14%
NIE (4+5)	465	44%	272	43%	193	46%
<b>f) Wielkością szpitala</b>						
TAK (1+2)	306	29%	170	27%	136	32%
Nie mam zdania (3)	218	21%	126	20%	91	22%
NIE (4+5)	525	50%	331	53%	194	46%
<b>g) Specjalizacją szpitala (np. onkologiczny, kardiologiczny, etc.)</b>						
TAK (1+2)	824	79%	499	80%	325	77%
Nie mam zdania (3)	90	9%	43	7%	47	11%
NIE (4+5)	135	13%	86	14%	49	12%
<b>Łącznie</b>	<b>1048</b>	<b>100%</b>	<b>628</b>	<b>100%</b>	<b>421</b>	<b>100%</b>

Łącznie - całość grupy badanej; N - liczebność grupy; % - odsetek

Źródło: opracowanie własne

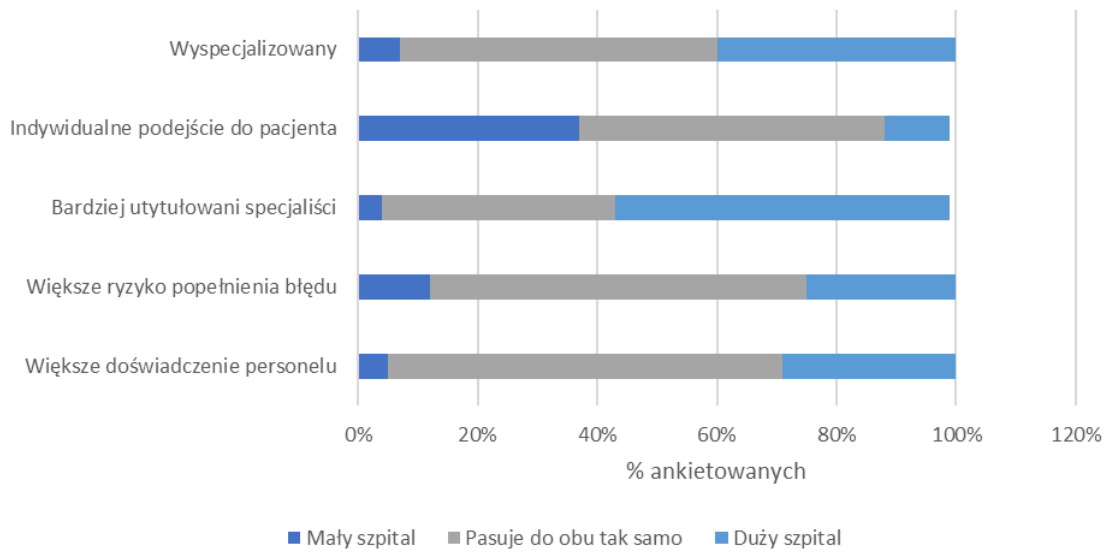




**Ryc. 3 Czynniki, którymi kierowali się respondenci przy wyborze szpitala (zgrupowane TAK)**

Źródło: opracowanie własne

Ciekawe wydaje się, że wielkość szpitala dla ankietowanych, którzy wzięli udział w badaniu nie była istotnym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji odnośnie wyboru szpitala. W pytaniu nr 3 ankietowani mieli wskazać, które ze stwierdzeń w ich ocenie bardziej pasuje do małego szpitala, a które do dużego. Zdaniem respondentów prawie wszystkie stwierdzenia pasowały tak samo do obu typów szpitala, jedyną kategorią, w której zdecydowanie wyróżnił się duży szpital to zatrudnianie bardziej utytułowanych specjalistów, zaś mały szpital wyróżnił się bardziej indywidualnym podejściem do pacjenta. Rozkład udzielonych odpowiedzi zaprezentowano na Ryc. 4.



**Ryc. 4 Jak rozmiar szpitala wpływa na postrzeganie placówki przez ankietowanych**

Źródło: opracowanie własne

Głównymi celami niniejszej pracy było określenie czym kierują się konsumenci przy wyborze szpitala, znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak Polacy rozumieją wysoką jakość opieki zdrowotnej oraz identyfikacja potencjalnych następstw związanych z publikowaniem danych o jakości dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Aby osiągnąć zamierzone cele, postawiono 5 głównych hipotez badawczych, które w kolejnym podrozdziale poddane zostały analizie statystycznej.

## 4.2. Wyniki testowania hipotez badawczych

### 4.2.1. Czas oczekiwania na hospitalizację planowaną a wymagania dotyczące jakości szpitala

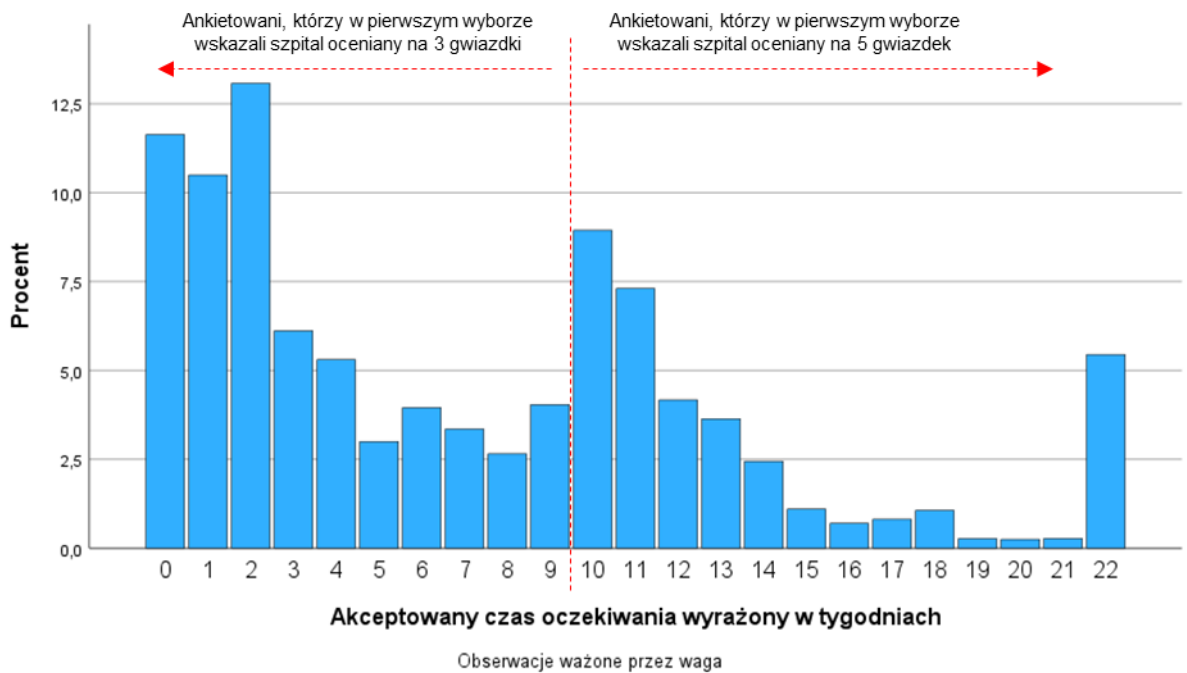
Postawiono hipotezę:

**H1:** Wraz ze wzrostem czasu oczekiwania na hospitalizację planową w szpitalu ocenianym jako placówka wysokiej jakości następuje zmniejszenie wymagań pacjentów w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie leczniczym.

W celu weryfikacji hipotezy wykorzystano dane z pytania nr 18, które brzmiało „*Wyobraź sobie, że masz poddać się leczeniu onkologicznemu dobrze rokującego nowotworu. Możesz wybrać między dwoma szpitalami, a oba oddalone są od Twojego domu o taką samą odległość. Który z nich wybierzesz?*”. W procedurze badawczej respondentom prezentowano dwie możliwości do wyboru, szpital oceniany w rankingu na 5 gwiazdek oraz szpital oceniany w rankingu na 3 gwiazdki, które różniły się czasem oczekiwania na przyjęcie wyrażonym w tygodniach. W pierwszym wariancie pytania czas oczekiwania do szpitala o wyższej ocenie wynosił 12 tygodni zaś do szpitala o niższej ocenie 2 tygodnie. Po tym jak ankietowany dokonał pierwszego wyboru, ponownie przedstawiano mu dwie możliwości, jednak zmieniając czas oczekiwania o jeden tydzień – w przypadku, gdy badany wybrał szpital o niższej jakości, ale o krótszym czasie oczekiwania, zmniejszono czas oczekiwania do szpitala ocenianego wyżej, natomiast gdy wybrał szpital lepszej jakości, zwiększano czas oczekiwania do szpitala lepszej jakości, do momentu aż ankietowany zmienił wybór. Procedura ta pozwoliła określić, w którym momencie ankietowani dokonywali zmiany zdania oraz jaki jest maksymalny dodatkowy czas, który są w stanie zaakceptować aby uzyskać leczenie w szpitalu ocenianym wyżej.

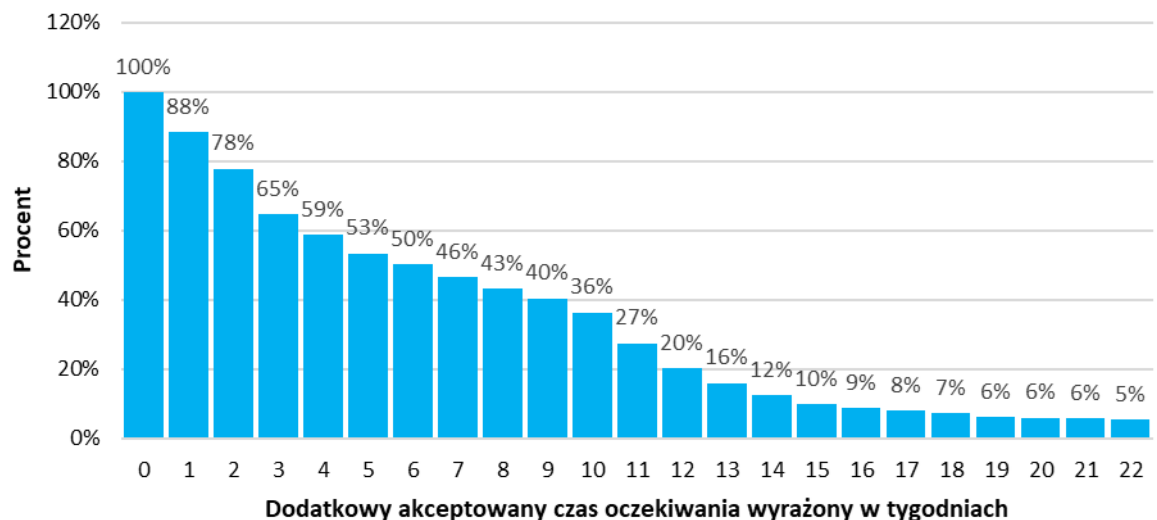
Badana zmienna to ostatnia akceptowana różnica między czasami oczekiwania między szpitalami, przy czym 0 oznacza, że badany nie akceptuje żadnej dodatkowej różnicy czasu wyrażonej w tygodniach między szpitalem ocenianym niżej a tym z wyższą oceną, natomiast maksymalna badana różnica czasu to 22 tygodnie, oznacza ona, że niezależnie od czasu oczekiwania badany zawsze wskazywał szpital z wyższą oceną. Na Ryc. 5 przedstawiono odsetek ankietowanych akceptujących maksymalny dodatkowy czas oczekiwania na szpital o wyższej ocenie w rankingu wyrażony w tygodniach. Pionowa linia zaznaczona na wykresie oznacza moment dokonania przez ankietowanych pierwszego wyboru. Na prawo od linii pierwszego wyboru przedstawiono jak zmieniał się akceptowany dodatkowy czas oczekiwania na szpital o wyższej ocenie, w przypadku gdy ankietowany jako pierwszy wybór wskazał tenże

szpital. Z każdym kolejnym wariantem odpowiedzi a co za tym idzie wzrostem czasu oczekiwania ankietowani byli mniej skłonni do akceptowania kolejnego dodatkowego tygodnia oczekiwania. Natomiast na lewo od linii pierwszego wyboru przedstawiono sytuację odwrotną, czyli proces decyzyjny osób, które w pierwszym wariantcie wskazały szpital z krótszym czasem oczekiwania i niższą oceną. Można zauważyć, że wraz ze zmniejszeniem się różnicy w czasie oczekiwania pomiędzy szpitalami ankietowani chętniej wybierali szpital oceniany wyżej. Nieznacznie powyżej 11% badanych nie było skłonnych zaakceptować żadnej różnicy czasu pomiędzy szpitalem o wyższej ocenie a szpitalem o niższej ocenie, należy jednak zaznaczyć, że w punkcie tym ujęte zostały trzy grupy osób, tj. ankietowani, którzy zdecydowali się na wybór szpitala z wyższą oceną dopiero w momencie gdy różnica czasu oczekiwania pomiędzy dwoma wariantami wynosiła 0; osoby, które wybrały szpital z wyższą oceną gdy czas oczekiwania był krótszy niż do szpitala z niższą oceną oraz osoby, które w całej procedurze badawczej ani razu nie zmieniły zdania na rzecz szpitala z wyższą oceną (odpowiednio: 5,7%; 2,9% oraz 3% badanych). Wśród osób, które w procedurze badawczej nigdy nie zmieniły zdania dominowały osoby z wykształceniem podstawowym 65%, drugą grupę stanowili ankietowani z wykształceniem średnim 26%, osoby z wyższym wykształceniem stanowiły zaledwie 9%. Około 10% badanych byłoby skłonnych zaakceptować maksymalnie dodatkowy tydzień oczekiwania na szpital o wyższej ocenie w rankingu, zaś ponad 12,5% byłoby skłonnych zaakceptować maksymalnie dodatkowe 2 tygodnie oczekiwania. Warto zauważyć, że ok. 5% badanych osób zaakceptowałoby maksymalny czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala ocenianego w rankingu na 5 gwiazdek, czyli niezależnie od przedstawionego im czasu oczekiwania zawsze wybraliby szpital z wyższą oceną. W całej badanej próbie średni akceptowany dodatkowy czas oczekiwania na szpital o wyższej ocenie w rankingu wyniósł ok. 7 tygodni.



**Ryc. 5 Maksymalny akceptowany czas oczekiwania na szpital lepszej jakości**

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 6 Odsetek osób akceptujących dany czas oczekiwania**

Źródło: opracowanie własne

Ryc. 6 ilustruje jak zmniejsza się odsetek osób akceptujących kolejny dodatkowy tydzień oczekiwania na szpital oceniany wyżej, im dłuższy czas oczekiwania tym mniej osób jest skłonnych poświęcić dodatkowy tydzień oczekiwania na rzecz wyższej oceny w rankingu. Już na podstawie powyższej ryciny można zauważyć, że hipoteza o zmniejszeniu oczekiwań co do jakości szpitala wraz ze wzrostem czasu oczekiwania na przyjęcie została potwierdzona.

Poniżej przedstawione zostały szczegółowe wyniki testów statystycznych przeprowadzonych w celu jej weryfikacji.

**Tab. XII Statystyki opisowe dla akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach**

Statystyka	Wartość
Średnia	6,93
Odchylenie standardowe	6,09
Skośność	0,827
Kurtoza	-0,049

Źródło: opracowanie własne

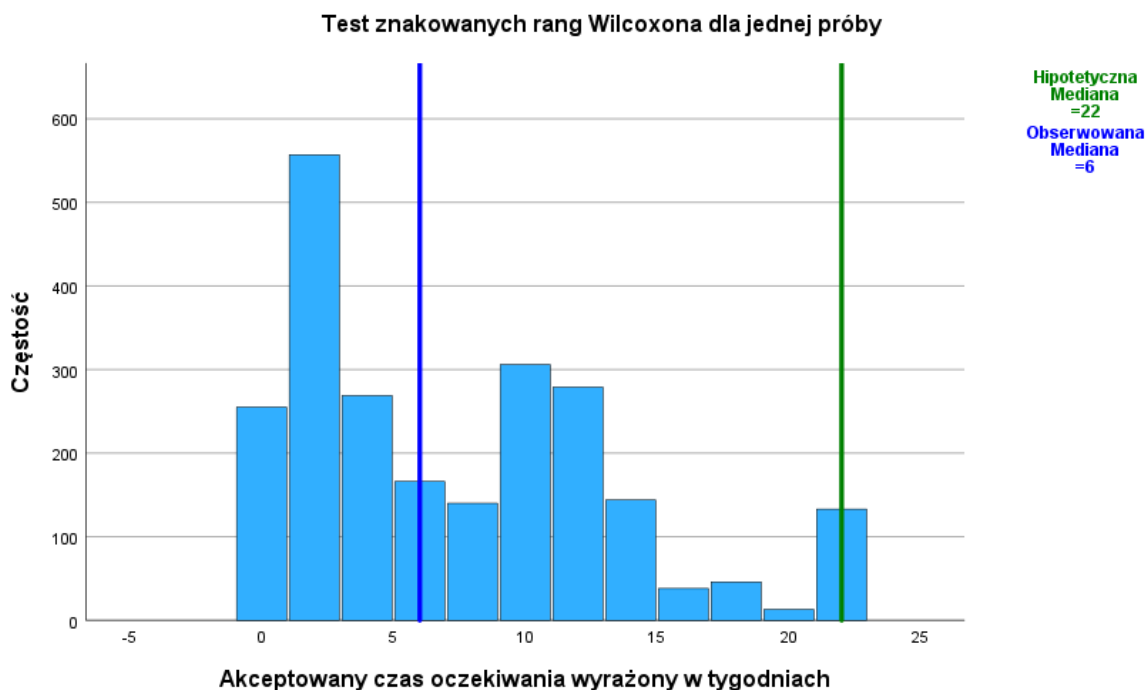
W celu weryfikacji hipotezy głównej postawiono hipotezę zerową o braku związku między zwiększaniem czasu oczekiwania do szpitala ocenianego wyżej, a zmniejszeniem wymagań pacjentów co do jakości szpitala. Gdyby coraz dłuższy czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie w placówce lepszej jakości nie wpływał na zmniejszenie wymagań w zakresie jakości, wtedy wszyscy ankietowani wybieraliby placówkę o wyższej ocenie w rankingu, niezależnie od czasu oczekiwania, czyli osiągnięto by wartość mediany na poziomie 22 tygodni. W związku z tym, że próbka nie spełniała założeń normalności rozkładu, w celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test Wilcozona dla jednej próby, znany również jako test Wilcozona dla próby pojedynczej. Jest to nieparametryczna procedura statystyczna używana do sprawdzenia, czy mediana próby jednej grupy różni się od ustalonej wartości (np. wartości hipotetycznej) lub od danej wartości punktu odniesienia.

**Tab. XIII Podsumowanie testu Wilcozona dla jednej próby (czas oczekiwania)**

Podsumowanie testu znakowanych rang Wilcozona dla jednej próby	
Ogółem N	2346*
Statystyki testu	,000
Błąd standardowy	30155,458
Standaryzowana statystyka testu	-40,840
Istotność asymptotyczna (test dwustronny)	<,001

\*W celu przeprowadzenia analizy statystycznej dokonano zaokrągleń wag przypisanych do poszczególnych respondentów do najbliższej wartości całkowitej, spowodowało to zwiększenie wartości N z 2196 do 2346 – dotyczy to wszystkich testów nieparametrycznych wykonanych w ramach niniejszego projektu.

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 7 Hipotetyczna i obserwowana mediana akceptowanego czasu oczekiwania**

Źródło: opracowanie własne

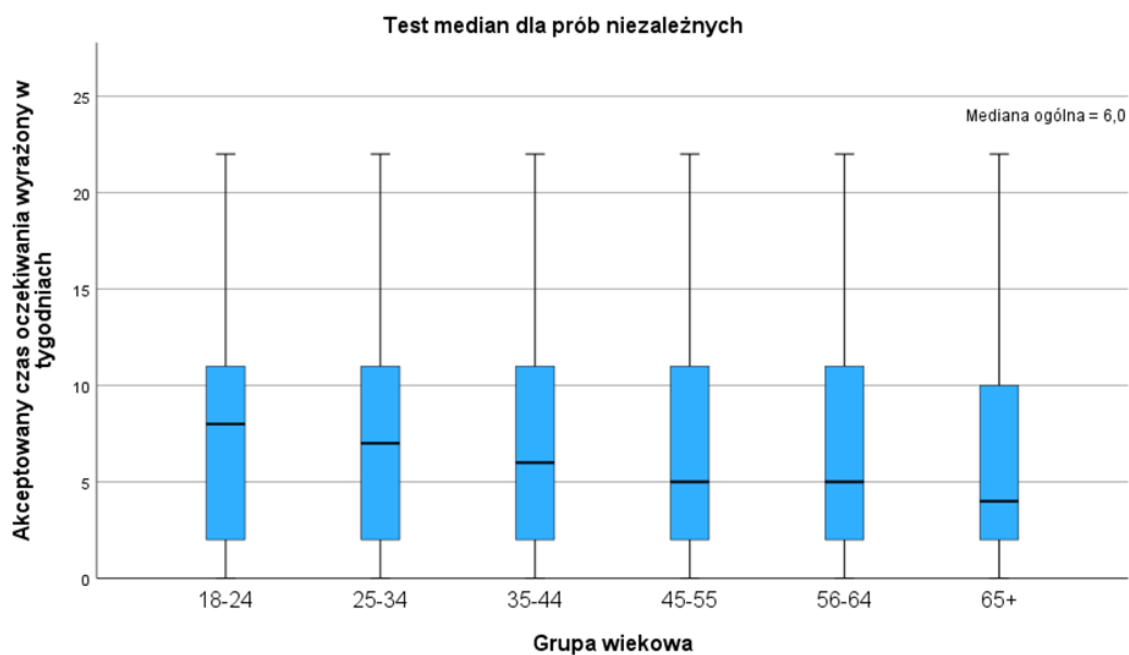
Na podstawie przeprowadzonego testu odrzucono hipotezę zerową i przyjęto hipotezę główną o związku wzrostu czasu oczekiwania na hospitalizację planową ze spadkiem wymagań co do jakości szpitala.

W celu zweryfikowania czy czynniki socjodemograficzne istotnie wpływają na dokonywane przez pacjentów wybory przyjęto dodatkowe hipotezy szczegółowe o związku akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach z płcią, wiekiem, poziomem wykształcenia oraz miejscem zamieszkania.

Postawiono dodatkowe hipotezy szczegółowe:

**H1.1.** Osoby w różnym wieku różnią się od siebie pod względem akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach.

W celu weryfikacji hipotezy wykonano test median dla prób niezależnych. Na Ryc. 8 przedstawione zostały wartości median dla poszczególnych grup wiekowych, obserwowana mediana dla badanej próby wynosiła 6, na rycinie można zaobserwować zmniejszenie wartości mediany akceptowanego czasu oczekiwania wraz ze wzrostem wieku ankietowanych osób.



**Ryc. 8 Wyniki testu median w podziale na grupy wiekowe**

Źródło: opracowanie własne

**Tab. XIV Podsumowanie testu median**

Podsumowanie testu median dla prób niezależnych	
Ogółem N	2346
Mediana	6,000
Statystyki testu	18,129
Stopień swobody	5
Istotność asymptotyczna (test dwustronny)	,003

Źródło: opracowanie własne



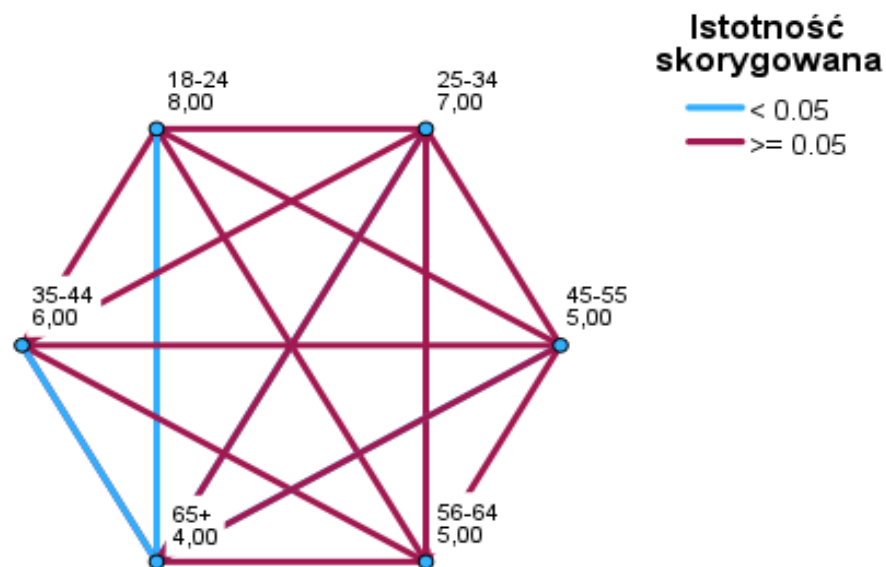
**Tab. XV Porównanie grup wiekowych pod względem akceptowanego czasu oczekiwania**

Porównania parami Grupa wiekowa			
Sample 1-Sample 2	Statystyki testu	Istotność	Istotność skorygowana <sup>a</sup>
65+-45-55	1,674	,196	1,000
65+-56-64	,841	,359	1,000
65+-35-44	10,099	,001	<b>,022</b>
65+-25-34	8,339	,004	,058
65+-18-24	9,035	,003	<b>,040</b>
45-55-18-24	7,392	,007	,098
56-64-18-24	5,511	,019	,283
45-55-25-34	3,738	,053	,798
56-64-25-34	2,296	,130	1,000
45-55-35-44	2,409	,121	1,000
56-64-35-44	1,307	,253	1,000
45-55-56-64	,036	,851	1,000
35-44-25-34	,224	,636	1,000
35-44-18-24	1,014	,314	1,000
25-34-18-24	,372	,542	1,000

Każdy wiersz testuje hipotezę zerową, że rozkłady Próby 1 i Próby 2 są takie same.  
Wyświetlane są istotności asymptotyczne (testy 2-stronne). Poziom istotności wynosi ,050.  
a. Wartości istotności dla wielu testów skorygowano metodą Bonferroniego.

Źródło: opracowanie własne

Hipoteza o różnicy akceptowanego czasu oczekiwania między grupami wiekowymi została potwierdzona. Osoby najmłodsze w wieku 18-24 oraz osoby w wieku 35-44 mają istotnie wyższy akceptowany czas oczekiwania na szpital oceniany wyżej niż osoby w wieku 65 i więcej lat.

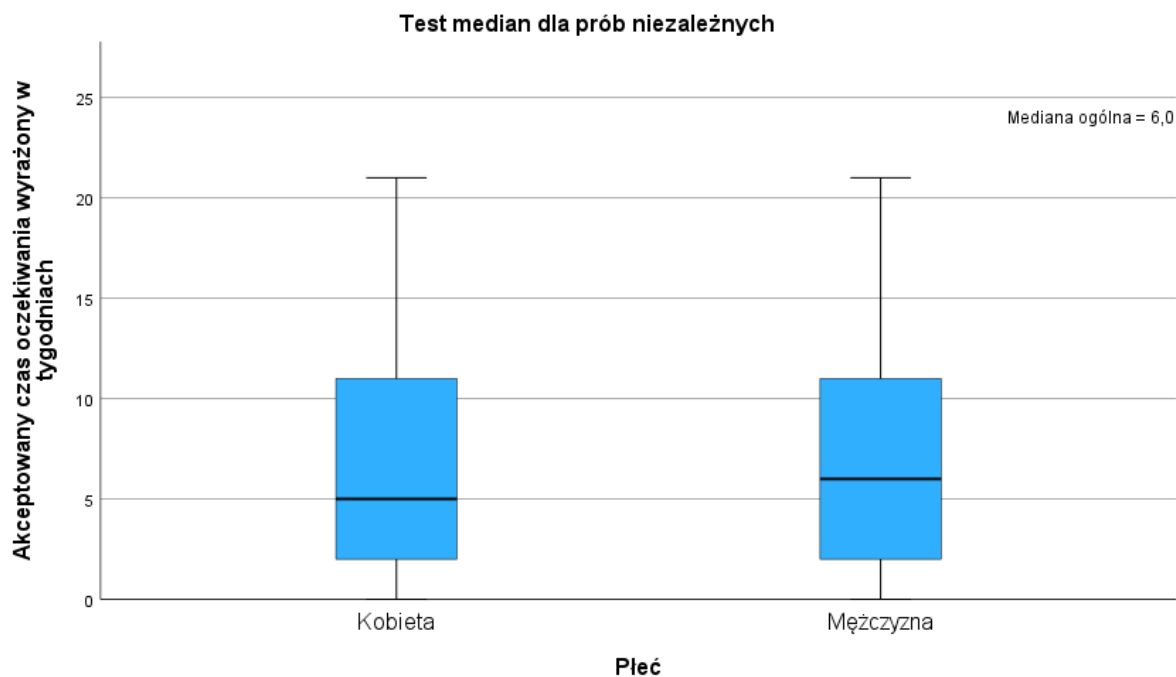


**Ryc. 9 Porównania parami - grupa wiekowa**

Źródło: opracowanie własne

**H1.2.** Istnieją różnice między płciami pod względem akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach.

W celu weryfikacji hipotezy wykonano test Manna-Whitneya nazywany też testem Wilcoxon-Manna-Whitneya, testem U Manna-Whitneya lub testem sumy rang Wilcoxon. Jest to nieparametryczny test statystyczny wykorzystywany do porównywania dwóch niezależnych grup pod względem różnic w rozkładach danych. Test ten porównuje dwie niezależne próby, aby ustalić, czy różnice między nimi są statystycznie istotne. Jest używany w sytuacjach, gdy dane nie spełniają założeń normalności i gdy przedmiotem zainteresowań jest porównanie rozkładów obu grup pod względem mediany lub innych pozycji rangowych. Na Ryc. 10 zaprezentowano mediany akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach w podziale na płeć respondentów.



**Ryc. 10 Test median dla płci**

Źródło: opracowanie własne

**Tab. XVI Rangi dla płci**

Rangi				
	Płeć	N	Średnia ranga	Suma rang
Akceptowany czas oczekiwania wyrażony w tygodniach	Kobieta	1209	1152,83	1393770,00
	Mężczyzna	1137	1195,48	1359261,00
	Ogółem	2346		

Źródło: opracowanie własne

Tab. XVII prezentuje wyniki przeprowadzonych testów dla zmiennej płeć, na podstawie otrzymanych wyników hipoteza o różnicy akceptowanego czasu oczekiwania między płciami została odrzucona.

**Tab. XVII Wyniki testów dla zmiennej płeć**

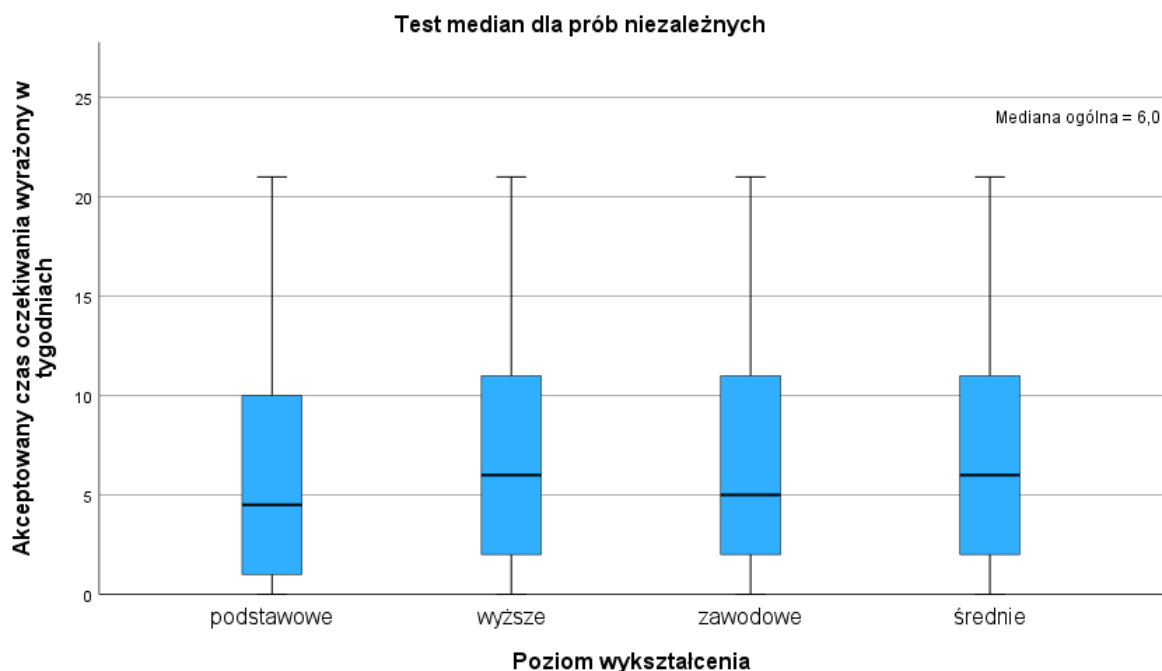
Wartość testowana <sup>a</sup>	
	Akceptowany czas oczekiwania wyrażony w tygodniach
U Manna-Whitneya	662325,000
W Wilcoxona	1393770,000
Z	-1,529
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	,126

a. Zmienna grupująca: Płeć

Źródło: opracowanie własne

**H1.3.** Istnieją różnice między osobami o różnym poziomie wykształcenia pod względem akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach.

Analogicznie do H1.1. w celu weryfikacji hipotezy wykonano test median dla prób niezależnych. Ryc. 11 prezentuje wartości mediany akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach w podziale na poziom wykształcenia respondentów.



**Ryc. 11 Test median dla poziomu wykształcenia**

Źródło: opracowanie własne

**Tab. XVIII Podsumowanie testu median dla poziomu wykształcenia**

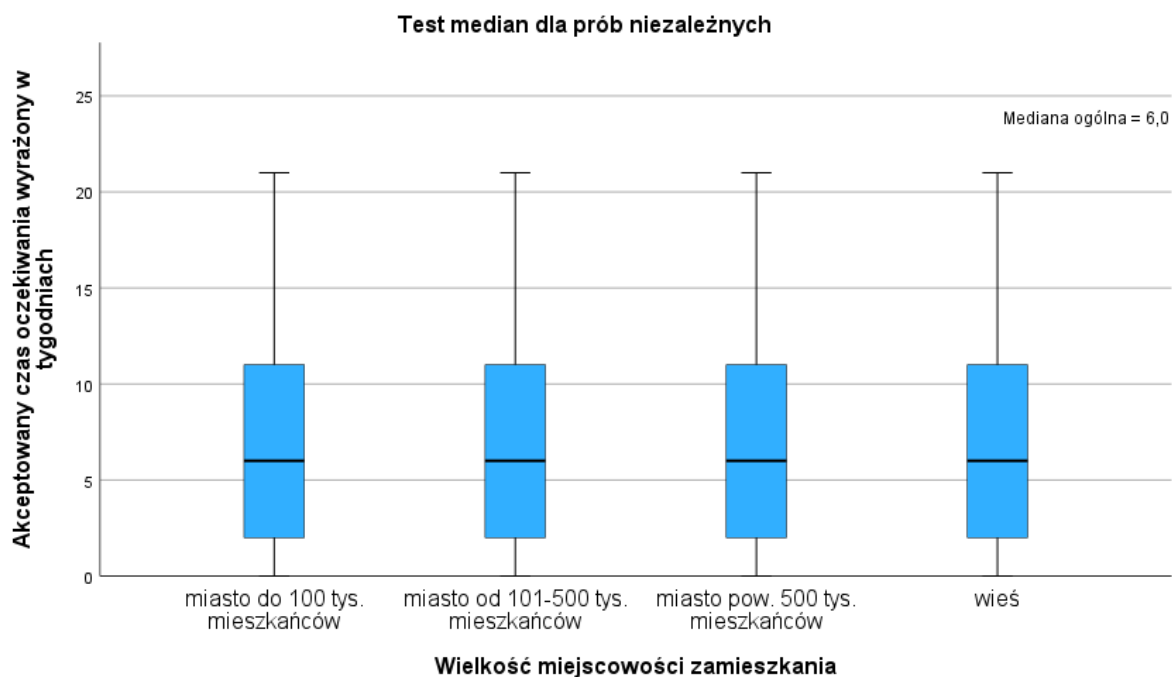
Podsumowanie testu median dla prób niezależnych	
Ogółem N	2346
Mediana	6,000
Statystyki testu	1,079
Stopień swobody	3
Istotność asymptotyczna (test dwustronny)	,782

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu, hipoteza o różnicy w zakresie akceptowanego czasu oczekiwania między osobami o różnym poziomie wykształcenia została odrzucona.

**H1.4.** Istnieją różnice między osobami zamieszkującymi miejscowości o różnej wielkości pod względem akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach.

W celu weryfikacji hipotezy wykonano test median dla prób niezależnych. Na Ryc. 12 zaprezentowano wartości mediany akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach w podziale na wielkość miejsca zamieszkania respondentów.



**Ryc. 12. Test median dla miejsca zamieszkania**

Źródło: opracowanie własne

**Tab. XIX. Podsumowanie testu median dla miejsca zamieszkania**

Podsumowanie testu median dla prób niezależnych	
Ogółem N	2346
Mediana	6,000
Statystyki testu	,869
Stopień swobody	3
Istotność asymptotyczna (test dwustronny)	,833

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu, hipoteza o różnicy w poziomie akceptowanego czasu oczekiwania między osobami pochodzącymi z miejscowości o różnej wielkości została odrzucona.

#### 4.2.2. Odległość szpitala od miejsca zamieszkania a wymagania dotyczące jakości szpitala.

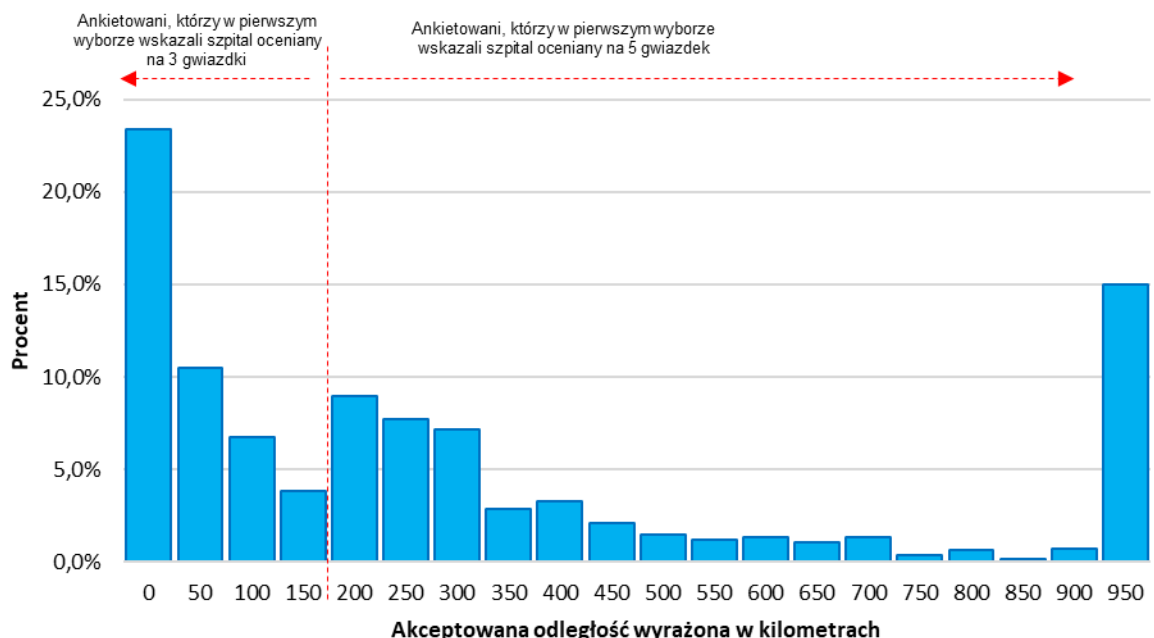
Postawiono hipotezę:

**H2:** Wraz ze wzrostem czasu dojazdu (odległości) z miejsca zamieszkania pacjenta do wysoko ocenianego szpitala następuje zmniejszenie wymagań pacjentów w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie leczniczym.

W celu weryfikacji hipotezy wykorzystano dane z pytania 19, które brzmiało „*Wyobraź sobie, że masz poddać się leczeniu onkologicznemu dobrze rokującego nowotworu. Możesz wybrać między dwoma szpitalami, w obu czas oczekiwania na planowe leczenie wynosi 2 tygodnie. Który z nich wybierzesz*”. W procedurze badawczej respondentom prezentowano dwie możliwości do wyboru, szpital oceniany w rankingu na 5 gwiazdek oraz szpital oceniany w rankingu na 3 gwiazdki, które różniły się odległością od miejsca zamieszkania wyrażoną w kilometrach. Po tym jak ankietowany dokonał pierwszego wyboru, ponownie przedstawiano mu dwie możliwości, jednak zmieniając odległość o 50 km – w przypadku, gdy badany wybrał szpital o niższej jakości, ale położony bliżej, zmniejszono odległość do szpitala ocenianego wyżej, natomiast gdy wybrał szpital lepszej jakości, zwiększono odległość szpitala lepszej jakości, do momentu aż ankietowany zmienił wybór.

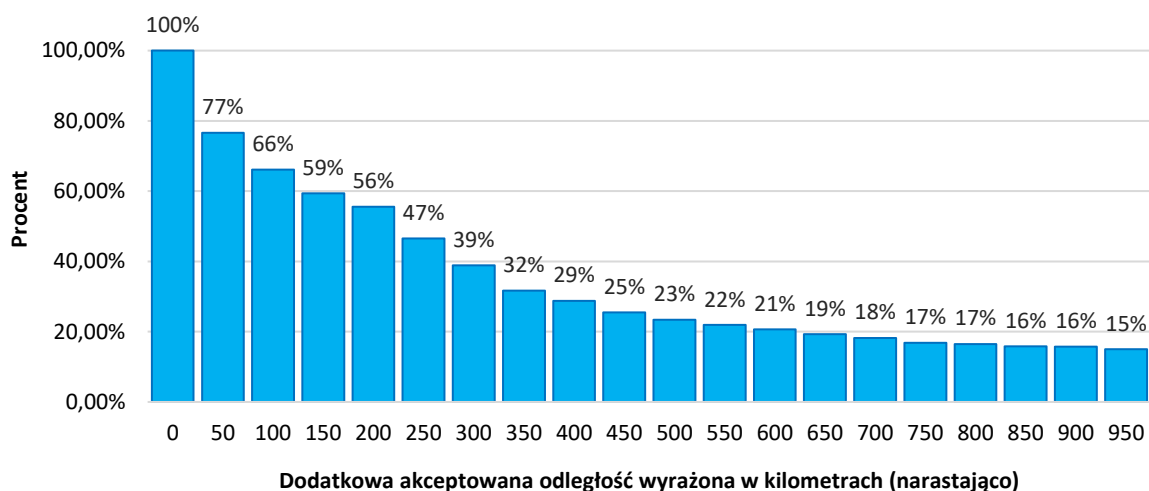
Badana zmienna to ostatnia akceptowana różnica odległości wyrażona w km między szpitalami, przy czym 0 oznacza, że badany nie akceptuje żadnej dodatkowej różnicy odległości między szpitalem ocenianym wyżej a szpitalem ocenianym niżej, tj. ankietowany zawsze wybiera szpital zlokalizowany bliżej miejsca zamieszkania lub w momencie zrównania się odległości obu szpitali wskazał szpital oceniany wyżej w rankingu lub zmienił zdanie dopiero w momencie gdy odległość do szpitala ocenianego wyżej była niższa niż do tego z niższą oceną. Natomiast maksymalna badana różnica odległości wyniosła 950 km, oznacza to, że niezależnie od dystansu, który osoba będzie musiała pokonać zawsze wskazywała szpital lepszej jakości. Pionowa linia zaznaczona na wykresie oznacza moment dokonania przez ankietowanych pierwszego wyboru. Na prawo od linii pierwszego wyboru przedstawiono jak zmieniła się akceptowana dodatkowa odległość do szpitala o wyższej ocenie, w przypadku gdy ankietowany jako pierwszy wybór wskazał tenże szpital. Z każdym kolejnym wariantem odpowiedzi a co za tym idzie wzrostem odległości mierzonej w kilometrach ankietowani byli mniej skłonni do akceptowania kolejnych dodatkowych 50km odległości. Natomiast na lewo od linii pierwszego wyboru przedstawiono sytuację odwrotną, czyli proces decyzyjny osób, które

w pierwszym wariancie wskazały szpital z krótszym dystansem do pokonania i niższą oceną. Można zauważyć, że wraz ze zmniejszeniem się różnicy w odległości pomiędzy szpitalami ankietowani wybierali szpital oceniany wyżej. Na Ryc. 13 przedstawiono jaki odsetek respondentów byłoby w stanie przejechać dodatkowe 50 km odległości pomiędzy szpitalem ocenianym niżej a szpitalem z wyższą oceną w rankingu. Około 23% badanych osób nie akceptowała żadnej dodatkowej odległości, którą musiałaby pokonać aby skorzystać z usług oferowanych przez szpital oceniany wyżej, w tym 16% osób, które wybrały szpital z wyższą oceną w momencie zrównania się odległości od obu szpitali; 2,9% ankietowanych, którzy zdecydowaliby się wybrać szpital z wyższą oceną jeśli odległość do niego będzie mniejsza niż do szpitala z niższą oceną oraz 4,5% osób, które w całej procedurze badania nie zmieniły zdania i zawsze wskazywały szpital z niższą oceną niezależnie od odległości (62% osoby z wykształceniem podstawowym; 27% z wykształceniem średnim oraz 11% z wykształceniem wyższym). Ok. 10% badanych byłoby skłonnych zaakceptować maksymalnie dodatkowe 50 km. 15% spośród badanych osób byłoby w stanie zaakceptować maksymalną odległość od miejsca zamieszkania aby zostać przyjętym do szpitala ocenianego w rankingu na 5 gwiazdek, czyli niezależnie od dystansu, który należy pokonać, zawsze wybierali szpital z wyższą oceną. W całej badanej próbie średnia akceptowana dodatkowa odległość pomiędzy szpitalem ocenionym wyżej a szpitalem z niższą oceną wyniosła ok. 300 kilometrów.



**Ryc. 13. Maksymalna akceptowana odległość do szpitala lepszej jakości**

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 14. Odsetek osób akceptujących daną różnicę odległości**

Źródło: opracowanie własne

Ryc. 14 ilustruje jak zmniejsza się odsetek osób akceptujących każde dodatkowe 50 km odległości do szpitala ocenianego wyżej, im dłuższa odległość mierzona w kilometrach tym mniej osób jest skłonna pokonać dodatkowy dystans aby uzyskać świadczenia w szpitalu o wyższej ocenie w rankingu.

**Tab. XX. Statystyki opisowe dla akceptowanej odległości**

Statystyka	Wartość
Średnia	306,22
Odchylenie standardowe	328,59
Skośność	1,002
Kurtoza	-0,369

Źródło: opracowanie własne

W celu weryfikacji hipotezy głównej postawiono hipotezę zerową o braku związku między zwiększaniem odległości szpitala o wyższej ocenie w rankingu, a zmniejszeniem wymagań pacjentów co do jakości szpitala. Gdyby coraz większa odległość do szpitala lepszej jakości (wyższej ocenie) nie wpływała na zmniejszenie wymagań co do jakości wtedy wszyscy pacjenci wybieraliby placówkę lepszej jakości, niezależnie od dystansu dzielącego ją od miejsca zamieszkania, czyli osiągnięto by wartość mediany 950. Przeprowadzono test Kołmogorowa-Smirnowa, który wykazał brak normalności rozkładu, w związku z tym, w celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test Wilcoxon dla jednej próby, analogicznie jak w przypadku H1.

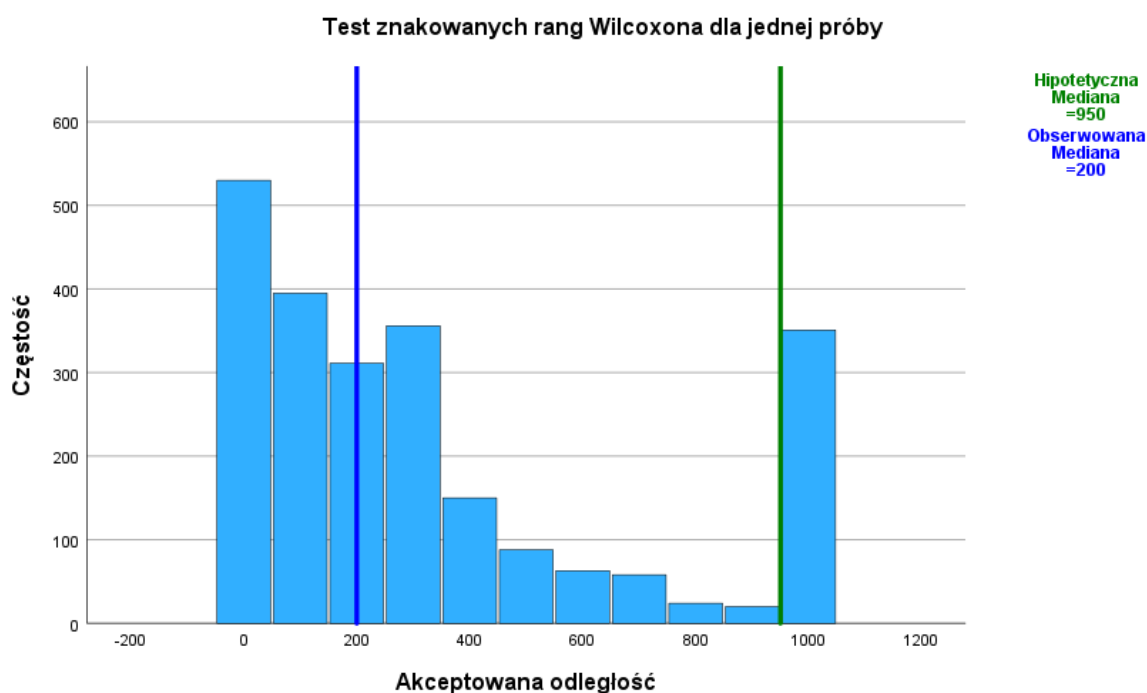


**Tab. XXI. Podsumowanie testu Wilcoxona dla jednej próby (odległość w km)**

Podsumowanie testu znakowanych rang Wilcoxona dla jednej próby	
Ogółem N	2346
Statystyki testu	,000
Błąd standardowy	25655,630
Standaryzowana statystyka testu	-38,803
Istotność asymptotyczna(test dwustronny)	<,001

Źródło: opracowanie własne

Mediana obserwowana wyniosła 200 km, w związku z tym na podstawie przeprowadzonego testu odrzucono hipotezę zerową i tym samym przyjęto hipotezę o spadku wymagań co do jakości szpitala wraz ze zwiększeniem odległości szpitala od miejsca zamieszkania.



**Ryc. 15. Hipotetyczna i obserwowana mediana odległości szpitala**

Źródło: opracowanie własne

W związku z faktem, że weryfikacja dodatkowych hipotez szczegółowych postawionych dla H1, uwzględniających czynniki socjodemograficzne nie wykazała istotnych różnic, w przypadku H2 odstąpiono od testowania czy czynniki socjodemograficzne mają istotny związek ze zmniejszeniem wymagań co do jakości wraz ze wzrostem odległości szpitala ocenianego wyżej od miejsca zamieszkania.

### 4.2.3. Postrzeganie jakości opieki zdrowotnej a czynniki socjodemograficzne

Hipoteza 3 została podzielona na 4 hipotezy szczegółowe w zależności od analizowanej zmiennej (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania). W celu ich weryfikacji wykorzystano dane z pytania nr 1, które brzmiało: „*Które z poniższych stwierdzeń Pana/Pani zdaniem najlepiej definiują wysoką jakość opieki zdrowotnej w szpitalu? Proszę wybrać jedną opcję przy każdym stwierdzeniu*”. Badani otrzymali do wyboru 15 stwierdzeń, przy których mogli wskazać w jakim stopniu zgadzają się z danym stwierdzeniem, w 5-stopniowej skali – od zdecydowanie tak do zdecydowanie nie.

Postawiono hipotezy szczegółowe:

**H3.1.** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od wieku respondentów.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test Kruskala-Wallisa, który jest nieparametrycznym testem statystycznym, służącym do porównywania mediany między trzema lub więcej niezależnymi grupami. Jest używany w sytuacjach, w których dane nie spełniają założeń normalności lub gdy przedmiotem zainteresowania jest porównanie rozkładów różnych grup. Test Kruskala-Wallisa jest rozszerzeniem testu Wilcoxon-Mann-Whitneya (test U Manna-Whitneya) dla trzech lub więcej grup. Hipoteza zerowa ( $H_0$ ) zakłada, że nie ma statystycznie istotnej różnicy między medianami wszystkich grup (w tym przypadku grup wiekowych), podczas gdy hipoteza alternatywna ( $H_1$ ) sugeruje, że przynajmniej jedna z grup ma różną medianę od pozostałych.

**Tab. XXII. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla zmiennej wiek**

Stwierdzenia	Średnia ranga						H Kruskala-Wallisa	
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Wartość	p
Lekarze właściwie rozpoznali problem zdrowotny	1 013,91	976,76	953,42	1 021,67	1 092,89	1 056,57	15,848	0,007
Lekarze wcześniej odpowiedzieli na leczenie	1 045,05	937,20	936,73	979,03	1 027,45	1 052,33	16,879	0,005
Wdrożone leczenie nie powoduje dyskomfortu	934,90	827,12	829,26	902,16	969,63	979,40	31,510	0,000
Wdrożone leczenie przynosi szybkie rezultaty	963,01	905,14	934,68	982,09	1 022,22	1 030,04	15,568	0,008
Personel medyczny nie traktuje pacjenta przedmiotowo	986,80	946,26	916,07	1 005,98	1 072,15	1 028,87	19,055	0,002
Personel medyczny na każdym etapie leczenia wyjaśnia pacjentowi co się dzieje z jego stanem zdrowia	1 057,48	1 022,32	1 024,02	1 057,90	1 103,98	1 091,08	6,326	0,276
Personel medyczny nie popełnia błędów przy wykonywaniu procedur	960,81	870,75	885,07	957,83	1 040,79	1 037,27	33,302	0,000
Czas oczekiwania na leczenie jest krótki	1 123,85	1 031,48	1 040,93	1 050,00	1 168,21	1 140,58	16,931	0,005
Szpital ma dobrą reputację wśród znajomych	910,72	880,54	929,34	945,29	999,06	1 029,72	19,870	0,001
W szpitalu pracuje lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	839,77	849,16	896,58	912,22	954,10	964,93	16,361	0,006
Leczenie będzie prowadził lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	820,08	795,81	841,28	844,33	905,36	980,33	35,779	0,000
Szpital jest położony w tej samej miejscowości	941,91	862,72	947,20	1 011,69	1 012,20	1 168,07	68,118	0,000
Budynek i wyposażenie szpitala są nowoczesne	971,06	948,62	988,52	1 007,75	1 092,05	1 065,89	16,818	0,005
Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych	1 007,62	939,88	942,40	897,31	990,75	938,18	7,161	0,209
Jedzenie podawane w szpitalu jest smaczne	942,77	984,69	939,80	990,44	1 068,40	1 025,64	11,896	0,036

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu, hipoteza o różnicy w postrzeganiu jakości szpitali w różnych grupach wiekowych potwierdziła się.

**H3.2.** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od płci respondentów.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test Manna-Whitneya, uzyskane wyniki przedstawiono w Tab. XXIII.

**Tab. XXIII. Wyniki testu Manna-Whitneya dla zmiennej płeć**

Stwierdzenia	Średnia ranga		Test Manna-Whitneya	
	Kobieta	Mężczyzna	Wartość Z	p
Lekarze właściwie rozpoznali problem zdrowotny	1012,69	1020,64	-0,334	0,739
Lekarze wcześniej wdrożyli odpowiednie leczenie	1005,74	977,15	-1,201	0,23
Wdrożone leczenie nie powoduje dyskomfortu	917,14	889,66	-1,21	0,226
Wdrożone leczenie przynosi szybkie rezultaty	985,49	962,16	-0,989	0,323
Personel medyczny nie traktuje pacjenta przedmiotowo	1000,78	979,53	-0,885	0,376
Personel medyczny na każdym etapie leczenia wyjaśnia pacjentowi co się dzieje z jego stanem zdrowia	1065,62	1051,7	-0,559	0,576
Personel medyczny nie popełnia błędów przy wykonywaniu procedur	961,51	953,1	-0,354	0,723
Czas oczekiwania na leczenie jest krótki	1076,48	1098,28	-0,842	0,4
Szpital ma dobrą reputację wśród znajomych	959,15	949,25	-0,421	0,674
W szpitalu pracuje lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	926,29	893,82	-1,466	0,143
Leczenie będzie prowadził lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	877,99	867,39	-0,48	0,631
Szpital jest położony w tej samej miejscowości	993,6	1019,79	-1,056	0,291
Budynek i wyposażenie szpitala są nowoczesne	994,34	1041,59	-1,961	0,05
Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych	934	954,9	-0,867	0,386
Jedzenie podawane w szpitalu jest smaczne	984,74	1002,03	-0,699	0,485

Źródło: opracowanie własne

W związku z tym, że dla żadnego ze stwierdzeń wartość p nie była mniejsza niż ustalony poziom istotności (0,05), hipoteza o różnicach w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej między osobami różnej płci została odrzucona.

**H3.3.** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od wykształcenia respondentów.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test Kruskala-Wallisa, uzyskane wyniki przedstawiono w Tab. XXIV.

**Tab. XXIV. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla zmiennej wykształcenie**

Stwierdzenia	Średnia ranga				H Kruskala-Wallisa	
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Wartość	p
Lekarze właściwie rozpoznali problem zdrowotny	927,27	943,67	995,59	1110,96	33,461	<,001
Lekarze wcześniej wdrożyli odpowiednie leczenie	933,86	913,9	972,12	1083,35	31,249	<,001
Wdrożone leczenie nie powoduje dyskomfortu	906,05	876,51	880,92	951,88	8,632	0,035
Wdrożone leczenie przynosi szybkie rezultaty	904,46	950,88	950,73	1034,59	12,928	0,005
Personel medyczny nie traktuje pacjenta przedmiotowo	892,02	923,99	969,73	1080,4	30,194	<,001
Personel medyczny na każdym etapie leczenia wyjaśnia pacjentowi co się dzieje z jego stanem zdrowia	1006,75	988,02	1025,98	1163,95	33,616	<,001
Personel medyczny nie popełnia błędów przy wykonywaniu procedur	872,95	883,64	945,51	1035,95	26,873	<,001
Czas oczekiwania na leczenie jest krótki	986,72	981,13	1057,6	1223,88	56,1	<,001
Szpital ma dobrą reputację wśród znajomych	928,06	939,11	930,7	1001,02	7,255	0,064
W szpitalu pracuje lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	835,91	940,87	894,69	922,32	5,522	0,137
Leczenie będzie prowadził lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	793,04	871,09	871	890,77	3,845	0,279
Szpital jest położony w tej samej miejscowości	989,94	984,19	1005,69	1027,48	1,761	0,623
Budynek i wyposażenie szpitala są nowoczesne	928,02	984,16	997,62	1080,33	14,709	0,002
Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych	959,38	928,31	909,39	995,98	9,575	0,023
Jedzenie podawane w szpitalu jest smaczne	888,73	924,09	975,53	1089,85	31,453	<,001

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu, hipoteza o różnicy w postrzeganiu jakości szpitali w zależności od wykształcenia respondentów potwierdziła się.

**H3.4.** Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania respondentów.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test Kruskala-Wallisa, uzyskane wyniki przedstawiono w Tab. XXV.

**Tab. XXV. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla zmiennej miejsce zamieszkania**

Stwierdzenia	Średnia ranga				H Kruskala-Wallisa	
	Wieś	Miasto do 100 tys. mieszkańców	Miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców	Miasto od 500 tys. mieszkańców	Wartość	p
Lekarze właściwie rozpoznali problem zdrowotny	1001,05	1021,6	1004,58	1067,88	3,231	0,357
Lekarze wcześniej wdrożyli odpowiednie leczenie	960,4	1011,56	971,87	1068,46	9,365	0,025
Wdrożone leczenie nie powoduje dyskomfortu	862,52	931	931,02	932,63	8,814	0,032
Wdrożone leczenie przynosi szybkie rezultaty	950,44	996,37	951,55	1026,14	5,735	0,125
Personel medyczny nie traktuje pacjenta przedmiotowo	961,34	1025,71	971,11	1019,73	6,207	0,102
Personel medyczny na każdym etapie leczenia wyjaśnia pacjentowi co się dzieje z jego stanem zdrowia	1037,69	1070,06	1051,43	1107,94	3,456	0,327
Personel medyczny nie popełnia błędów przy wykonywaniu procedur	920,93	993,17	941,69	1002,33	8,745	0,033
Czas oczekiwania na leczenie jest krótki	1065,72	1098,68	1074,17	1142,81	3,802	0,284
Szpital ma dobrą reputację wśród znajomych	927,1	968,44	953,59	1009,69	5,439	0,142
W szpitalu pracuje lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	881,74	944,93	903,81	922,04	5,945	0,114
Leczenie będzie prowadził lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	837,86	905,95	888,52	883,79	7,267	0,064
Szpital jest położony w tej samej miejscowości	691,72	1115,81	1285,36	1320,12	442,111	<,001
Budynek i wyposażenie szpitala są nowoczesne	973,35	1045,32	1025,66	1072,7	9,745	0,021
Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych	914,86	952,64	941,48	1021,57	7,539	0,057
Jedzenie podawane w szpitalu jest smaczne	971,92	1021,49	973,37	1014,83	3,621	0,305

Zródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu, hipoteza o różnicy w postrzeganiu jakości szpitali w zależności od miejsca zamieszkania respondentów potwierdziła się.

#### **4.2.4. Schorzenie będące przyczyną hospitalizacji a definiowanie jakości opieki zdrowotnej.**

Postawiono hipotezę:

**H4.** Istnieją różnice w definiowaniu jakości opieki zdrowotnej w zależności od schorzenia będącego przyczyną hospitalizacji.

W celu weryfikacji hipotezy wykorzystano dane z pytania nr 5, które skierowane było do osób, które w przeszłości brały udział w wyborze szpitala dla siebie lub innej osoby (tj. w pyt. nr 4 udzielili odpowiedzi twierdzącej), w pytaniu tym ankietowani proszeni byli o wskazanie schorzeń, których ten wybór dotyczył. Należy zaznaczyć, że w przypadku tego pytania badani mieli możliwość wskazania więcej niż jednej opcji. Na potrzeby weryfikacji hipotezy, spośród wszystkich wskazanych grup schorzeń wyszczególniono 5 głównych, które wśród ankietowanych uzyskały największe odsetki wskazań, a były to: choroby układu krążenia, nowotwory, ciąża i poród, choroby układu pokarmowego oraz urazy i zatrucia. Z badanej próby wyszczególniono te osoby, które dokonywały wyboru lub współdecydowały o wyborze szpitala wyłącznie w jednym z pięciu wybranych schorzeń, tzn. dokonały jednokrotnego wyboru.

Liczebność wyszczególnionych grup:

- choroby układu krążenia - 71
- nowotwory - 62
- ciąża i poród - 161
- choroby układu pokarmowego - 40
- urazy i zatrucia - 51.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test Kruskala-Wallisa, uzyskane wyniki przedstawiono w Tab. XXVI.

**Tab. XXVI. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla wybranych schorzeń**

Stwierdzenia	Średnia ranga					H Kruskala-Wallisa	
	choroby układu krążenia	nowotwory	ciąża i poród	choroby układu pokarmowego	urazy i zatrucia	Wartość	p
Lekarze właściwie rozpoznali problem zdrowotny	162,16	209,44	172,09	200,87	192,83	11,475	0,022
Lekarze wcześniej wdrożyli odpowiednie leczenie	169,86	193,44	168,77	190,63	179,8	4,174	0,383
Wdrożone leczenie nie powoduje dyskomfortu	166,27	173,49	160,83	172,91	149,32	2,453	0,653
Wdrożone leczenie przynosi szybkie rezultaty	158,56	198,31	162,72	170,68	184,86	8,415	0,078
Personel medyczny nie traktuje pacjenta przedmiotowo	150,89	197,17	163,8	201,01	176,11	12,456	0,014
Personel medyczny na każdym etapie leczenia wyjaśnia pacjentowi co się dzieje z jego stanem zdrowia	166,99	208,35	186,3	201,54	187,06	6,167	0,187
Personel medyczny nie popełnia błędów przy wykonywaniu procedur	153,28	208,86	160,91	188,13	178,83	14,927	0,005
Czas oczekiwania na leczenie jest krótki	177,04	206,1	182,1	213,83	197,17	5,647	0,227
Szpital ma dobrą reputację wśród znajomych	163,83	183,86	167,75	205,43	175,38	6,48	0,166
W szpitalu pracuje lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	165,43	172,85	161,69	176,68	150,48	2,519	0,641
Leczenie będzie prowadził lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	153,15	172,6	147,23	184,88	141,99	8,987	0,061
Szpital jest położony w tej samej miejscowości	189,81	182,28	168,31	172,38	148,99	5,739	0,220
Budynek i wyposażenie szpitala są nowoczesne	178,42	203,82	167	187,25	185,46	6,554	0,161
Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych	167,33	173,53	180,28	166,8	170,3	1,182	0,881
Jedzenie podawane w szpitalu jest smaczne	161,18	190,36	172,86	188,04	188,18	3,986	0,408

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu można stwierdzić, że w zależności od schorzenia będącego przyczyną wyboru szpitala istnieją różnice w definiowaniu jakości opieki zdrowotnej między grupami z różnymi problemami zdrowotnymi. Hipoteza została potwierdzona.



#### 4.2.5. Znaczenie jakości w procesie podejmowania decyzji w porównaniu do innych kryteriów

Na potrzeby weryfikacji hipoteza 5 została podzielona na 3 hipotezy szczegółowe w zależności od analizowanych zmiennych (czas oczekiwania, wielkość szpitala, bliskość miejsca zamieszkania), w celu ich weryfikacji wykorzystano dane z pytania 17, które brzmiało: „Proszę o wskazanie jakie znaczenie miałyby dla Pana/Pani poniższe kryteria przy wyborze szpitala gdyby funkcjonował ranking szpitali?”. Badani mieli do wyboru 4 kryteria, przy których mogli wskazać jak istotne byłoby dla nich każde z nich gdyby w Polsce funkcjonował ranking szpitali, tzn. czym kierowaliby się przy podejmowaniu decyzji. Przy każdym kryterium najeżdżało wskazać jeden z możliwych 5 wariantów wyboru, od zdecydowanie istotne do zdecydowanie nieistotne.

**H5:** Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż czas oczekiwania, wielkość szpitala i bliskość miejsca zamieszkania.

Postawiono hipotezy szczegółowe:

**H5.1.** Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż czas oczekiwania.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych, uzyskane wyniki przedstawia Tab. XXVIII.

**Tab. XXVII. Statystyki opisowe dla wybranych kryteriów (ekspertyza i czas)**

Kryterium	Średnia	Odchylenie standardowe
Ekspertyza szpitala (wysoka ocena w rankingu)	4,20	0,77
Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne (krótki czas oczekiwania)	4,53	0,66

Źródło: opracowanie własne

**Tab. XXVIII. Podsumowanie testu Wilcoxon dla prób zależnych (ekspertyza i czas)**

Podsumowanie testu znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych	
Ogółem N	2346
Statystyki testu	391396,500
Błąd standardowy	8096,495
Standaryzowana statystyka testu	19,019
Istotność asymptotyczna(test dwustronny)	<,001

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 16. Częstość różnic w ocenach badanych zmiennych (czas-ekspertyza)**

Źródło: opracowanie własne

W przypadku tej hipotezy badano różnice w ocenach w przypadku indywidualnych wskazań a nie same oceny. Ocenom w skali Likerta zostały przypisane wartości od 1 do 5 odpowiednio dla zdecydowanie nieistotne do zdecydowanie istotne. W przypadku gdy dana osoba dla obu zmiennych wskazała tę samą odpowiedź różnica w ocenach wynosiła 0 i została zakwalifikowana do kategorii liczba wiązań, w przypadku, gdy wskazano odpowiedź „zdecydowanie istotne” dla czasu oczekiwania i „raczej istotne” dla ekspertyzy wtedy różnica w ocenach wynosiła 1 na rzecz czasu oczekiwania, zaś w sytuacji gdy osoba wybrała „zdecydowanie istotne” dla ekspertyzy i „raczej istotne” dla czasu oczekiwania wtedy różnica ta wynosiła -1. Na Ryc. 16 pokazano częstość występowania różnic w ocenach, czyli która zmienna oceniona została wyżej, a która niżej. W przypadku czasu oczekiwania i ekspertyzy szpitala, możemy zaobserwować przewagę dodatnich różnic na korzyść czasu oczekiwania, tzn. więcej ankietowanych wskazało wyższe oceny dla czasu oczekiwania.

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu można stwierdzić, że zmienne różnią się istotnie, jednak to czas oczekiwania jest ważniejszy niż ocena szpitala w rankingu (ekspertyza). Hipoteza została odrzucona.

**H5.2.** Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż wielkość szpitala.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych, uzyskane wyniki przedstawiono w Tab. XXX.

**Tab. XXIX. Statystyki opisowe dla wybranych kryteriów (ekspertyza i wielkość szpitala)**

Kryterium	Średnia	Odchylenie standardowe
Ekspertyza szpitala (wysoka ocena w rankingu)	4,20	0,77
Wielkość szpitala	3,08	1,03

Źródło: opracowanie własne

**Tab. XXX. Podsumowanie testu Wilcozona dla prób zależnych (ekspertyza i wielkość szpitala)**

Podsumowanie testu znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych	
Ogółem N	2346
Statystyki testu	54422,000
Błąd standardowy	18923,693
Standaryzowana statystyka testu	-32,852
Istotność asymptotyczna(test dwustronny)	<,001

Źródło: opracowanie własne

Na Ryc. 17 pokazano częstość występowania różnic w ocenach w przypadku wielkości szpitala i ekspertyzy szpitala (wysokiej oceny w rankingu). Można zaobserwować przewagę ujemnych różnic na korzyść ekspertyzy szpitala, tzn. więcej ankietowanych przy wyborze szpitala wskazywało, że bardziej istotne znaczenie ma dla nich ekspertyza szpitala niż jego wielkości. 109 ankietowanych uznało wyższość wielkości szpitala nad jego oceną w rankingu, natomiast 702 osoby wskazały, że zarówno ekspertyza szpitala jak i jego wielkość są dla nich tak samo istotne.



**Ryc. 17. Częstość różnic w ocenach badanych zmiennych (wielkość szpitala-ekspertyza)**

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu hipoteza została przyjęta, wysoka ocena szpitala jest istotniejsza niż wielkość szpitala.

**H5.3.** Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż odległości od miejsca zamieszkania.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych, uzyskane wyniki przedstawia Tab. XXXII.

**Tab. XXXI. Statystyki opisowe dla wybranych kryteriów (ekspertyza i bliskość miejsca zamieszkania)**

Kryterium	Średnia	Odchylenie standardowe
Ekspertyza szpitala (wysoka ocena w rankingu)	4,20	0,77
Bliskość miejsca zamieszkania	3,94	0,93

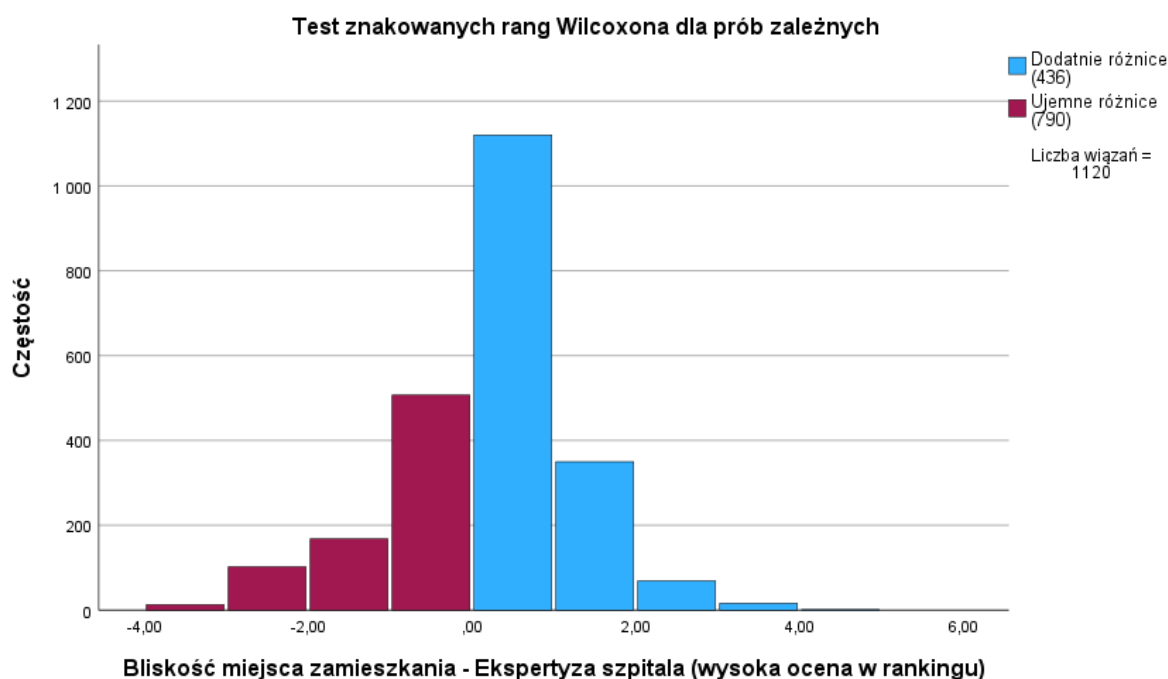
Źródło: opracowanie własne

**Tab. XXXII. Podsumowanie testu Wilcozona dla prób zależnych (ekspertyza i bliskość miejsca zamieszkania)**

Podsumowanie testu znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych	
Ogółem N	2346
Statystyki testu	237169,500
Błąd standardowy	11845,996
Standaryzowana statystyka testu	-11,726
Istotność asymptotyczna(test dwustronny)	<,001

Źródło: opracowanie własne

Na Ryc. 18 pokazano częstość występowania różnic w ocenach w przypadku bliskości miejsca zamieszkania i ekspertyzy szpitala (wysokiej oceny w rankingu). Obserwuje się przewagę ujemnych różnic na korzyść ekspertyzy szpitala, tzn. więcej ankietowanych przy wyborze szpitala wskazywało, że bardziej istotne znaczenie ma ekspertyza szpitala niż jego odległość od miejsca zamieszkania. 436 ankietowanych uznało wyższość odległości szpitala od miejsca zamieszkania nad jego oceną w rankingu, natomiast 1120 osób wskazało, że zarówno ekspertyza szpitala jak i bliskość miejsca zamieszkania są dla nich tak samo istotne.



**Ryc. 18. Częstość różnic w ocenach badanych zmiennych (bliskość miejsca zamieszkania-ekspertyza)**

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników przeprowadzonego testu hipoteza została przyjęta, wysoka ocena szpitala jest ważniejsza niż bliskość miejsca zamieszkania.

Większość postawionych w niniejszej rozprawie hipotez została potwierdzona, w poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie zakresu weryfikacji dla poszczególnych hipotez głównych i szczegółowych przyjętych w niniejszej pracy.

**Tab. XXXIII. Podsumowanie wyników weryfikacji hipotez**

Hipoteza	Zakres weryfikacji
<b>H1:</b> Wraz ze wzrostem czasu oczekiwania na hospitalizację planową w szpitalu ocenianym jako placówka wysokiej jakości następuje zmniejszenie wymagań pacjentów w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie leczniczym.	potwierdzona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H1.1.</b> Osoby w różnym wieku różnią się od siebie pod względem akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach.</li> </ul>	potwierdzona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H1.2.</b> Istnieją różnice między płciami pod względem akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach.</li> </ul>	odrzucona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H1.3.</b> Istnieją różnice między osobami o różnym poziomie wykształcenia pod względem akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach.</li> </ul>	odrzucona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H1.4.</b> Istnieją różnice między osobami zamieszkującymi miejscowości różnej wielkości pod względem akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach.</li> </ul>	odrzucona
<b>H2:</b> Wraz ze wzrostem czasu dojazdu (odległości) z miejsca zamieszkania pacjenta do wysoko ocenianego szpitala następuje zmniejszenie wymagań pacjentów w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie leczniczym.	potwierdzona
<b>H3:</b> Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od czynników socjodemograficznych.	częściowo potwierdzona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H3.1.</b> Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od wieku respondentów</li> </ul>	potwierdzona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H3.2.</b> Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od płci respondentów</li> </ul>	odrzucona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H3.3.</b> Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od wykształcenia respondentów.</li> </ul>	potwierdzona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H3.4.</b> Istnieją różnice w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania respondentów</li> </ul>	potwierdzona
<b>H4:</b> Istnieją różnice w definiowaniu jakości opieki zdrowotnej w zależności od schorzenia będącego przyczyną hospitalizacji.	potwierdzona
<b>H5:</b> Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż czas oczekiwania, wielkość szpitala i bliskość miejsca zamieszkania.	częściowo potwierdzona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H5.1.</b> Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż czas oczekiwania.</li> </ul>	odrzucona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H5.2.</b> Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż wielkość szpitala.</li> </ul>	potwierdzona
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H5.3.</b> Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż odległości od miejsca zamieszkania.</li> </ul>	potwierdzona

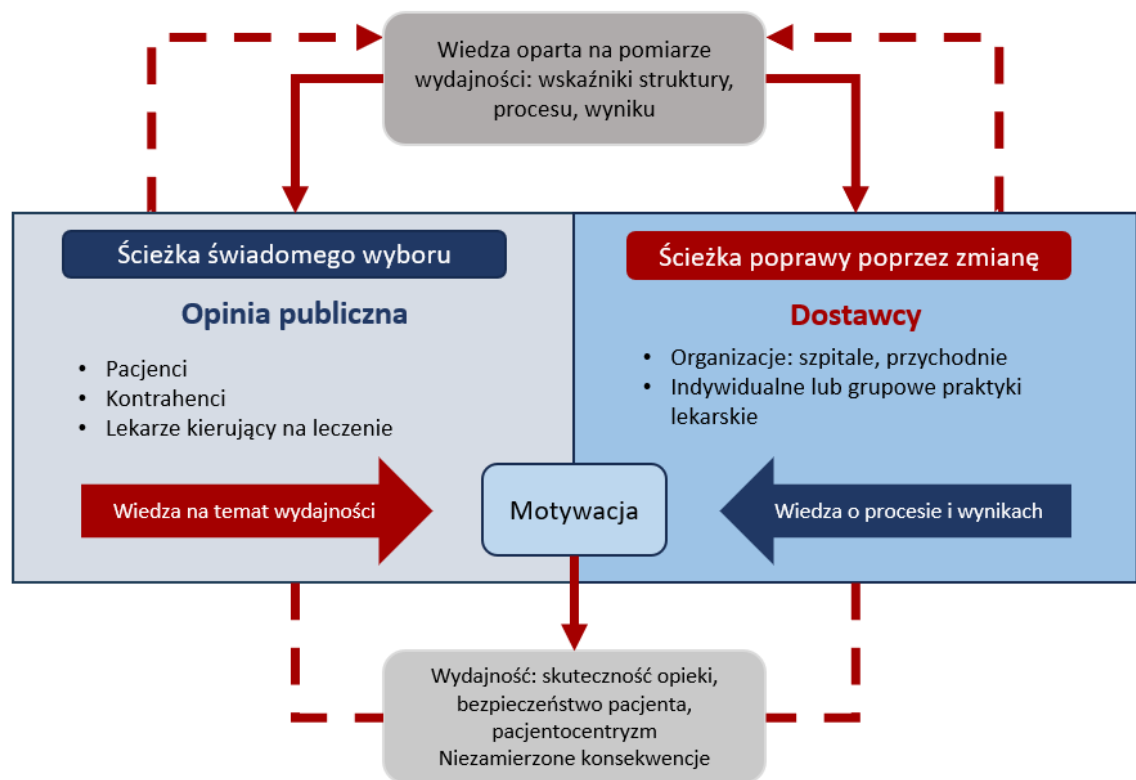
Źródło: opracowanie własne

## V. Dyskusja

Jakość opieki zdrowotnej jest złożonym i wieloaspektowym pojęciem, które nie ma jednej, uniwersalnej definicji. W piśmiennictwie można odnaleźć wiele różnych definicji jakości, które różnią się od siebie pod względem przyjętych kryteriów i metod pomiaru. Z punktu widzenia pacjentów, jakość opieki zdrowotnej to ocena tego, jak bardzo opieka ta spełnia ich indywidualne potrzeby i oczekiwania. Pacjenci mogą oceniać jakość opieki pod względem różnych kryteriów. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania pacjentów jakością opieki zdrowotnej. Pacjenci mają też coraz większą świadomość swoich praw i możliwości, dlatego coraz częściej poszukują informacji o jakości opieki w placówkach medycznych, w których chcą się leczyć. Udostępnianie danych nt. jakości jest ważnym elementem procesu poprawy jakości opieki zdrowotnej. Dane nt. jakości mogą być wykorzystywane przez pacjentów do podejmowania świadomych decyzji o wyborze placówki medycznej. Mogą być również wykorzystywane przez placówki medyczne do identyfikacji obszarów, które wymagają poprawy oraz przez płatników do premiowania tych podmiotów, które świadczą usługi najwyższej jakości. Ponadto, rozwój technologii w ostatnich latach znacząco wpłynął na dostęp do informacji o jakości opieki zdrowotnej. Współczesne technologie pozwalają na zbieranie i analizę danych o jakości na skalę masową oraz pozwalają na prezentowanie ich w sposób przystępny i łatwy do zrozumienia dla pacjentów [153–158].

Publiczne raportowanie informacji o jakości opieki zdrowotnej zwiększa się w wielu krajach europejskich od ostatnich 20 lat. Strategia ta ma na celu promowanie przejrzystości i świadomego wyboru świadczeniodawców, stymulowanie poprawy jakości oraz pociąganie świadczeniodawców do odpowiedzialności za świadczoną opiekę. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development* OECD) definiuje publiczne raportowanie jako raportowanie informacji związanych z efektywnością opieki zdrowotnej publikowane do ogółu społeczeństwa na temat nieanonimowych, identyfikowalnych specjalistów i świadczeniodawców (na przykład osób, instytucji), z wykorzystaniem systematycznie gromadzonych danych porównawczych [104,159]. Berwick, James i Coye [160] identyfikują dwie główne ścieżki, dzięki którym pomiar jakości i raportowanie publiczne mogą prowadzić do poprawy jakości usług opieki zdrowotnej. Na Ryc. 19 przedstawiono dwie ścieżki oraz ich interakcje w oparciu o czynniki motywacyjne. W przypadku pierwszej ścieżki tzw. ścieżki świadomego wyboru, bądź też „poprawy poprzez selekcję”, informacje porównawcze umożliwiają użytkownikom (konsumentom/ pacjentom/ lekarzom) na dokonywanie świadomego wyboru i wybieranie

dostawców kierując się kryteriami jakościowymi. Wybór ten może przybierać wiele form, na przykład: indywidualny pacjent wymagający operacji samodzielnie decyduje o wyborze chirurga lub lekarz internista wybiera szpital, do którego kieruje pacjenta chorego na raka. Konsumentom powinni „głosować nogami” i wybierać dobrych wykonawców, a odrzucać złych, uruchamiając w ten sposób procesy konkurencyjne [161]. Dostawcy o słabych wynikach zamiast po prostu wypadać z rynku, mogą poprawić swoje wskaźniki poprzez zmianę zachowań, co prowadzi do drugiej ścieżki, „poprawy poprzez zmianę”. Na tej ścieżce informacje dotyczące jakości pozwalają dostawcom zidentyfikować obszary, w których osiągają gorsze wyniki w porównaniu z innymi dostawcami. Uświadamianie osobom indywidualnym lub organizacjom dostawców usług o ich własnych wynikach i umożliwienie im porównania z jakąś formą „oczekiwanego” poziomu działa wówczas jako bodziec motywujący dostawców do doskonalenia [162].



**Ryc. 19. Dwie ścieżki zmian poprzez raportowanie do wiadomości publicznej**

Źródło: *Public reporting as a quality strategy* oraz *Connections between quality measurement and Improvement*

Wśród celów badawczych w niniejszej pracy uwzględniono m. in. określenie czym kierują się konsumenci przy wyborze szpitala w warunkach pełnej swobody wyboru dysponujący wiedzą na temat jakości usług medycznych w szpitalach. Odnosząc się do sformułowanych celów badano jakie znaczenie ma dla respondentów czas oczekiwania oraz odległość szpitala



od miejsca zamieszkania w sytuacji gdy mają oni wybór między podmiotami o znanej jakości (oceniaanej w systemie gwiazdkowym). Respondenci stojąc przed wyborem szpitala, w którym miałyby być prowadzone ich leczenie średnio byli skłonni czekać dodatkowe 7 tygodni, aby uzyskać leczenie w placówce o wyższej ocenie w rankingu. W celu zbadania związku pomiędzy czasem oczekiwania a znaczeniem jakości szpitala postawiono hipotezę, mówiącą o tym, że wraz ze wzrostem czasu oczekiwania na hospitalizację planową w szpitalu ocenianym jako placówka wysokiej jakości następuje zmniejszenie wymagań pacjentów w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie leczniczym. W wyniku przeprowadzonego testu Wilcoxon dla jednej próby powyższa hipoteza została przyjęta ( $P = ,003$ ). W przypadku odległości szpitala od miejsca zamieszkania, ankietowani stojący przed wyborem placówki byłiby skłonni przejechać średnio dodatkowe 300 km aby uzyskać leczenie w szpitalu ocenianym na 5 gwiazdek. Aby zweryfikować istnienie związku pomiędzy odległością szpitala od miejsca zamieszkania a znaczeniem jakości w procesie decyzyjnym, postawiono hipotezę, że wraz ze wzrostem czasu dojazdu (odległości) z miejsca zamieszkania pacjenta do wysoko ocenianego szpitala następuje zmniejszenie wymagań pacjentów w zakresie jakości usług medycznych świadczonych w podmiocie leczniczym. W wyniku przeprowadzonego testu Wilcoxon powyższa hipoteza została przyjęta ( $P < ,001$ ). Zatem im dłuższy jest czas oczekiwania oraz odległość szpitala ocenianego wyżej w rankingu tym ankietowani byli bardziej skłonni wybierać szpital z niższą oceną, do którego czas oczekiwania był krótszy i był on zlokalizowany bliżej miejsca zamieszkania.

Choć w przypadku tego projektu podstawowym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz, podobne wnioski płyną również z wcześniejszych badań innych autorów stosujących różne narzędzia badawcze. W piśmiennictwie można odnaleźć wiele podobieństw w zakresie pewnych wzorców zachowań. W badaniu przeprowadzonym przez Varkevisser i wsp. [163], zastosowano warunkowy model logitowy oparty na standardowej teorii użyteczności losowej, który wykorzystuje funkcję użyteczności na poziomie pacjenta, w której czas podróży i cechy szpitala odzwierciedlające różnice w jakości są głównymi czynnikami determinującymi wybór szpitala przez pacjenta. Przy wyborze szpitala zakłada się, że pacjenci ważą koszty zwiększonego czasu podróży (obejmujące zarówno koszty pieniężne, jak i koszty alternatywne czasu dla siebie i/lub ich krewnych) w stosunku do korzyści (wyższej jakości). Do badania wykorzystano dane od dużego holenderskiego ubezpieczyciela zdrowotnego dotyczące niepilnych ambulatoryjnych wizyt szpitalnych w zakresie neurochirurgii w 2003 r. Wyniki estymacji w przyjętym modelu wskazują, że ogólna reputacja szpitala w istotny sposób

wpływa na wybory pacjentów (Coefficient 0.1101;  $\alpha$  0.05; SE 0.0448). Dobra ogólna reputacja zwiększa atrakcyjność szpitala. Szacowany parametr reputacji szpitala w zakresie neurochirurgii jest również pozytywny, choć nieistotny statystycznie. Autorzy zakładają, że może to wynikać z faktu, że tylko 6 z 66 holenderskich szpitali oferujących neurochirurgię cieszy się szczególnie dobrą opinią w zakresie tej specjalizacji medycznej. Ponadto, pacjenci generalnie częściej wybierają szpitale, w których czas oczekiwania jest niższy od średniej krajowej (Coefficient 0.3397;  $\alpha$  0.01; SE 0.0356).

Kolejne badanie przeprowadzone przez Varkevisser i Geest [164] miało na celu określenie dlaczego pacjenci omijają najbliższe szpitale. Autorzy dokonali empirycznej analizy decyzji dotyczących pominięcia szpitala podejmowanych przez pacjentów z Holandii. Specyfikacja empiryczna i leżący u jej podstaw model pojęciowy opierają się na standardowej teorii użyteczności. Z teorii tej wynika, że o decyzji o wizycie lub ominięciu najbliższego szpitala decydują cechy tego szpitala w połączeniu ze specyficznymi cechami pacjenta. Teoretycznie oczekuje się, że pacjenci będą wybierać pomiędzy najbliższym szpitalem a szpitalem położonym dalej, biorąc pod uwagę dodatkowy czas podróży i (postrzeganą) jakość. Autorzy wykorzystując dane z 2003 roku, odkryli, że zarówno w przypadku planowej opieki ortopedycznej (38%), jak i neurochirurgii (54%), wielu holenderskich pacjentów nie odwiedziło najbliższego szpitala. Wyniki szacunków pokazują, że dodatkowy czas podróży negatywnie wpływa na prawdopodobieństwo pominięcia najbliższego szpitala. Krótki czas oczekiwania w najbliższym szpitalu również znacznie zmniejsza prawdopodobieństwo podjęcia decyzji o jego pominięciu. Wydaje się, że pacjenci przywiązują mniejszą wagę do dodatkowego czasu podróży w przypadku opieki ortopedycznej niż w przypadku neurochirurgii.

W badaniu przeprowadzonym przez Aggarwal i wsp. [165] dokonano systematycznego przeglądu w zakresie mobilności pacjentów w ramach usług planowej hospitalizacji po wprowadzeniu polityki wolnego wyboru świadczeniodawcy. Większość krajów o wysokich dochodach wprowadziła politykę umożliwiającą pacjentom wybór świadczeniodawcy w celu zwiększenia wydajności usług, poprawy efektywności i poprawy jakości świadczonej opieki zdrowotnej [166]. Oczekuje się, że poprzez publiczne raportowanie informacji na temat jakości usług świadczeniodawców, pacjenci wybiorą świadczeniodawcę, który najlepiej odpowiada ich potrzebom. Z punktu widzenia usługodawcy oczekuje się, że ta „konkurencja na rynku” będzie bodźcem do większej reakcji i skupienia się na pacjencie, poprawiając w ten sposób wydajność [160]. Autorzy badania dokonali przeszukania zasobów baz PubMed i Embase z lat 1990-2015.

Z 5994 przejranych tytułów/abstraktów uwzględniono 26 badań. W badaniach zastosowano trzy główne modele metodologiczne w celu ustalenia mobilności. Zaobserwowano różnice w zakresie mobilności pacjentów w poszczególnych badaniach. Mobilność była pozytywnie skorelowana z krótszymi czasami oczekiwania, wskaźnikami lepszej jakości usług i dostępem do zaawansowanych technologii. Korelowała negatywnie z zaawansowanym wiekiem lub niższym statusem społeczno-ekonomicznym. Autorzy wskazują, że znaczna część pacjentów była gotowa podróżować poza najbliższego świadczeniodawcę w celu uzyskania usług planowych.

Kolejne badanie dotyczyło wpływu wyborów dokonywanych przez pacjentów oraz ich mobilności na czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala [167]. Czas oczekiwania na planową operację był i nadal jest ważnym problemem polityki zdrowotnej w wielu rozwiniętych krajach uprzemysłowionych. W ciągu ostatnich dziesięcioleci decydenci w coraz większym stopniu zastanawiali się nad tym, jak uporać się z tym problemem. Ringard i Hagen [168] opisują wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród norweskich pacjentów somatycznych w 2004 r. Badanie to dostarczyło informacji o tym, czy wybór szpitala został dokonany przez indywidualnego pacjenta, czy przez kogoś innego. Dane z ankiety połączono następnie z danymi administracyjnymi dotyczącymi szpitala, który faktycznie wykonał leczenie. Dane administracyjne podawały również indywidualny czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Kontrolowano dane demograficzne, pozycję społeczno-ekonomiczną i potrzeby medyczne, aby określić wpływ wyboru i mobilności na czas oczekiwania. Wyniki wskazywały, że pacjenci, którzy ani nie wybrali indywidualnie szpitala, ani nie omijali lokalnego szpitala z innych powodów, mieli najdłuższy czas oczekiwania. Następnie znaleźli się pacjenci, którzy indywidualnie wybrali szpital lokalny, a następnie pacjenci, którzy nie dokonali indywidualnego wyboru, ale ominęli szpital lokalny z innych powodów. Pacjenci, którzy zdecydowali się ominąć lokalne szpitale, czekali średnio 11 tygodni krócej niż pierwsza grupa.

W badaniu przeprowadzonym przez Nostedt i wsp. [169] dokonano przeglądu danych Manitoba Cancer Registry dotyczących pacjentów z rakiem jelita grubego i odbytnicy (CRC) zdiagnozowanych w latach 2004-2006. Przeprowadzono wywiady z pacjentami z terenów wiejskich z rakiem odbytnicy w celu uzyskania informacji o ich preferencjach i czynnikach, które wzięli pod uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczącej miejsca leczenia. Autorzy przeanalizowali dane z rejestru z lat 2004-2006 dotyczące 2086 pacjentów, u których zdiagnozowano CRC (jelito grube: 1578, odbytnica: 508). Wśród pacjentów z terenów wiejskich (n = 907) pacjenci z rakiem odbytnicy byli bardziej skłonni do poddania się operacji

w ośrodku miejskim niż ci z rakiem jelita grubego (46,5% v. 28,8%,  $p < 0,001$ ). W wywiadach wzięło udział 20 pacjentów z terenów wiejskich z rakiem odbytnicy. Na podstawie danych z wywiadów zidentyfikowano 3 główne tematy: decydent, czynniki związane z leczeniem i czynniki osobiste. Uczestnicy opisywali różny wkład w decyzje o skierowaniu i często nie dostrzegali możliwości wyboru miejsca leczenia. Czynniki związane z leczeniem, w tym czynniki związane z chirurgiem i szpitalem, miały duże znaczenie przy rozważaniu miejsca leczenia. Czynniki osobiste, w tym podróż, wsparcie, zakwaterowanie, finanse i zatrudnienie, również miały wpływ na doświadczenia pacjentów związane z leczeniem. Znaczna część pacjentów z terenów wiejskich z rakiem odbytnicy poddawała się operacjom w ośrodkach miejskich. Zdaniem autorów przyczyny takiego stanu są złożone i tylko częściowo związane z wyborem pacjenta. Konieczne są dalsze badania, aby lepiej zrozumieć dostęp do systemu onkologicznego w populacjach rozproszonych geograficznie aby lepiej wspierać pacjentów onkologicznych w procesie podejmowania decyzji i leczenia.

W badaniu przeprowadzonym przez Moscelli i wsp. [114] dotyczącym wyboru szpitala na operację wymiany stawu biodrowego w latach 2002-2013 sprawdzano, (a) wpływ odległości, jakości i czasów oczekiwania na wybór szpitala przez pacjentów poddających się planowej wymianie stawu biodrowego, (b) różnice w wyborach między pacjentami z obszarów miejskich i wiejskich, (c) związek między elastycznością popytu na szpitale a jakością oraz liczbą lokalnych konkurentów oraz jak te zależności zmieniły się po złagodzeniu ograniczeń w wyborze szpitala w Anglii w 2006 roku. Autorzy, wykorzystując dane obejmujące ponad 500 000 pacjentów poddających się planowej wymianie stawu biodrowego w okresie od 2002 do 2013 roku, wykazali, że pacjenci stali się bardziej skłonni podróżować do dostawcy o wyższej jakości lub krótszych czasach oczekiwania, odsetek pacjentów omijających najbliższego dostawcę wzrósł z 25% do prawie 50%, a elastyczność popytu na szpital w zależności od jakości szpitala wzrosła. Przed 2013 rokiem średnia elastyczność popytu na szpital względem wskaźników ponownych hospitalizacji i czasów oczekiwania wynosiła odpowiednio -0,2 i -0,04. Większa liczba konkurentów wśród świadczeniodawców, wiązała się z bardziej elastycznym popytem pod względem jakości i czasu oczekiwania. Pacjenci z obszarów wiejskich odczuwali mniejszy dyskomfort z powodu odległości.

Inne badania wskazują, że wyższa ocena reputacji szpitala zwiększa prawdopodobieństwo wyboru placówki. Ponadto, gdy zwiększa się czas podróży do szpitali wśród których dokonywany jest wybór, wyższy odsetek pacjentów uwzględnia pozytywnie reputację szpitala w swoim procesie decyzyjnym. Można stwierdzić, że znaczący odsetek pacjentów

akceptujących dodatkowy czas podróży jest bardziej wrażliwy na reputację szpitala, tzn. są skłonni do wybierania szpitali położonych dalej, aby poddać się operacji (dotyczy CABG) [103].

Badanie przeprowadzone w Niemczech wykazało, że jakość opieki ma istotny wpływ na wybór szpitala przez pacjentów w przypadku resekcji jelita grubego lub wymiany stawu kolanowego [100]. Pacjenci są bardziej skłonni wybrać szpital o lepszej jakości opieki, nawet jeśli wiąże się to z dłuższym dojazdem. Badanie wykazało również, że pacjenci są bardziej skłonni do wyboru szpitala o lepszej jakości opieki, jeśli mają wyższe wykształcenie lub jeśli są ubezpieczeni komercyjnie. Informacje, które mają największy wpływ na zachowanie pacjentów przy wyborze szpitala to: specjalizacja szpitala, wyniki leczenia, opinie innych pacjentów, lokalizacja szpitala. Wyniki tego badania mogą pomóc szpitalom w poprawie jakości opieki i zwiększeniu atrakcyjności dla pacjentów. Szpitale mogą poprawić swoją jakość opieki i zwiększyć atrakcyjność dla pacjentów, skupiając się na specjalizacji, osiągnięciu dobrych wyników leczenia i budowaniu pozytywnej opinii wśród pacjentów.

Badanie przeprowadzone przez Strumann i wsp. [170] miało na celu zweryfikowanie czy konkurencja poprawia jakość opieki szpitalnej. Jak wskazują autorzy, publiczne sprawozdawanie jakości opieki ma na celu kierowanie pacjentów do świadczeniodawcy o najwyższej jakości i stymulowanie uczciwej konkurencji. W badaniu zastosowano metodę różnicy w różnicach (ang. *difference in differences*, DID), aby sprawdzić, czy jakość szpitali poprawiła się bardziej na rynkach bardziej konkurencyjnych po pierwszym publicznym udostępnieniu danych o wynikach w Niemczech w 2008 roku. Autorzy wykorzystali dane panelowe od 947 szpitali w latach 2006-2010. Ze względu na wysoką złożoność leczenia pacjentów po udarach, jakość szpitali ogólnych szacowano na podstawie 30-dniowego skorygowanego współczynnika śmiertelności w leczeniu udarów. Strukturę rynku mierzono (porównawczo) wskaźnikiem Herfindahla-Hirschmana (HHI) oraz liczbą szpitali na danym rynku. Przewidziane udziały w rynku oparte wyłącznie na zmiennych zewnętrznych były wykorzystywane do obliczenia HHI, aby umożliwić przyczynową interpretację efektu reformy. Stwierdzono jednorodny pozytywny wpływ konkurencji na jakość opieki. Efekt ten był głównie napędzany przez reakcję szpitali non-profit, które mają wąski zakres usług oraz prywatnych szpitali komercyjnych ze średnim zakresem usług. Autorzy podkreślają znaczenie przejrzystości wyników dla zwiększenia konkurencji w zakresie jakości szpitali.

Kolejnym celem badawczym było określenie, jak Polacy rozumieją wysoką jakość opieki zdrowotnej. Aby osiągnąć zamierzony cel przyjęto hipotezę dotyczącą występowania różnic w postrzeganiu jakości opieki zdrowotnej w zależności od czynników socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania). Hipoteza główna została podzielona na cztery hipotezy szczegółowe, które uwzględniały poszczególne czynniki socjodemograficzne. Druga hipoteza główna, która miała przyczynić się do zrozumienia jak Polacy rozumieją wysoką jakość opieki zdrowotnej dotyczyła występowania różnic w definiowaniu jakości opieki zdrowotnej w zależności od schorzenia będącego przyczyną hospitalizacji. W wyniku weryfikacji hipotez szczegółowych hipoteza główna dotycząca różnic w postrzeganiu jakości w zależności od czynników socjodemograficznych została przyjęta w części, spośród analizowanych czynników jedynie dla płci nie uzyskano statystycznie istotnego wyniku testowania. Natomiast hipoteza dotycząca występowania różnic w postrzeganiu jakości w zależności od schorzenia będącego przyczyną hospitalizacji została przyjęta w całości.

Podobne wnioski płyną z badania przeprowadzonego przez Hannawa i wsp. [65]. Autorzy przeprowadzili badanie jakościowe dotyczące aspektów jakości opieki zdrowotnej, które są ważne z perspektywy pacjentów oraz lekarzy i pielęgniarek. Badanie obejmowało wywiady z 15 pracownikami służby zdrowia i 15 pacjentami. Zebrano dziewięćdziesiąt siedem opisów „dobrych” i „złych” epizodów opieki na wybranej próbie lekarzy, pielęgniarek i pacjentów z ośmiu szpitali regionalnych. Treści narracyjne sklasyfikowano wg trzech wymiarów struktury, procesu i wyniku opieki. Charakterystyki dotyczyły najczęściej procesów i wyników rzadziej struktury. Analizując jakość procesów dla epizodów opisujących dobrą jakość opieki zaobserwowano wyraźne różnice między grupami. Lekarze kładli większy nacisk na czynniki intrapersonalne (tj. motywację, wiedzę, umiejętności;  $n = 34/56$ , 61%). Pielęgniarki nieco częściej wspominały o czynnikach interpersonalnych ( $n = 32/48$ ; 67%). Dla pacjentów wymiar intrapersonalny i interpersonalny miały równe znaczenie w zakresie postrzegania opieki dobrej jakości. Natomiast w przypadku wymiaru lekarze ( $n = 28/65$ , 43%) i pacjenci ( $n = 39/83$ ; 47%) najczęściej kojarzyli wyniki fizjologiczne z opieką dobrej (np. udane leczenie/operacja, całkowite wyleczenie) i zły (np. narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo, pogorszenie stanu, śmierć) jakości, a następnie wyniki instytucjonalne (np. wydajność, reputacja) i poznawczo-emocjonalne (np. zwiększenie/zmniejszenie zaufania, zadowolenia). Pielęgniarki w pierwszej kolejności wymieniły wyniki instytucjonalne ( $n = 37/90$ ; 41%), a następnie fizjologiczne ( $n = 20/90$ ; 22%) i poznawczo-emocjonalne wyniki dla pacjenta ( $n = 20/90$ ; 22%). Rezultaty

relacyjne (np. roztrzęsiona rodzina, skuteczna relacja terapeutyczna), psychologiczne (np. depresja, trudności z żałobą), behawioralne (np. (nie)zastosowanie się do zaleceń, zmiana lekarza) i systemowe (np. ogólny brak zaufania/utrata reputacji całego systemu opieki zdrowotnej) były wymieniane rzadziej.

Schwartz i wsp. [171] w ramach przeprowadzonego badania chcieli poznać, jak pacjenci Medicare, podejmowali decyzje dotyczące miejsca przeprowadzenia poważnej operacji i jak podejmowaliby decyzje w przyszłości. Autorzy przeprowadzili ogólnokrajowe badanie telefoniczne, w którym uczestniczyło 510 losowo wybranych beneficjentów Medicare, którzy około 3 lata wcześniej przeszli planowy, wysoko ryzykowny zabieg - naprawę tętniaka brzuszego (n = 103), wymianę zastawki serca (n = 96) lub resekcję pęcherza moczowego (n = 119), płuca (n = 128) lub żołądka (n = 64) z powodu raka. Chociaż wszyscy uczestnicy mogli wybrać miejsce operacji, tylko 55% stwierdziło, że w ich okolicy istnieje alternatywny szpital, do którego mogliby się udać. Tylko 10% respondentów poważnie rozważało udanie się w inne miejsce na operację. Niewielu respondentów (11%) poszukiwało informacji w celu porównania szpitali. Prawie wszyscy respondenci uważali, że ich szpital i chirurg mają dobrą opinię (odpowiednio 94% i 88%), przekonania te były w większości oparte na tym, co powiedzieli ich lekarze kierujący. Na pytanie, w jakim stopniu różne czynniki wpłynęłyby na ich radę dla przyjaciela dotyczącą wyboru miejsca przeprowadzenia poważnej operacji, reputacja chirurga była najbardziej wpływająca (78% stwierdziło, że wpłynęłaby na ich radę "bardzo"), a następnie posiadanie przez szpital "uznanych na szczeblu krajowym" chirurgów (63%), a następnie różne dane dotyczące wydajności (liczba operacji wykonywanych przez chirurga (58%), stosunek pielęgniarki do pacjenta (49%), liczba operacji przeprowadzanych w szpitalu (48%) i śmiertelność pooperacyjna w szpitalu (45%)). 40% badanych stwierdziło, że podjęłoby decyzję na podstawie danych dotyczących śmiertelności, wskazując, że zmieniliby swój początkowy wybór szpitala na inny, gdyby jego śmiertelność była o punkt procentowy niższa (to znaczy 3% w porównaniu do 4%). Jako główny wniosek płynący z przeprowadzonego badania autorzy wskazują, że ponieważ większość respondentów polegała na opinii lekarza kierującego przy podejmowaniu decyzji o miejscu operacji, dane dotyczące wydajności chirurgicznej powinny być dostępne dla lekarzy kierujących.

Wiek jest jednym z czynników, które mogą wpływać na postrzeganie jakości opieki przez pacjentów. Pacjenci w różnym wieku mają różne oczekiwania i priorytety w zakresie jakości opieki. Dlatego ważne jest, aby personel medyczny uwzględniał indywidualne potrzeby i oczekiwania każdego pacjenta. Identyfikacja profili pacjentów może pomóc w lepszym

zrozumieniu ich potrzeb i oczekiwań w zakresie jakości opieki, może ona również pomóc w lepszym dopasowaniu opieki do indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjentów. Badania wykazały, że pacjenci w różnym wieku mają różne oczekiwania i priorytety w zakresie jakości opieki. Na przykład, młodszy pacjenci mogą bardziej doceniać szybkość obsługi i dostępność informacji, podczas gdy starsi pacjenci mogą bardziej cenić sobie empatię i indywidualne podejście personelu. Badanie przeprowadzone w Szwecji wykazało, że wiek nie jest jedynym czynnikiem, który wpływa na ocenę jakości opieki przez pacjentów. Równie ważne są inne czynniki, takie jak płeć, wykształcenie czy długość pobytu w szpitalu. Oznacza to, że świadczeniodawcy powinni skupiać się na indywidualnych potrzebach i oczekiwaniach każdego pacjenta [136].

Badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych przez Duke i wsp. [172] wykazało, że konsumenci przy wyborze szpitala przywiązują dużą wagę do ocen bezpieczeństwa (w tym przypadku bezpieczeństwo mierzone było literową oceną Leapfrog Hospital Safety Score). W badaniu wzięło udział ponad 2300 osób, którym przedstawiono różne scenariusze wyboru szpitala, w których różniły się oceny bezpieczeństwa szpitali, całkowita cena i koszty własne. W pytaniu pierwszym respondentom przydzielono scenariusz, w którym koszty całkowite szpitala 1 (poziom bezpieczeństwa od A do D), szpitala 2 klasy (poziom bezpieczeństwa od B do F) i całkowitego kosztu szpitala 2 (3 poziomy kosztów) były losowo zróżnicowane wśród respondentów. We wszystkich przypadkach szpital 2 miał niższy stopień bezpieczeństwa niż szpital 1, a koszt szpitala 1 utrzymywał się na stałym poziomie. W pytaniu 2 scenariusze różniły się kosztami własnymi, a nie kosztami całkowitymi. W badaniu zmierzono także cechy demograficzne, poziom dochodów, stan zdrowia, etc. Wyniki badania wykazały, że 94% i 88% respondentów wybrało bezpieczniejszy szpital odpowiednio w pierwszym i drugim scenariuszu. Wyższe dochody, wyższy poziom wykształcenia i płeć żeńska były związane z silniejszą preferencją dla szpitala bezpieczniejszego.

Celem badania przeprowadzonego przez Grøndahl i wsp. [173] było zbadanie zmian w postrzeganiu jakości opieki z punktu widzenia pacjentów (QPP), gdy usługi szpitalne są przenoszone ze starego do nowego szpitala wysoko wyspecjalizowanego oraz opisanie, co jest ważne dla pacjentów w szpitalu wysoko wyspecjalizowanym. Zwiększenie QPP było związane z poprawą warunków środowiskowych, a żadna znacząca poprawa jakości opieki nie była związana z personelem medycznym. Wyniki wskazują, że przebywanie w środowisku wysoko wyspecjalizowanym nie poprawia postrzegania przez pacjentów jakości opieki świadczonej przez personel medyczny. Badanie to wykazało, że przeniesienie usług szpitalnych



ze starego do nowego szpitala wysoko wyspecjalizowanego wiąże się ze zwiększeniem QPP opieki z perspektywy pacjenta. Zwiększenie to jest związane z poprawą warunków środowiskowych, takich jak lepsza infrastruktura i wyposażenie. Jednakże, nie stwierdzono żadnej znaczącej poprawy jakości opieki z perspektywy pacjenta, która byłaby związana z personelem medycznym. Oznacza to, że przebywanie w środowisku wysoko wyspecjalizowanym niekoniecznie oznacza świadczenie lepszej jakości opieki przez personel medyczny.

Kolejny ciekawy przykład może stanowić badanie czynników wpływających na zachowania pacjentów dotyczące poszukiwania opieki medycznej w szpitalu w Nanning w Chinach [174]. W badaniu ankietowym dotyczącym chęci poszukiwania opieki medycznej wzięło udział 3428 pacjentów, którzy przebywali w przychodni szpitala w Nanning w okresie od czerwca 2018 roku do sierpnia 2019 roku. Autorzy badania zbudowali model drzewa decyzyjnego w celu zbadania znaczenia czynników wpływających na preferencje pacjentów dotyczące poszukiwania opieki medycznej. Drzewo decyzyjne wykazało, że pacjenci, którzy najbardziej cenili sobie jakość opieki medycznej, wybierali szpitale oferujące wysoką jakość opieki medycznej, nawet jeśli były one droższe lub bardziej odległe. Najważniejszymi czynnikami wpływającymi na preferencje pacjentów dotyczące opieki medycznej były kolejno: jakość opieki, koszt, odległość od szpitala, dostępność oraz reputacja szpitala.

W przekrojowym badaniu obserwacyjnym przeprowadzonym przez de Cruppé i Geraedts [175] obejmującym 1925 pacjentów hospitalizowanych na 46 oddziałach w 17 szpitalach w 2012 roku w Niemczech, autorzy poszukiwali m.in. odpowiedzi na pytania: Z jakich źródeł informacji korzystają pacjenci poszukujący szpitala i jakie kryteria są istotne dla ich decyzji? Autorzy wykazali, że głównymi kryteriami podjęcia decyzji były osobiste doświadczenia ze szpitalem, rekomendacje od krewnych i dostawców usług ambulatoryjnych, reputacja szpitala i odległość od domu. Konkretne informacje dotyczące jakości zawarte w sprawozdaniach z wyników miały dla pacjentów znaczenie drugorzędne. Spośród grupy 1207 pacjentów, którzy sami wybrali szpital, osobiste wcześniejsze doświadczenie ze szpitalem było najczęstszym głównym kryterium wyboru (58,7%), a dla 33,5% respondentów jedynym kryterium. Reputacja szpitala i rekomendacje od opiekunów ambulatoryjnych były ważnymi kryteriami dla około 30% pacjentów, a następnie odległość od miejsca zamieszkania (24,9%) i rekomendacje od krewnych (20,9%). Kolejne dwa kryteria dotyczyły partycypacyjnego stosunku pacjent-lekarz, tj. czy lekarze poświęcają wystarczająco czasu pacjentom (13,6%), i czy zdanie pacjentów było uwzględniane w decyzjach dotyczących leczenia (9,6%).

Wszystkie pozostałe kryteria, które odnosiły się do bardziej szczegółowych jakościowych kryteriów zoperacjonalizowanych, były uważane za ważne przez od 6% do mniej niż 1% respondentów.

Santos i wsp. [176] badali wybory dokonywane przez 3,4 miliona osób spośród blisko 1000 przychodni lekarskich w jednym z regionów Anglii. Autorzy stwierdzili, że jakość kliniczna jest ważna dla pacjentów, pacjenci częściej wybierają przychodnie o wyższej zmierzonej i publikowanej jakości. Ponadto, pacjenci wybierający przychodnię podstawowej opieki zdrowotnej dokonują kompromisów między jakością a odległością. Odnaleziono również pewne dowody na występowanie heterogeniczności pacjentów, z czego wynika, że osoby korzystające z usług rzadko (młodzi mężczyźni) przywiązują mniejszą wagę do jakości niż inne grupy. Autorzy stwierdzili, że osoby mieszkające w małych miejscowościach, które są bardziej ubogie, lub mają mniej zdrową lub mniej wykształconą populację, przywiązują mniejszą wagę do jakości w stosunku do odległości niż inne osoby. Jednak wielkość różnic w kompromisach między jakością a odległością między tymi a innymi grupami jest stosunkowo niewielka.

Ciekawe spojrzenie na temat jakości opieki zdrowotnej prezentują Young i Chen [177], którzy w swoim badaniu oceniali związek pomiędzy jakością opieki medycznej a satysfakcją pacjentów i chęcią rekomendowania ich szpitala. Na podstawie próby 3000 szpitali w USA odkryli, że ani jakość opieki zdrowotnej, ani wskaźnik przeżycia pacjentów nie mają dużego wpływu na zadowolenie pacjentów ze szpitala. Natomiast pacjenci są bardzo wrażliwi na aspekty opieki obejmujące pokój i zakwaterowanie, które są bardzo widoczne. Ciche pomieszczenia mają większy wpływ na zadowolenie pacjentów niż jakość leczenia, a komunikacja z pielęgniarkami wpływa na satysfakcję w znacznie większym stopniu niż ryzyko śmierci na poziomie szpitala. Doświadczenia związane z gościnnością tworzą tzw. „efekt aureoli” w postaci dobrej woli pacjentów, podczas gdy doskonałość medyczna i bezpieczeństwo pacjentów nie. Efekt aureoli może wystąpić w sytuacjach asymetrycznej widoczności – gdy istnieje podstawowa cecha, która jest trudna do zaobserwowania, ale inne atrybuty są wyraźnie widoczne. Prezentowanie doskonałości w widocznej cesze tworzy aureę nieomyślności, która przekłada się na osądy na temat niezobserwowanych cech. Scenę frontową traktuje się jako odzwierciedlenie tego, co dzieje się za kulisami. Co więcej, gdy szpitale stają w obliczu większej konkurencji ze strony innych szpitali, zadowolenie pacjentów jest wyższe, ale jakość leczenia jest niższa. Opieka zdrowotna zorientowana na konsumenta wywiera presję, aby szpitale swoim wyglądem i gościnnością bardziej przypominały hotele.

Yahanda i wsp. [178] podjęli próbę identyfikacji czynników wpływających na wybory pacjentów oraz źródeł informacji, z których korzystają pacjenci w procesie wyboru chirurga. Biorąc pod uwagę ryzyko nieodłącznie związane z zabiegiem chirurgicznym, pacjent powinien móc podejmować możliwie najbardziej świadome decyzje dotyczące wyboru leczenia chirurgicznego. Autorzy zaznaczają, że niewiele jest informacji na temat czynników, które pacjenci uważają za ważne przy wyborze chirurga. W ramach badania dokonano systematycznego przeglądu piśmiennictwa dotyczącego sposobu, w jaki pacjenci wybierają leczenie chirurgiczne. Przeszukano dostępne artykuły naukowe dotyczące czynników związanych z wyborem chirurga/opieki chirurgicznej, a także źródeł informacji, z których korzystają pacjenci przed poddaniem się operacji, wykorzystując elektroniczną bazę danych MEDLINE/PubMed. Spośród 2315 zidentyfikowanych publikacji 86 badań spełniło kryteria włączenia. Autorzy wskazują, że przy wyborze leczenia chirurgicznego pacjenci kierują się wieloma czynnikami, z czego najbardziej cenionymi atrybutami zawodowymi była reputacja i kompetencje chirurga. Pacjenci często wybierali chirurgów również na podstawie ich umiejętności interpersonalnych. Wielu pacjentów wybierało leczenie chirurgiczne, kierując się cechami szpitala, a nie samego chirurga. W przypadku tych pacjentów najważniejsze były reputacja szpitala i odległość od szpitala. Co ważne, większość pacjentów przy wyborze chirurga opierała się na opiniach ustnych i zaleceniach lekarzy. Pacjenci wyrazili także zainteresowanie wysokiej jakości informacjami na temat chirurgów, wskazując, że dane te byłyby przydatne w podejmowaniu decyzji.

Groenewoud i wsp. [179] badali, co wpływa na decyzje pacjentów dotyczące opieki zdrowotnej i jakie są implikacje dla dostarczania pacjentom informacji na temat jakości podmiotów świadczących opiekę zdrowotną. Autorzy wykorzystali dane pacjentów z Holandii od listopada 2006 r. do lutego 2007 r., na których przeprowadzono eksperymenty dotyczące wyboru dyskretnego w trzech grupach pacjentów, aby zbadać, co wpływa na wybór świadczeniodawców. Dane obejmowały 616 pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego, 368 pacjentów z przewlekłą depresją i 421 przedstawicieli pacjentów z chorobą Alzheimera. Trzy grupy pacjentów wybierały dostawców usług opieki zdrowotnej na różnych zasadach. Najbardziej cenionymi atrybutami były skuteczność i bezpieczeństwo (artroza stawu kolanowego); ciągłość opieki i relacji z terapeutą (depresja przewlekła); i specjalistyczna wiedza (choroba Alzheimera). Preferencje różniły się pomiędzy podgrupami, głównie w odniesieniu do profili wyborów pacjentów, ciężkości choroby i niektórych cech podstawowych. Badanie to wykazało, że w procesach decyzyjnych pacjentów jest dużo miejsca

na jakościowe informacje na temat podmiotów świadczących opiekę zdrowotną. Informacje te powinny być dostosowane do konkretnych segmentów pacjentów, ponieważ różne czynniki odgrywają rolę w procesie wyszukiwania i wyboru.

W badaniu przeprowadzonym przez Avdic i wsp. [180] analizowano wpływ subiektywnych i obiektywnych miar jakości na wybór szpitala przez pacjentki w Niemczech. Obiektywne pomiary uzyskano na podstawie publicznie zgłaszanych wskaźników klinicznych, natomiast subiektywne pomiary opierają się na wynikach zadowolenia z dużego, ogólnokrajowego badania pacjentów. Autorzy łączyli oba wskaźniki jakości ze szczegółową dokumentacją wypisów ze szpitala i określali ilościowo dodatkową odległość, jaką przyszłe matki były skłonne pokonać, aby rodzić w klinikach położniczych o wyższej raportowanej jakości. Badanie wykazało również, że zarówno subiektywna, jak i obiektywna jakość wpływają na wybór szpitala przez pacjentki. Jednak subiektywna jakość była silniejszym predyktorem wyboru szpitala niż jakość obiektywna. Pacjentki były bardziej skłonne do wyboru szpitali, które miały lepszą opinię wśród innych pacjentek. Sugeruje to, że pacjentki przywiązują dużą wagę do subiektywnych ocen jakości przy podejmowaniu decyzji o wyborze szpitala.

Ostatnim celem badawczym postawionym w niniejszej rozprawie była identyfikacja potencjalnych następstw związanych z publikowaniem danych o jakości dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Aby osiągnąć powyższy cel postawiono następującą hipotezę główną: Wysoka ocena szpitala w rankingu ma większe znaczenie przy wyborze podmiotu leczniczego niż czas oczekiwania, wielkość szpitala i bliskość miejsca zamieszkania. Na potrzeby przeprowadzenia testów statystycznych niniejsza hipoteza została podzielona na trzy hipotezy szczegółowe: a) wysoka ocena w rankingu ma większe znaczenie niż czas oczekiwania; b) wysoka ocena w rankingu ma większe znaczenie niż wielkość szpitala; c) wysoka ocena w rankingu ma większe znaczenie niż odległość szpitala od miejsca zamieszkania. W wyniku przeprowadzonych testów statystycznych hipoteza główna została przyjęta w części, jedynie w przypadku czasu oczekiwania uzyskano wynik istotny statystycznie na rzecz czasu oczekiwania a nie jak zakładano wysokiej oceny w rankingu.

Przegląd piśmiennictwa przeprowadzony przez Victoor i wsp. [181] miał na celu zidentyfikowanie czynników determinujących wybór świadczeniodawców przez pacjentów. Autorzy wskazują, że wybory pacjentów są determinowane przez złożoną interakcję pomiędzy różnymi cechami zarówno pacjenta jak i świadczeniodawcy. Nie ma czegoś takiego jak typowy pacjent: różni pacjenci dokonują różnych wyborów w różnych sytuacjach. Pacjenci często

przywiązują większą wagę do swoich wcześniejszych doświadczeń zdrowotnych lub zaleceń lekarza rodzinnego niż do ogólnodostępnych informacji porównawczych. Ponadto pacjenci opierają swoje decyzje nie tylko na wskaźnikach wyniku, ale także na innych cechach świadczeniodawcy. Chociaż wiele badań ( $n = 30$ ) wykazało, że wskaźniki wyników, takie jak śmiertelność lub odleżyny, miały silny lub umiarkowany wpływ na wybór dokonany przez pacjentów, około połowa tej liczby ( $n = 15$ ) wykazała, że wpływ ten był słaby lub w ogóle go nie było. Ogólnie rzecz biorąc, z perspektywy pacjentów inne cechy są ważniejsze niż wynik, takie jak skierowanie do lekarza rodzinnego i odległość. Różnice w wadze przypisywanej wskaźnikom wyników można częściowo wyjaśnić różnicami między cechami, które pacjenci uważają za ważne, a tymi, na podstawie których działają w sytuacji rzeczywistego wyboru. Na przykład pacjenci wskazują, że są skłonni do wykorzystania w przyszłych wyborach większej liczby elementów informacji wysokiej jakości, w tym wskaźników wyniku, niż faktycznie wykorzystali przy poprzednich wyborach. W kilku badaniach ( $n = 10$ ) stwierdzono pozytywny związek między poziomem wykształcenia a wagą przywiązywaną do wyników szpitali. Pacjenci z bardziej złożonymi lub ciężkimi chorobami przywiązują mniejszą wagę do wyników, konkretna choroba również wpływa na wagę, jaką pacjent przywiązuje do wyników szpitala.

W piśmiennictwie odnaleźć można wiele badań odnoszących się do samych rankingów oraz ich związku z klinicznymi wynikami pacjentów. Jednym z nich jest badanie przeprowadzone przez Kaye i wsp. [182] dotyczące związku pomiędzy rankingiem szpitali a krótkoterminowymi wynikami dla 365 752 pacjentów po dużych zabiegach onkologicznych. Wyniki badania wskazują, że ocena szpitala w rankingu oraz liczba wykonanych zabiegów chirurgicznych były skorelowane z 4 krótkoterminowymi wynikami po zabiegach (śmiertelność, wskaźnik powikłań, ponowne przyjęcia oraz przedłożony czas pobytu w szpitalu). Skorygowane przewidywane prawdopodobieństwa dla szpitali z 5 i 1 gwiazdką wynosiły odpowiednio 2,3% i 4,5% dla śmiertelności, 39% i 48% dla powikłań, 10% i 15% dla ponownych przyjęć oraz 8% i 16% dla przedłużonego czasu pobytu w szpitalu.

Inne badania wykazują, że wyższa ocena w rankingu CMS była związana z niższą śmiertelnością pacjentów i mniejszą liczbą ponownych hospitalizacji. Oznacza to, że pacjenci mogą wykorzystywać liczbę gwiazdek przy podejmowaniu decyzji dotyczących ubiegania się o opiekę zdrowotną, biorąc pod uwagę, że szpitale z większą liczbą gwiazdek nie tylko zapewniają lepszą opiekę, ale także charakteryzują się niższą śmiertelnością i niższym wskaźnikiem ponownych przyjęć do szpitala [102].

W badaniu przeprowadzonym przez Papageorge i wsp. [183] oceniano wykorzystanie ocen CMS Star Ratings do identyfikacji najbezpieczniejszych szpitali. W badaniu wykorzystano dane pacjentów powyżej 65. roku życia, którzy przeszli złożoną operację raka (lobektomia, kolektomia, gastrektomia, esofagektomię, pankreatoduodenektomię) i zostali ocenieni w plikach CMS Medicare Provider Analysis and Review (2013-2016). Wpływ redystrybucji zmodelowano poprzez zastosowanie skorygowanych współczynników śmiertelności pacjentów leczonych w szpitalach 5-gwiazdkowych do pacjentów leczonych w szpitalach 1-gwiazdkowych (metoda Petersa-Belsona). W wyniku przeprowadzonego modelowania z wykorzystaniem danych z 3146 szpitali, w których operowano 105 823 pacjentów, otrzymano następujące wyniki: 90-dniowa śmiertelność zmniejszała się wraz ze wzrostem oceny gwiazdkowej (1 gwiazdka - 10,4%, 95% przedział ufności [CI] - 9,8% do 11,1%; 5 gwiazdek - 6,4%, 95% CI - 6,0% do 6,8%). Przewidywano, że przeniesienie pacjentów ze szpitali 1-gwiazdkowych do szpitali 5-gwiazdkowych (7,8% pacjentów) pozwoliłoby uratować 84 beneficjentów Medicare każdego roku. Wpływ ten różnił się w zależności od procedury (kolektomia - 47 uratowanych żyć rocznie; gastrektomia - 5 uratowanych żyć rocznie). Ogółem 2189 pacjentów musiałoby zmienić szpital każdego roku, aby poprawić wyniki leczenia (przeniesienie 26 pacjentów, aby uratować 1 życie).

Badanie przeprowadzone przez Chatterjee i Joynt Maddox [184], które miało na celu scharakteryzowanie szpitali wysokiej i niskiej jakości ocenianych wg ocen gwiazdkowych pokazało, że małe szpitale częściej otrzymywały 4 lub 5 gwiazdek w ogólnym rankingu. W przeprowadzonym przekrojowym badaniu wykorzystano retrospektywne dane z 3429 amerykańskich szpitali zajmujących się opieką doraźną, którym przyznano ogólną ocenę gwiazdkową zarówno w 2016, jak i 2017 roku. Autorzy zastosowali wielowymiarowe modele regresji logistycznej, aby zidentyfikować cechy związane z otrzymaniem 4 lub 5 gwiazdek. Małe szpitale częściej otrzymywały 4 lub 5 gwiazdek w 2016 r. (33% małych szpitali, 26% średnich szpitali i 21% dużych szpitali, OR dla średnich 0,78,  $p=0,02$  i dla dużych 0,61,  $p=0,003$ ). Status organizacji non-profit (OR 1,37,  $p=0,01$ ), region środkowo-zachodni (OR 2,30,  $p<0,001$ ), region zachodni (OR 1,30 w 2016 r.,  $p=0,06$ ) i przynależność do systemu (OR 1,33,  $p=0,003$ ) były związane z wyższym prawdopodobieństwem uzyskania wyższej oceny gwiazdkowej. Szpitale z największą liczbą pacjentów Medicaid miały znacznie mniejsze prawdopodobieństwo uzyskania 4 lub 5 gwiazdek (OR dla najwyższego kwartyla=0,32,  $p<0,001$ ), zaś szpitale z najwyższym odsetkiem pacjentów Medicare miały nieco mniejsze prawdopodobieństwo (OR dla najwyższego kwartyla=0,68,  $p=0,01$ ). Autorzy zaznaczają,

że konieczne jest dalsze monitorowanie tych tendencji, ponieważ pacjenci, klinicyści i decydenci starają się wykorzystywać te informacje do promowania opieki wysokiej jakości.

Celem badania przeprowadzonego przez Mehta i wsp. [185] było zbadanie wyników pacjentów oraz płatności wśród pacjentów poddawanych operacji raka jelita grubego, płuc, przełyku, trzustki i wątroby w grupach szpitali o różnych ocenach gwiazdkowych. Do wyłonienia kohorty analitycznej autorzy wykorzystali Standard Analytic Files (SAF) Medicare z lat 2013-2015. Zbadano związek ocen gwiazdkowych z wynikami okołoperacyjnymi i wydatkami. Wśród 119 854 pacjentów większość przeszła operację w szpitalu 3-gwiazdkowym (n = 34 901, 29,1%) lub 4-gwiazdkowym (n = 30 492, 25,4%). Tylko 12,2% (n = 14 732) leczono w szpitalu 5-gwiazdkowym. We wszystkich badanych procedurach pacjenci poddawani operacji w szpitalu 1-gwiazdkowym mieli większe szanse na śmierć w ciągu 90 dni niż pacjenci, którzy przeszli operację w szpitalu 5-gwiazdkowym (rak jelita grubego, 1,41 [95% CI, 1,25–1,60]; rak płuca, 1,97 [95% CI 1,56–2,48]; esofagektomia, 1,83 [95% CI 0,81–4,16]; pankreatektomia, 1,70 [95% CI 1,20–2,41]; hepatektomia, 1,63 [95% CI 0,96–2,77]). Podobną tendencję zaobserwowano w przypadku nieudanej próby ratowania (ang. *failure to rescue* FTR), przy czym największe szanse na FTR wiązały się ze szpitalami 1-gwiazdkowymi.

Gutacker i wsp. [186] badali czy popyt na usługi szpitalne w przypadku pacjentów poddawanych operacji stawu biodrowego w brytyjskim NHS reaguje na jakość mierzoną szczegółowymi raportami pacjentów na temat ich stanu zdrowia przed i po operacji stawu biodrowego. Od kwietnia 2009 roku wszystkie szpitale w Anglii są zobowiązane do gromadzenia danych o wynikach zgłaszanych przez pacjentów (PROM) dla pacjentów finansowanych przez NHS poddawanych zabiegom wymiany stawu biodrowego i kolanowego, operacji żyłaków lub naprawy przepukliny pachwinowej [187]. PROM to szczegółowe, zatwierdzone kwestionariusze wykorzystywane do pomiaru stanu zdrowia, funkcjonowania i jakości życia pacjentów przed i po leczeniu. Zdaniem autorów wskaźniki jakości szpitala opracowane na podstawie wyników PROMs pod wieloma względami przewyższają „wskaźniki niepowodzeń”, takie jak wskaźnik śmiertelności czy ponownych przyjęć. Po pierwsze, w bardziej wrażliwy sposób uwzględniają one więcej wymiarów związanych ze zdrowiem pacjentów. Po drugie, są one znacznie lepiej dostosowane do zróżnicowania pacjentów (ang. *case-mix*), ponieważ wykorzystują bogate dane z kwestionariuszy PROMs zebranych przed operacją. Wreszcie, PROMs odzwierciedlają zdanie pacjentów na temat ich zdrowia i poprawy stanu zdrowia. Średnie zmiany w stanie zdrowia pacjentów skorygowane o ryzyko,

specyficzne dla danego szpitala, zostały opracowane i udostępnione online w celu m.in. wspierania pacjentów dokonujących wyborów [186,187]. Autorzy badania stwierdzili, że zwiększenie jakości o jedno odchylenie standardowe, mierzone jako średni zysk zdrowotny, zwiększa popyt nawet o 10%. Tradycyjne miary jakości szpitala okazały się mniej istotne dla decyzji dotyczących wyboru szpitala. Uzyskane wyniki sugerują, że wybór szpitala przez pacjentów jest uzależniony od korzyści zdrowotnych wynikających z leczenia, a nie tylko od prawdopodobieństwa wystąpienia ekstremalnych, rzadkich zdarzeń, takich jak zgon lub ponowne przyjęcie do szpitala.

Chociaż w USA dostępnych jest kilka rankingów szpitali, nie było dotąd "globalnego" rankingu szpitali, który oceniałby szpitale na całym świecie. Po nawiązaniu przez Newsweek współpracy z globalną firmą Statista, zajmującą się badaniami rynku, stworzony został ranking 1000 najlepszych szpitali na świecie, w tym zarówno szpitale z USA, jak i reszty świata. Ranking opierał się na trzech czynnikach: rekomendacjach ekspertów (55%), doświadczeniach pacjentów (15%) i wskaźnikach jakości (np. higiena i środki bezpieczeństwa pacjentów, liczba pacjentów na lekarza/pielęgniarkę) (30%). Chociaż ranking jest informacyjny, nie uwzględniał bezpośrednich miar wyników pacjentów i w dużym stopniu opierał się na rekomendacjach ekspertów, mimo ograniczonej liczby dowodów na poparcie dokładności oceny jakości szpitali przez ekspertów. Aby rozwiązać ten problem Miyawaki i wsp. [188] zbadali, czy globalny ranking szpitali Newsweek dla szpitali w USA był związany z skorygowanymi pod względem ryzyka wynikami pacjentów. Autorzy powiązali trzy zestawy danych: (1) globalny ranking szpitali Newsweeka, (2) bazę danych Hospital Compare Center dla Medicare i Medicaid Services (CMS) (dla wyników pacjentów), oraz (3) bazę danych American Hospital Association Annual Survey (dla charakterystyki szpitala). Wyniki pacjentów zdefiniowano jako 30-dniową skorygowaną pod względem ryzyka śmiertelność i wskaźniki readmisji pacjentów na cztery główne schorzenia: ostry zawał serca, niewydolność serca, zapalenie płuc i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). Korzystając z tego połączonego zestawu danych na poziomie szpitala, zbadano związek między globalnym rankingiem szpitali Newsweeka a wynikami pacjentów za pomocą wielowymiarowej regresji liniowej. Spośród 3008 badanych szpitali ostrej opieki okazało się, że szpitale o wyższej pozycji w rankingu były częściej dużymi, miejskimi i głównymi szpitalami klinicznymi znajdującymi się w regionie północno-wschodnim. Po uwzględnieniu cech szpitala stwierdzono, że pacjenci, którzy byli leczeni w szpitalach o wyższej pozycji w rankingu, mieli niższą śmiertelność niż pacjenci leczeni w szpitalach niżej sklasyfikowanych. Szpitale zajmujące czołowe 50 miejsc miały najniższy



skorygowany pod względem ryzyka wskaźnik śmiertelności wynoszący 11,3% (95% CI, 10,9–11,7%), a następnie 11,9% (95% CI, 11,5–12,2%) dla szpitali sklasyfikowanych na 51–100, 12,1% (95% CI, 11,8–12,3%) dla 101–150, 12,1% (95% CI, 11,8–12,5%) dla 151–200 i 12,4% (95% CI, 12,3–12,4%) dla szpitali sklasyfikowanych na 201 lub niżej (P-trend < 0,001). Chociaż związek był nieco słabszy, stwierdzono podobny wzorzec w przypadku wskaźnika readmisji pacjentów (P-trend = 0,004).

Opinia publiczna musi mieć lepsze informacje, aby móc podejmować rozsądne decyzje dotyczące tego, który szpital będzie najlepszym wyborem dla niej samej lub dla jej rodziny. Obecnie wiele takich decyzji opiera się na tym, gdzie ich lekarze mają uprawnienia do przyjmowania, radach znajomych, którzy mieli wcześniejsze doświadczenia z konkretnymi szpitalami, lub ogólnej reputacji szpitali i ośrodków medycznych w społeczności. Aby jednak poszerzyć podstawy do podejmowania tak ważnych decyzji, opracowano kilka rozbudowanych rankingów i ocen szpitali [189,190].

Tworzenie rankingów jakości od podstaw wiąże się z koniecznością ich sukcesywnej ewaluacji, nie zdarzyło się dotąd bowiem aby raz stworzona metodologia była bez zarzutów i nie wymagała z czasem dostosowania do zmieniającego się otoczenia. I tak na przykład w 2020 r. program ocen w postaci gwiazdek został wstrzymany, aby umożliwić ocenę i korektę. CMS zaangażował panele ekspertów technicznych (ang. *technical expert panels* - TEPs) i wraz z wykonawcą dokonali przeglądu piśmiennictwa, zaoferowali wskazówki i zweryfikowali opcje. W wersji 2021 wprowadzono kilka zmian. Po pierwsze, wynik grupy miar został uproszczony do prostej średniej jej składowych, eliminując stosowanie problematycznego modelowania zmiennych ukrytych. Użycie prostej średniej sugeruje, że wszystkie miary w grupie będą miały jednakową wagę. Chociaż może to również nie być idealne rozwiązanie, stanowi to znaczną poprawę w stosunku do poprzedniego podejścia [191]. Nowe podejście jest przejrzyste i zrozumiałe dla pacjentów, lekarzy kierujących i płatników, a także dyrektorów szpitali, którzy umieszczają rankingi w celu identyfikacji wysiłków na rzecz poprawy jakości. Umożliwia także szpitalom samodzielne obliczanie swoich wyników oraz przewidywanie wyników w przyszłości. Po drugie, szpitale są obecnie uwzględniane w ocenie gwiazdkowej tylko wtedy, gdy mają wystarczającą ilość danych, aby uzyskać znaczącą ocenę. Tylko te, które podają co najmniej 3 z 5 grup miar (wymagana śmiertelność i bezpieczeństwo opieki) zostaną uwzględnione w ocenach. Po trzecie, jedna z najbardziej istotnych zmian polega na tym, że szpitale nie są już klasyfikowane razem. Zamiast tego szpitale dzieli się na 3 grupy

w zależności od tego, czy przedstawiły wystarczającą liczbę danych, aby zostać zakwalifikowanych do grupy 3, 4 lub 5 sprawozdanych miar [192].

National Quality Forum (NQF) zorganizowało w 2019 r. spotkanie Star Rating Summit poświęcone ocenie jakości szpitali [193]. Wzięło w nim udział ponad 20 ekspertów z różnych dziedzin, aby zbadać możliwości i wyzwania związane z programem oceny gwiazdkowej. Zgromadzono w jednym miejscu przedstawicieli szpitali, płatników, nabywców i konsumentów. Star Rating Summit stanowi kontynuację zaangażowania NQF w badanie, w jaki sposób zestawy miar i systemy pomiarowe mogą pomóc w osiągnięciu celów związanych z pomiarami wyników, jednocześnie zwiększając przejrzystość i minimalizując obciążenie. NQF bezpartyjna organizacja non-profit działająca w Stanach Zjednoczonych, oparta na członkostwie, której celem jest poprawa wyników opieki zdrowotnej, bezpieczeństwa, równości i przystępności cenowej. Uczestnicy szczytu wypracowali zestaw rekomendacji i zaleceń, które powinny stanowić wskazówki dla przyszłych działań programu Star Rating. Główne rekomendacje NQF dotyczyły następujących obszarów:

1. Cele i intencje programu Star Rating powinny być jasno określone. Metodologia programu oraz zaprojektowane elementy powinny być zgodne z podstawowymi intencjami i potrzebami użytkownika.
2. Transparentność w zakresie tego, co przekazują oceny gwiazdkowe a czego nie. Oceny w postaci gwiazdek mają na celu podsumowanie działań dostępnych w programie Hospital Compare tak aby wspomagać decyzje konsumentów. Niezbędna jest jasna komunikacja na temat interpretacji programu i jego metod.
3. Prezentację danych powinna być zaprojektowana tak, aby spełniała priorytety konsumentów i inne potrzeby użytkowników. Istnieje możliwość ulepszenia prezentacji ocen w postaci gwiazdek i interakcji użytkownika z danymi podsumowującymi, aby uczynić program bardziej praktycznym i trafnym.

Nie należy jednak zapominać o tym, że publikowanie wyników szpitali może prowadzić do otrzymywania niespójnych porównań i rankingów. Choć rankingi wydają się proste, to często ignorują one losową zmienność różnic pomiędzy szpitalami oraz wielkość tych różnic. O wiarygodności porównań szpitali decydują dwa główne komponenty: niepewność wewnątrzszpitalna (jak wiarygodne są oszacowania dla każdego szpitala) oraz międzyszpitalna heterogeniczność (jak duże są różnice między szpitalami). Dla zdarzeń o niskiej częstotliwości występowania oraz dla mniejszych podgrup w populacji niepewność może być duża.

Heterogeniczność odnosi się do rzeczywistych różnic pomiędzy szpitalami i można ją oszacować za pomocą modeli efektów losowych. Obydwa elementy określają wiarygodność rankingu za pomocą wskaźnika, „*rankability*” (w wolnym tłumaczeniu zdolność do rankingu). Rankability mierzy, jaka część zmienności pomiędzy surowymi efektami szpitalnymi wynika z niewyjaśnionych różnic, a nie z niepewności [194]. Kategoryzacja wskaźników ze względu na rankability jest nadal arbitralna. Lingsma i wsp. [195] zasugerowali, że wartość wskaźnika rankability powyżej 70% powinna być rozsądna. Natomiast Higgins i wsp. [196] przypisali przymiotniki niski, umiarkowany i wysoki wartościom wskaźnika wynoszącym 25%, 50% i 75%. W badaniu przeprowadzonym w Niderlandach oceniano, czy łączenie danych w kompozyty lub uwzględnianie danych z wielu lat poprawia wiarygodność rankingu wskaźników jakości opieki szpitalnej [197]. Autorzy dowiedli, że łączenie danych z wielu lat lub wielu wskaźników prowadzi do uzyskania bardziej rzetelnego rankingu szpitali, szczególnie w odniesieniu do śmiertelności i ponownych przyjęć do szpitala w pojedynczych latach. Co więcej zdaniem autorów, miary kompozytowe dostarczają więcej informacji i bardziej wiarygodne rankingi niż łączenie danych z wielu lat dla poszczególnych wskaźników. Natomiast badanie przeprowadzone przez Barclay i wsp. [198] oceniało zgodność ocen i rankingów szpitali obliczonych przy użyciu obecnej specyfikacji technicznej CMS Hospital Compare star ratings oraz z wykorzystaniem trzech alternatywnych metod (standaryzację indywidualnych pomiarów, grupowanie poszczególnych miar w domeny wyższego poziomu oraz przypisywanie nowych wag domenom jakości przed połączeniem ich w wynik złożony). W analizie uwzględniono łącznie 3339 szpitali w Stanach Zjednoczonych. Metoda standaryzacji była związana z najistotniejszymi zmianami w dystrybucji gwiazdek, przy jej zastosowaniu 55,4% (95% CI, 53,7%-57,1%) szpitali miało zmienioną ocenę gwiazdkową. Zmiana wag domen była związana z najmniejszymi różnicami, ale nawet ona spowodowała zmianę oceny gwiazdkowej w około 1 na 4 (24,5%; 95% CI, 23,0%-26,0%) szpitale. W badaniu symulacyjnym, które obejmowało szereg możliwych zmian, średnio połowa szpitali (51,8%; IQR, 44,2%-59,7%) otrzymała inną ocenę gwiazdkową niż ta wyliczona przy użyciu obecnej specyfikacji, zazwyczaj z sąsiedniej kategorii. Wyniki uzyskane przez autorów tego badania skłaniają do refleksji jak bardzo wrażliwe na zmiany mogą być rankingi w zależności od przyjętej metody oceny szpitali.

Badanie przeprowadzone przez Austin i wsp. [199] miało na celu zbadanie poziomu zgodności i niezgodności ocen śmiertelności dla poszczególnych schorzeń dla poszczególnych szpitali w trzech krajowych publicznie udostępnianych systemach oceny. Badana próba

do porównania wskaźników śmiertelności wynosiła 3230 szpitali w przypadku POChP i 3310 szpitali w przypadku niewydolności serca. Autorzy porównując indywidualną wydajność szpitali w zakresie wskaźników śmiertelności, stwierdzili, że w obu przypadkach pełna zgodność ocen w 3 analizowanych systemach wynosiła ok 16% (dla POChP 534 z 3230 szpitali 16,5%, dla niewydolności serca 542 z 3310 szpitali 16,4%). W przypadku większości szpitali (2609 [80,8%] w przypadku POChP; 2607 [78,8%] w przypadku niewydolności serca) stwierdzono, że 2 z 3 systemów oceny zgodziło się w sprawie oceny, przy czym trzeci system ocenił szpital jako o 1 kategorię lepszy lub gorszy. W przypadku zarówno POChP, jak i niewydolności serca, 3 systemy oceny dały niezgodne wyniki dla odpowiednio 87 szpitali [2,7%] i 161 szpitali [4,9%], gdzie wszystkie 3 systemy przypisały różne oceny temu samemu szpitalowi lub 2 z ocen zgodziło się na jednym skrajności, a trzeci system przypisał szpitalowi ocenę na przeciwnym skraju. W innym badaniu porównano cztery krajowe systemy oceny [200]. Autorzy wybrali „wysokich” i „niskich” wykonawców dla każdego systemu oceny i zbadali nakładanie się ocen między systemami oraz to, jak cechy szpitala korespondowały z wynikami każdego z systemów. Żaden szpital nie został oceniony jako wysoki wykonawca przez wszystkie cztery krajowe systemy oceny. Tylko 10% z 844 szpitali ocenionych jako wysoki wykonawca przez jeden system oceny zostało ocenionych jako wysoki wykonawca przez którykolwiek z pozostałych systemów oceny. Brak porozumienia między krajowymi systemami oceny szpitali jest prawdopodobnie wyjaśniony faktem, że każdy system używa swoich własnych metod oceny, ma inny cel oceniania i podkreśla różne miary wydajności.

Nwana i wsp. [201] badali związek pomiędzy niekorzystną sytuacją społeczno-ekonomiczną dzielnicy a jakością szpitali w aglomeracjach miejskich w USA. Wyniki wskazują, że szpitale położone w bardziej pozbawionych społecznie obszarach mają tendencję do uzyskiwania niższych ocen jakości w wielu obszarach, w tym w zakresie śmiertelności, ponownych przyjęć do szpitala, bezpieczeństwa opieki, doświadczeń pacjentów i skuteczności opieki. W miarę jak niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna dzielnicy wzrosła z niskich do wysokich kwintyli ADI, wskaźniki śmiertelności, ogólne wyniki podsumowujące i ogólna liczba gwiazdek szpitali wykazywały tendencję do stopniowego zmniejszania się. Szpitale w najbardziej niekorzystnej sytuacji miały najgorszą śmiertelność, sumaryczną i ogólną liczbę gwiazdek, podczas gdy szpitale w najmniej niekorzystnej dzielnicy miały najlepszy wynik w zakresie śmiertelności, sumaryczny wynik i ogólną liczbę gwiazdek szpitali. Autorzy sugerują, że lokalizacja szpitala może mieć istotny wpływ na jakość opieki, jaką otrzymują pacjenci.

Poza zakresem informacji nt. jakości publikowanych do wiadomości opinii publicznej ważny jest również sposób ich prezentacji, tak aby zmaksymalizować ich użyteczność dla konsumentów usług medycznych. W badaniu przeprowadzonym przez Greene i Sacks [202] autorki próbowały zidentyfikować jak sposób prezentowania danych wpływa na wybory dokonywane przez ankietowanych. W dwóch eksperymentach online uczestnicy oglądali dane porównawcze dotyczące czterech szpitali. W jednym eksperymencie uczestnicy zostali losowo przydzieleni do obejrzenia jednej z pięciu wersji tych samych danych porównawczych dotyczących kosztów, a w drugim eksperymencie oglądali różne wersje tych samych danych dotyczących ponownych przyjęć. Za pomocą analiz dwuwariantowych i wielowariantowych badano, czy podejście do prezentacji danych ma związek z wyborem szpitala o wysokiej wartości. Badanie to wykazało, że konsumenci są bardziej skłonni wybrać szpital o najlepszych wynikach, gdy wydajność w zakresie ponownych przyjęć jest przedstawiana za pomocą ikon słownych, a nie procentów. Schlesinger i wsp. [203] wykorzystując dane z eksperymentu, w którym konsumenci (teoretycznie) wybierali lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, identyfikują cztery ścieżki, poprzez które złożoność może zaburzać wybór konsumenta. Jako źródła potencjalnie utrudnionego podejmowania decyzji autorzy wskazują:

- przeciążenie poznawcze (konsumenci mają ograniczoną zdolność przetwarzania informacji i podejmowania decyzji, wybory stają się bardziej złożone, konsumenci mogą być przeciążeni informacjami i podejmować decyzje, które są mniej zgodne z ich preferencjami),
- ograniczona spójność danych porównawczych dotyczących wyników (spójność, która może być zagrożona, gdy w raportach publicznych uwzględnia się stale rosnącą liczbę miar),
- utrata szerokiej perspektywy i równowagi (polega na tym, że konsumenci tak bardzo skupiają się na szczegółowych wynikach poszczególnych działań, że tracą szerszą perspektywę. W miarę rozpowszechniania się interaktywnych stron internetowych konsumenci mają coraz większą możliwość „przeanalizowania” elementów składowych miar złożonych),
- heurystyki emocjonalne (złożone zestawy wyborów mogą podważyć proces decyzyjny, zwiększając jego wartość emocjonalną).

Reasumując powyższe, istotne jest aby zachęcać projektantów ogólnodostępnych raportów, którzy chcą promować wzmocnienie pozycji konsumentów i jakość opieki zdrowotnej,

do uwzględnienia tych czynników przy opracowywaniu narzędzi i programów, które pomagają konsumentom podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej.

Kolejnym ciekawym zjawiskiem w kontekście publikowania danych o jakości poszczególnych szpitali jest to jak jakość w jednym szpitalu może wpływać na jakość innych placówek. Z badania przeprowadzonego przez Gravelle i wsp. [204] wynika, że jakość szpitala jest pozytywnie skorelowana z jakością jego konkurentów w przypadku siedmiu z szesnastu analizowanych w badaniu miar jakości, w tym wskaźników śmiertelności, ponownych przyjęć i rewizji. Oznacza to, że jeśli jeden szpital poprawi swoją jakość, to inne szpitale na tym samym rynku również będą skłonne poprawić swoją jakość. Wyniki tego badania sugerują, że polityka, która poprawia jakość w jednym szpitalu, może mieć pozytywny wpływ na jakość w innych szpitalach. Na przykład, jeśli rząd wprowadzi program finansowania szpitali w oparciu o ich jakość, to szpitale będą bardziej skłonne do inwestowania w poprawę jakości, aby zwiększyć swoje przychody.

Pacjenci są ważnym, ale zaniedbanym źródłem wiedzy na temat bezpieczeństwa w szpitalu. Wyniki badań sugerują, że pacjenci mogą dostarczyć informacji na temat bezpieczeństwa, które uzupełniają istniejące metody pomiaru bezpieczeństwa pacjenta, przy czym częstość zgłaszanych zdarzeń niepożądanych u pacjentów jest podobna do tej, jaką uzyskuje się w drodze przeglądu dokumentacji medycznej. Jednak pacjenci dostarczają unikalną perspektywę na temat bezpieczeństwa w szpitalu, która różni się od obecnych definicji zdarzeń niepożądanych u pacjentów i dodaje do nich nowe informacje [205].

Zaangażowanie pacjentów w poprawę bezpieczeństwa staje się priorytetem w miarę, jak systemy opieki zdrowotnej na całym świecie koncentrują się na poprawie jakości i bezpieczeństwa opieki. Jednakże, pomimo rosnącego poparcia dla zaangażowania pacjentów, istnieją nadal znaczące wyzwania dla pełnej realizacji tego celu. Jednym z kluczowych wyzwań jest brak wspólnego zrozumienia tego, co oznacza zaangażowanie pacjentów w bezpieczeństwo. Różne grupy interesariuszy mają różne perspektywy, co może utrudnić opracowanie i wdrożenie skutecznych strategii. Innym wyzwaniem jest stworzenie kultury bezpieczeństwa pacjentów, która wspiera i zachęca ich do zaangażowania w proces poprawy jakości. Takiej kultury często brakuje w systemach opieki zdrowotnej, które są tradycyjnie zorientowane na lekarza. Ponadto istnieją praktyczne wyzwania związane z zaangażowaniem pacjentów, takie jak zapewnienie im dostępu do informacji i zasobów, których potrzebują, oraz stworzenie mechanizmów umożliwiających im zgłaszanie obaw i udzielanie informacji

zwrotnej. Kluczem do przyszłego sukcesu jest uznanie zaangażowania pacjentów w bezpieczeństwo za priorytet i opracowanie strategii adresujących wyzwania, które istnieją [206].

Skuteczna komunikacja w opiece zdrowotnej może pomóc pacjentom lepiej zrozumieć ich stan zdrowia, dostępne opcje terapeutyczne oraz plan leczenia. Może również pomóc pacjentom budować zaufanie do świadczeniodawców jak również przestrzegać zaleceń lekarskich. Zarówno lekarze, jak i pacjenci mogą podjąć kroki, aby poprawić komunikację i zapewnić, że pacjenci otrzymują najlepszą możliwą opiekę. Lekarze powinni poświęcić czas na wysłuchanie pacjentów i zrozumienie ich obaw. Powinni również używać języka, który jest zrozumiały dla pacjentów i unikać żargonu medycznego. Lekarze powinni również zachęcać pacjentów do zadawania pytań i udzielania informacji zwrotnej. Pacjenci powinni być przygotowani do wizyt lekarskich, przynosząc listę pytań i obaw. Powinni również być otwarci i szczerzy w sprawie swojego stanu zdrowia i nawyków zdrowotnych. Pacjenci powinni również czuć się komfortowo zadając pytania i prosząc o wyjaśnienia [207].

Badanie przeprowadzone przez Wilde-Larsona [208] wykazało, że istnieje pozytywna korelacja między postrzeganiem jakości usług przez pacjentów a ich postawą wobec ponownej wizyty u tego samego świadczeniodawcy. Oznacza to, że pacjenci, którzy są bardziej zadowoleni z jakości usług świadczonych przez swojego dostawcę opieki zdrowotnej, są bardziej skłonni do ponownego skorzystania z jego usług.

Przeprowadzone badania własne pozwoliły na przyjęcie większości postawionych hipotez badawczych, niektóre z nich zostały przyjęte w części. Wykazano, że istnieje związek pomiędzy wzrostem czasu oczekiwania na hospitalizację planową w szpitalu ocenianym wyżej a spadkiem wymagań co do jakości szpitala. Potwierdzono również występowanie związku pomiędzy zwiększeniem odległości szpitala ocenianego wyżej od miejsca zamieszkania a spadkiem wymagań w zakresie jakości szpitala. Wykazano, że czynniki socjodemograficzne (z wyjątkiem płci) oraz schorzenie będące bezpośrednią przyczyną hospitalizacji wpływają na postrzeganie wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Udowodniono również, że ekspertyza szpitala (wysoka ocena w rankingu) jest istotnym czynnikiem decyzyjnym przy wyborze podmiotu leczniczego, ważniejszym niż odległość szpitala od miejsca zamieszkania czy jego wielkość. Nie jest ona natomiast ważniejsza niż krótki czas oczekiwania na uzyskanie leczenia. Uzyskane w badaniu wyniki wraz z przeprowadzonym przeglądem piśmiennictwa wskazują,

że publikowanie informacji o jakości placówek medycznych do publicznej wiadomości może mieć duży wpływ na decyzje o wyborze szpitala podejmowane przez przyszłych pacjentów.

W kontekście rosnącego znaczenia zaangażowania pacjentów w proces poprawy jakości opieki zdrowotnej, istnieje pilna potrzeba dalszej analizy zachowań konsumentów podczas wyboru placówki medycznej. Dynamiczne zmiany w otoczeniu prawnoregulacyjnym, wprowadzanie nowych norm i rozwiązań mających na celu podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych wymagają opracowywania rozwiązań, które jak najlepiej odpowiadałyby na aktualne potrzeby rynku, a pacjenci, będący ekspertami w dziedzinie własnych potrzeb, mogą odgrywać kluczową rolę w tym procesie. Temat podejmowany w badaniach własnych wydaje się być istotny i prawdopodobnie znajdzie odzwierciedlenie w praktycznych działaniach podejmowanych przez decydentów w obszarze opieki zdrowotnej. Lepsze zrozumienie mechanizmów podejmowania decyzji przez pacjentów oraz ich perspektywa na kwestie związane z jakością opieki zdrowotnej mogą przyczynić się do stworzenia systemów informacyjnych dostosowanych do rzeczywistych potrzeb konsumentów usług zdrowotnych. Konieczne jest kontynuowanie badań nad wpływem publikowania danych dotyczących jakości na wybór szpitala, zwłaszcza w kontekście ewoluujących potrzeb pacjentów oraz postępującej technologizacji, w tym wykorzystywania sztucznej inteligencji w procesach poprawy jakości opieki zdrowotnej.



## VI. Wnioski

Zgromadzone dane z badań własnych oraz przeprowadzonej analizy piśmiennictwa naukowego wykazały, że istnieją związki pomiędzy wzrostem czasu oczekiwania oraz odległości od miejsca zamieszkania szpitala, który w rankingu otrzymał wysoką ocenę a spadkiem wymagań co do jakości placówki. Ponadto, badania wykazały, że istnieją różnice w postrzeganiu wysokiej jakości opieki zdrowotnej w zależności od czynników socjodemograficznych oraz schorzenia będącego przyczyną hospitalizacji. Badania potwierdziły również, że ekspertyza szpitala mierzona wysoką oceną w rankingu ma dla pacjentów istotne znaczenie w procesie wyboru szpitala, jednak jest ona mniej istotna niż krótki czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia.

W oparciu o uzyskane wyniki badań oraz dane literaturowe, sformułowane następujące wnioski:

1. W procesie opracowania narzędzi służących do udostępniania informacji na temat jakości szpitala do wiadomości publicznej zasadnym wydaje się zintegrowanie systemu rankingowego z informatorem o terminach leczenia prowadzonym przez NFZ [209].
2. Wydaje się uzasadnione aby wysokość kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej oraz planowana wielkość szpitali a co za tym idzie liczba dostępnych w nich specjalistów uwzględniała chęć pacjentów do pokonywania dodatkowego dystansu w celu uzyskania opieki zdrowotnej lepszej jakości.
3. Rządy i instytucje zarządzające opieką zdrowotną, posiadając informacje na temat jakości, mogą podejmować bardziej efektywne decyzje w zakresie alokacji zasobów, finansowania oraz planowania strategicznego.
4. Zmiany wprowadzone w Polskim systemie ochrony zdrowia w obszarze publikowania informacji na temat jakości opieki zdrowotnej w poszczególnych szpitalach powinny uwzględniać indywidualne potrzeby pacjentów co do zakresu publikowanych informacji.
5. Poza zakresem informacji o jakości, który będzie przekazywany do wiadomości opinii publicznej kolejnym istotnym aspektem jest również sposób w jaki informacje te są przekazywane.

6. Z punktu widzenia odbiorców rankingów, kluczowa wydaje się być współpraca wszystkich instytucji i powołanych w ramach nich zespołów zajmujących się opracowywaniem rozwiązań w zakresie monitorowania jakości opieki zdrowotnej a co za tym idzie również opracowywania wskaźników jakości, które mają być stosowane w polskim systemie opieki zdrowotnej.
7. Publiczna dostępność informacji na temat jakości opieki zdrowotnej tworzy konkurencję między placówkami. Rywalizacja może stanowić bodziec do ciągłej poprawy standardów, procedur oraz wyników klinicznych.
8. Publiczna dostępność informacji o jakości opieki sprawia, że placówki medyczne są bardziej skłonne do przejrzystego przedstawiania swoich wyników. To z kolei sprzyja większej odpowiedzialności instytucji zdrowotnych za jakość świadczonych usług.
9. Publiczna dostępność informacji o jakości opieki zdrowotnej niesie ze sobą również pewne ryzyka. Jednym z nich jest ryzyko nieprawidłowej interpretacji informacji przez pacjentów.

Przedstawione wnioski sugerują potrzebę uwzględnienia perspektywy pacjentów w procesie opracowywania, wdrażania oraz publikowania wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Nie wszystkie informacje, które mogą się wydawać istotne z perspektywy decydentów czy świadczeniodawców będą istotne z perspektywy pacjenta, ponieważ mogą się oni koncentrować na zupełnie innych aspektach opieki niż pracownicy systemowi. To w jaki sposób zmieni się model podejmowania decyzji przez pacjentów, gdy będą oni mieli dostęp do danych o jakości, powinno zostać uwzględnione w procesie alokacji środków na świadczenia opieki zdrowotnej. Niezbędne jest budowanie atmosfery sprzyjającej współpracy na wszystkich szczeblach organizacyjnych, w celu zaprojektowania użytecznego systemu dostępu do informacji nt. wskaźników jakości osiągniętych przez poszczególne szpitale. Kluczowe a zarazem najtrudniejsze zadanie po opracowaniu wskaźników jakości opieki oraz sposobów ich obliczania jest sposób ich prezentacji tak, aby były one użyteczne dla odbiorcy. Dostosowanie sposobu prezentacji do osób w różnym wieku i z różnym wykształceniem niewątpliwie może stanowić wyzwanie dla instytucji odpowiedzialnych za ten obszar. To w jaki sposób dane jakościowe zostaną zaprezentowane lub zwizualizowane będzie przekładać się na sukces lub porażkę całego procesu.

## **VII. Streszczenie w języku polskim**

### **Wstęp**

Jakość opieki to stopień, w jakim usługi zdrowotne dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądaných wyników zdrowotnych. Pomiar jakości opieki jest procesem złożonym, ponieważ istnieje wiele różnych aspektów opieki, które należy wziąć pod uwagę dokonując jej systematycznej oceny. Ponadto, definicja jakości opieki może się różnić w zależności od pacjenta, placówki czy systemu opieki zdrowotnej, co może stanowić duże wyzwanie w procesie pomiaru. Różni uczestnicy systemu mogą koncentrować się na innych aspektach opieki. Innym wyzwaniem w zakresie pomiaru jakości opieki jest to, że trudno jest zmierzyć niektóre ważne aspekty opieki, takie jak współczucie i komunikacja. Ponadto, jakość opieki może się różnić w czasie. Na przykład, pacjent może być zadowolony z opieki, którą otrzymał podczas pobytu w szpitalu, ale może być niezadowolony z opieki, którą otrzymał po wypisie. Mimo tych wyzwań, istnieje wiele różnych sposobów pomiaru jakości, które zostały opisane w niniejszej rozprawie. Jednym z najczęściej stosowanych jest wykorzystanie wskaźników jakości. Wskaźniki jakości to mierzalne wartości, które można wykorzystać do porównywania jakości opieki w różnych placówkach opieki zdrowotnej lub w różnych okresach czasu.

Rok 2023 był bez wątpienia rokiem przełomowym jeżeli chodzi o uregulowania prawne związane z jakością, obecnie przed polskim systemem opieki zdrowotnej stoją wyzwania związane z przejściem z płaszczyzny teoretycznej na płaszczyznę praktyczną w zakresie monitorowania i oceny jakości. Bazując na doświadczeniach krajów, które od lat dokonują systematycznej oceny jakości opieki zdrowotnej w niniejszej rozprawie podjęta została próba oceny wpływu zmian w zakresie gromadzenia oraz publikowania informacji na temat jakości na decyzje podejmowane przez przyszłych pacjentów. Czy zmianie ulegnie model podejmowania decyzji w zakresie wyboru szpitala i jakie ewentualne następstwa dla systemu mogą się z tym wiązać?

### **Założenia i cel pracy**

Głównym problemem badawczym w niniejszej rozprawie jest ustalenie jakie czynniki wpływają na decyzje podejmowane przez pacjentów w zakresie wyboru szpitala oraz określenie jakie znaczenie ma dla nich jakość opieki zdrowotnej.

Ustalenie tych czynników może mieć istotne znaczenie praktyczne, ponieważ dają one szansę na dostosowanie publikowanych treści do oczekiwań pacjentów oraz mogą wpłynąć

na zmianę postrzegania w zakresie planowania rozmieszczenia szpitali oraz kontraktowania świadczeń. Jako podstawowe cele badawcze przyjęto:

- Określenie czym kierują się konsumenci przy wyborze szpitala w warunkach pełnej swobody wyboru dysponujący wiedzą na temat jakości usług medycznych w poszczególnych szpitalach?
- Znalezienie odpowiedzi na pytanie jak Polacy rozumieją wysoką jakość opieki zdrowotnej.
- Identyfikacja potencjalnych następstw związanych z publikowaniem danych nt. jakości dla polskiego systemu opieki zdrowotnej.

### **Material i metody**

Badaniem objęto 2196 osób będących obywatelami Polski w wieku powyżej 18 lat. Struktura badanej próby była zgodna z badaną populacją w zakresie grup wiekowych (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 oraz 65 i więcej), płci, wielkości miejscowości zamieszkania, regionu zamieszkania oraz poziomu wykształcenia. Badana próba stanowiła reprezentatywną próbę populacji Polski. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu poinformowano zarówno o celu jak i sposobie przeprowadzenia badania. Respondenci wyrazili dobrowolną zgodę na udział w projekcie badawczym, a wszystkie dane uzyskane od uczestników miały charakter anonimowy.

Badanie przeprowadzone zostało w dniach 28-30 czerwca 2023 r. metodą CAWI (wywiady internetowe wspierane komputerowo) na panelu badawczym ReaktorOpinii.pl. Podstawę badania stanowił autorski kwestionariusz ankietowy obejmujący pytania dotyczące definiowania wysokiej jakości opieki zdrowotnej, dotychczasowych doświadczeń pacjentów oraz ich przyszłych preferencji w zakresie wyboru szpitala.

### **Wyniki**

W pracy zawarto wyniki przeprowadzonych analiz. Większość postawionych hipotez została zweryfikowana pozytywnie – w całości lub częściowo.

Wykazano, że istnieje związek pomiędzy wzrostem czasu oczekiwania na hospitalizację planową w szpitalu ocenianym wyżej a spadkiem wymagań co do jakości szpitala. Potwierdzono również występowanie związku pomiędzy zwiększeniem odległości szpitala ocenianego wyżej od miejsca zamieszkania a spadkiem wymagań w zakresie jakości szpitala. Ponadto dowiedziono, że czynniki socjodemograficzne (z wyjątkiem płci) oraz schorzenie będące bezpośrednią przyczyną hospitalizacji wpływają na postrzeganie wysokiej jakości

opieki zdrowotnej. Udowodniono również, że ekspertyza szpitala (wysoka ocena w rankingu) jest istotnym czynnikiem decyzyjnym przy wyborze podmiotu leczniczego, ważniejszym niż odległość szpitala od miejsca zamieszkania czy jego wielkość. Nie jest ona natomiast ważniejsza niż krótki czas oczekiwania na uzyskanie leczenia. Uzyskane w badaniu wyniki wraz z przeprowadzonym przeglądem piśmiennictwa wskazują, że publikowanie danych o jakości placówek medycznych do publicznej wiadomości może mieć duży wpływ na decyzje o wyborze szpitala podejmowane przez przyszłych pacjentów.

## **Wnioski**

W oparciu o uzyskane wyniki badań oraz dane literaturowe, sformułowane następujące wnioski:

1. W procesie opracowania narzędzi służących do udostępniania informacji na temat jakości szpitala do wiadomości publicznej zasadnym wydaje się zintegrowanie systemu rankingowego z informatorem o terminach leczenia prowadzonym przez NFZ.
2. Wydaje się uzasadnione aby wysokość kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej oraz wielkość szpitali a co za tym idzie liczba dostępnych w nich specjalistów uwzględniała chęć pacjentów do pokonywania dodatkowego dystansu w celu uzyskania opieki zdrowotnej lepszej jakości.
3. Rządy i instytucje zarządzające opieką zdrowotną, posiadając informacje na temat jakości, mogą podejmować bardziej efektywne decyzje w zakresie alokacji zasobów, finansowania oraz planowania strategicznego.
4. Zmiany wprowadzone w Polskim systemie ochrony zdrowia w obszarze publikowania informacji na temat jakości opieki zdrowotnej w poszczególnych szpitalach powinny uwzględniać indywidualne potrzeby pacjentów co do zakresu publikowanych informacji.
5. Poza zakresem informacji o jakości, który będzie przekazywany do wiadomości opinii publicznej kolejnym istotnym aspektem jest również sposób w jaki informacje te są przekazywane. Kluczowe a zarazem najtrudniejsze zadanie po opracowaniu wskaźników jakości opieki oraz sposobów ich obliczania jest sposób ich prezentacji tak, aby były one użyteczne dla odbiorcy.
6. Z punktu widzenia pacjentów, kluczowa wydaje się być współpraca wszystkich instytucji i powołanych w ramach nich zespołów zajmujących się opracowywaniem

rozwiązań w zakresie monitorowania jakości opieki zdrowotnej a co za tym idzie również opracowywania wskaźników jakości, które mają być stosowane w polskim systemie opieki zdrowotnej.

7. Publiczna dostępność informacji na temat jakości opieki zdrowotnej tworzy konkurencję między placówkami. Rywalizacja może stanowić bodziec do ciągłej poprawy standardów, procedur oraz wyników klinicznych.
8. Publiczna dostępność informacji o jakości opieki sprawia, że placówki medyczne są bardziej skłonne do przejrzystego przedstawiania swoich wyników. To z kolei sprzyja większej odpowiedzialności instytucji zdrowotnych za jakość świadczonych usług.
9. Publiczna dostępność informacji o jakości opieki zdrowotnej niesie ze sobą również pewne ryzyka. Jednym z nich jest ryzyko nieprawidłowej interpretacji informacji przez pacjentów.

## **VIII. Streszczenie w języku angielskim**

### **ABSTRACT**

#### **Introduction**

Quality of care is the degree to which healthcare services for individuals and populations increase the likelihood of achieving desired health outcomes. Measuring the quality of care is a complex process because there are many different aspects of care that need to be considered when systematically assessing it. Additionally, the definition of quality of care may vary depending on the patient, facility, or healthcare system, posing a significant challenge in the measurement process. Different participants in the system may focus on different aspects of care. Another challenge in measuring the quality of care is that some important aspects, such as empathy and communication, are difficult to measure. Furthermore, the quality of care may vary over time; for example, a patient may be satisfied with the care received during a hospital stay but dissatisfied with the care received after discharge. Despite these challenges, there are various ways to measure quality, as described in this thesis. One of the most commonly used methods is the use of quality indicators—measurable values that can be used to compare the quality of care in different healthcare facilities or over different periods.

The year 2023 was undoubtedly a breakthrough year in terms of legal regulations related to quality. Currently, the Polish healthcare system faces challenges in transitioning from the theoretical plane to the practical one in monitoring and evaluating quality. Based on the experiences of countries that have been systematically assessing healthcare quality for years, this thesis attempts to assess the impact of changes in the collection and publication of information on quality on decisions made by future patients. Will the decision-making model regarding the choice of hospital change, and what potential consequences may be associated with it for the system?

#### **Purpose of the study**

The main research problem in this thesis is to determine the factors influencing decisions made by patients regarding the choice of hospital and to determine the importance of healthcare quality for them. Establishing these factors can be of practical significance because they provide an opportunity to tailor published content to patient expectations and may influence the perception of planning hospital distribution and contracting services. The primary research objectives are:

- Determine what factors guide consumers in choosing a hospital under conditions of complete freedom of choice, considering their knowledge of the quality of medical services in various hospitals.
- Find answers to how Poles understand high-quality healthcare.
- Identify potential consequences related to the publication of quality data for the Polish healthcare system.

## **Materials and Methods**

The study included 2,196 Polish citizens aged 18 and older. The sample structure corresponded to the surveyed population in terms of age groups (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, and 65 and older), gender, size of the place of residence, region of residence, and level of education. The study sample constituted a representative sample of the Polish population. All participants were informed about the purpose and method of the study. Respondents voluntarily consented to participate in the research project, and all data obtained from participants were anonymous. The study was conducted from June 28 to 30, 2023, using the Computer-Assisted Web Interviewing (CAWI) method on the ReaktorOpinii.pl research panel. The study was based on an author-designed questionnaire covering questions about defining high-quality healthcare, patients' past experiences, and their future preferences for choosing a hospital.

## **Results**

The paper contains the results of the conducted analyses, and most of the hypotheses were positively verified—either in full or in part. It was demonstrated that there is a relationship between an increase in waiting time for planned hospitalization in a highly rated hospital and a decrease in requirements for the hospital's quality. The relationship between an increase in the distance of a highly-rated hospital from the place of residence and a decrease in requirements for the hospital's quality was also confirmed. Furthermore, it was proven that sociodemographic factors (except gender) and the condition directly causing hospitalization affect the perception of high-quality healthcare. It was also demonstrated that the hospital's expertise (high ranking) is a significant decision-making factor in choosing a healthcare provider, more important than the distance from the hospital to the place of residence or its size. However, it is less important than a short waiting time for treatment. The results obtained in the study, along with the literature review, indicate that publishing qualitative data about medical facilities to the public may have a significant impact on decisions about choosing a hospital made by future patients.



## Conclusions

Based on the research results and literature data, the following conclusions were formulated:

1. In the process of developing tools for providing information about hospital quality to the public, it seems justified to integrate the ranking system with the treatment schedule information provided by the National Health Fund.
2. It seems justified for the amount of contracts for healthcare services and the size of hospitals, and thus the number of specialists available in them, to take into account patients' willingness to travel additional distances to receive higher-quality healthcare.
3. Governments and healthcare management institutions, having information about quality, can make more effective decisions regarding resource allocation, funding, and strategic planning.
4. Changes introduced in the Polish health care system in the area of publishing information on the quality of health care in individual hospitals should take into account the individual needs of patients as to the scope of published information.
5. Beyond the scope of qualitative data that will be made public, another important aspect is the way in which this information is conveyed. The key and most challenging task after developing healthcare quality indicators and methods of calculation is to present them in a way that is useful for the recipient.
6. From the patients' perspective, cooperation between all institutions and teams responsible for developing solutions in the field of monitoring healthcare quality, and thus also developing quality indicators, to be used in the Polish healthcare system, seems crucial.
7. Public availability of information about healthcare quality creates competition between institutions. Competition can be a stimulus for continuous improvement of standards, procedures, and clinical outcomes.
8. Public availability of information about healthcare quality makes medical institutions more willing to transparently present their results. This, in turn, contributes to greater accountability of healthcare institutions for the quality of services provided.
9. Public availability of information about the quality of health care also carries certain risks. One of them is the risk of incorrect interpretation of information by patients.

## IX. Wykaz piśmiennictwa

- [1] Ministerstwo Zdrowia. Jakość w opiece zdrowotnej. MZ 2017. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/jakosc-w-opiece-zdrowotnej> (accessed November 27, 2023).
- [2] Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli. Przygotowania i wdrożenia pakietu onkologicznego. NIK 2017. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14278,vp,16729.pdf> (accessed November 27, 2023).
- [3] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie mierników oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego (Dz.Urz.MZ. z 2018 r. poz. 52). Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia; 2018.
- [4] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia raka piersi (Dz.Urz.MZ. z 2018 r. poz. 53). Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia; 2018.
- [5] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1062). Dziennik Ustaw; 2019.
- [6] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.). Dziennik Ustaw; 2022.
- [7] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2423 ze zm.). Dziennik Ustaw; 2018.
- [8] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1433). Dziennik Ustaw; 2020.
- [9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2412). Dziennik Ustaw; 2021.
- [10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2821). Dziennik Ustaw; 2022.

- [11] Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 650). Dziennik Ustaw; 2023.
- [12] Minister Zdrowia. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Rządowe Cent Legis 2021. <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12349305/12804503/12804504/dokument514086.pdf> (accessed November 27, 2023).
- [13] Uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lipca 2023 r. w sprawie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Druk nr 3513). Uchwały Senatu; 2023.
- [14] Piekarska K, Zyśk R, Krzakowski M, Walewski J, Polityńska B, Wojtukiewicz MZ. Ways of developing quality indicators in cancer care — opportunities, challenges and limitations for the Polish healthcare system. *Oncol Clin Pract* 2022;18:40–60. <https://doi.org/10.5603/OCP.2021.0044>.
- [15] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 1736). Dziennik Ustaw; 2023.
- [16] David Betts, Claire B. Cruse M. There's more than one way to become a 5-star hospital. Deloitte Cent Heal Solut 2017.
- [17] U.S. Department of Health and Human Services. What's the difference between Medicare and Medicaid? HHS n.d. <https://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicaid/what-is-the-difference-between-medicare-medicaid/index.html> (accessed October 5, 2023).
- [18] U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. Overall hospital quality star rating. CMS n.d. <https://data.cms.gov/provider-data/topics/hospitals/overall-hospital-quality-star-rating/> (accessed October 5, 2023).
- [19] New Haven Health Services Corporation Y, for Outcomes Research C. Overall Hospital Quality Star Rating on Hospital Compare Public Input Request. 2019.
- [20] SO WHAT? Strategies across Europe to assess quality of care Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment n.d. <https://doi.org/10.2875/03667>.
- [21] Caroline Berchet, Ian Forde. Caring for quality in health lessons learnt from 15 reviews

of health care quality. n.d.

- [22] Handbook for national quality policy and strategy a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva. World Health Organization; 2018.
- [23] Organisation for Economic Co-operation and Development., World Health Organization., World Bank Group. Delivering quality health services : a global imperative for universal health coverage. OECD Publishing; 2018.
- [24] Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. 2006.
- [25] European Commission. Communication from the commission on effective accessible and resilient health systems. 2014.
- [26] Busse R, Panteli D, Wilm Q. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. *Improv. Healthc. Qual. Eur. Charact. Eff. Implement. Differ. Strateg.*, 2019, p. 3–16.
- [27] Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* 2005;83:691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
- [28] Legido-Quigley H, Mckee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union A case for action. 2008.
- [29] Kekki P. Quality Assurance in Primary Medical Care. *Scand J Prim Health Care* 1983;1:132–8. <https://doi.org/10.3109/02813438309038480>.
- [30] Donabedian Avedis. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. . Heal Adm Press 1980.
- [31] Institute of Medicine. 1990. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Natl Acad Press 1990;1. <https://doi.org/10.17226/1547>.
- [32] The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care : recommendation No. R (97) 17 and explanatory memorandum. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 1998.
- [33] Great Britain. Department of Health. The new NHS : modern, dependable. Stationery Office; 1997.

- [34] Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Final report on Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety. 2014.
- [35] ACT Academy. Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools. A model for measuring quality care. 2021.
- [36] Wilm Q, Partanen V-M, Brownwood I, Klazinga N. Measuring healthcare quality. *Improv. Healthc. Qual. Eur. Charact. Eff. Implement. Differ. Strateg.*, Copenhagen: 2019, p. 31–59.
- [37] Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ* 2017;95:368–74. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309>.
- [38] Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Med J* 2014;29:3–7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>.
- [39] Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' Perception of Hospital Care in the United States. *N Engl J Med* 2008;359:1921–31. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0804116>.
- [40] Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient Satisfaction and Its Relationship With Clinical Quality and Inpatient Mortality in Acute Myocardial Infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:188–95. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.900597>.
- [41] Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship Between Patient Satisfaction With Inpatient Care and Hospital Readmission Within 30 Days. vol. 17. 2011.
- [42] Kennedy GD, Tevis SE, Kent KC. Is There a Relationship Between Patient Satisfaction and Favorable Outcomes? *Ann Surg* 2014;260:592–600. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000932>.
- [43] Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, MacLean CH, Solomon DH, Reuben DB, et al. Patients' Global Ratings of Their Health Care Are Not Associated with the Technical Quality of Their Care. *Ann Intern Med* 2006;144:665. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-9-200605020-00010>.
- [44] Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder ÉL. The

- Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care. *Ann Intern Med* 2003;138:288. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-4-200302180-00007>.
- [45] Sequist TD, Schneider EC, Anastario M, Odigie EG, Marshall R, Rogers WH, et al. Quality Monitoring of Physicians: Linking Patients' Experiences of Care to Clinical Quality and Outcomes. *J Gen Intern Med* 2008;23:1784–90. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0760-4>.
- [46] Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med* 2012;172:405. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>.
- [47] Sacks GD, Lawson EH, Dawes AJ, Russell MM, Maggard-Gibbons M, Zingmond DS, et al. Relationship between hospital performance on a patient satisfaction survey and surgical quality. *JAMA Surg* 2015;150:858–64. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.1108>.
- [48] Strengthening clinical trials to provide high-quality evidence on health interventions and to improve research quality and coordination. 2022.
- [49] West J. Do clinical trials improve quality of care? A comparison of clinical processes and outcomes in patients in a clinical trial and similar patients outside a trial where both groups are managed according to a strict protocol. *Qual Saf Heal Care* 2005;14:175–8. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011478>.
- [50] Panteli D, Legido-Quigley H, Reichebner C, Ollenschläger G, Schäfer C, Busse R. Clinical Practice Guidelines as a quality strategy. *Improv. Healthc. Qual. Eur. Charact. Eff. Implement. Differ. Strateg.*, 2019, p. 233–57.
- [51] Cacace M, Ettelt S, Mays N, Nolte E. Assessing quality in cross-country comparisons of health systems and policies: Towards a set of generic quality criteria. *Health Policy (New York)* 2013;112:156–62. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.020>.
- [52] Korber K, Becker C. Expert opinions on good practice in evaluation of health promotion and primary prevention measures related to children and adolescents in Germany. *BMC Public Health* 2017;17:764. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4773-y>.
- [53] Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of Care from a Patient Perspective A

Grounded Theory Study. vol. 7. 1993.

- [54] "Patients' Perceptions of Quality in Healthcare" Report of a survey conducted by EPF in 2016." 2017.
- [55] Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health* 2005;26:513–59. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>.
- [56] Anderson RT, Barbara AM, Weisman C, Hudson Scholle S, Binko J, Schneider T, et al. A Qualitative Analysis of Women's Satisfaction with Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centers of Excellence in Women's Health. *J Womens Health Gen Based Med* 2001;10:637–47. <https://doi.org/10.1089/15246090152563515>.
- [57] Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care. *J Adv Nurs* 2001;33:456–66. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x>.
- [58] Concato J, Feinstein AR. Asking Patients What They Like: Overlooked Attributes of Patient Satisfaction with Primary Care. *Am J Med* 1997;102:399–406. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(97\)00092-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(97)00092-2).
- [59] Infante FA, Proudfoot JG, Powell Davies G, Harris MF, Bubner TK, Holton CH, et al. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust* 2004;181:70–3. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06175.x>.
- [60] Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective. *Int J Nurs Pract* 1999;5:86–94. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00156.x>.
- [61] Larrabee JH, Bolden L V. Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. *J Nurs Care Qual* 2001;16:34–60. <https://doi.org/10.1097/00001786-200110000-00005>.
- [62] Ngo-Metzger Q, Massagli MP, Clarridge BR, Manocchia M, Davis RB, Iezzoni LI, et al. Linguistic and cultural barriers to care. *J Gen Intern Med* 2003;18:44–52. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20205.x>.
- [63] Radwin L. Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Res Nurs Health* 2000;23:179–90. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200006\)23:3<179::AID-NUR2>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200006)23:3<179::AID-NUR2>3.0.CO;2-T).

- [64] Stichler JF, Weiss ME. Through the Eye of the Beholder. *Qual Manag Health Care* 2000;8:1–13. <https://doi.org/10.1097/00019514-200008040-00002>.
- [65] Hannawa AF, Wu AW, Kolyada A, Potemkina A, Donaldson LJ. The aspects of healthcare quality that are important to health professionals and patients: A qualitative study. *Patient Educ Couns* 2022;105:1561–70. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.016>.
- [66] Darzi A, Hamlyn P. High Quality Care For All. NHS Next Stage Review Final Report. 2008.
- [67] Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academies Press; 2001. <https://doi.org/10.17226/10027>.
- [68] Say RE. The importance of patient preferences in treatment decisions--challenges for doctors. *BMJ* 2003;327:542–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.542>.
- [69] Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *BMJ* 2005;331:1199–201. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7526.1199>.
- [70] Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007;335:24–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>.
- [71] Bate P, Robert G. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Qual Saf Heal Care* 2006;15:307–10. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527>.
- [72] Crawford MJ. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002;325:1263–1263. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1263>.
- [73] Johnson B, Abraham M, Conway J, Simmons L, Edgman-Levitan S, Sodomka P, et al. Partnering with Patients and Families to design a Patient-and Family-Centered health Care system recommendations and Promising Practices With support from the California HealthCare Foundation. 2008.
- [74] Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. *Health Aff* 2013;32:223–31. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>.



- [75] Boivin A, Lehoux P, Lacombe R, Burgers J, Grol R. Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: a cluster randomized trial. *Implement Sci* 2014;9:24. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-24>.
- [76] Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>.
- [77] Pomey M-P, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as Partners: A Qualitative Study of Patients' Engagement in Their Health Care. *PLoS One* 2015;10:e0122499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122499>.
- [78] Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci* 2018;13:98. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>.
- [79] Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective. *BMJ* 2007;335:1021–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.39339.490301.AD>.
- [80] Simpson EL. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002;325:1265–1265. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1265>.
- [81] Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>.
- [82] Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med* 1994;38:509–16. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X).
- [83] What Is Patient Experience? Content Last Rev August 2022 Agency Healthc Res Qual Rockville, MD 2016. <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html> (accessed September 6, 2023).
- [84] Oben P. Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework. *J Patient Exp* 2020;7:906–10. <https://doi.org/10.1177/2374373520951672>.
- [85] Wolf JA, Marshburn D, Lavela SL. Defining Patient Experience. *Patient Exp J* 2014;1:7–19. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>.

- [86] The Beryl Institute. Defining patient experience. 2023. <https://theberylinstitute.org/defining-patient-experience/> (accessed November 23, 2023).
- [87] Otani K, Waterman B, Faulkner KM, Boslaugh S, Dunagan CW. How Patient Reactions to Hospital Care Attributes Affect the Evaluation of Overall Quality of Care, Willingness to Recommend, and Willingness to Return. *J Healthc Manag* 2010;55:25–38. <https://doi.org/10.1097/00115514-201001000-00006>.
- [88] Cleary PD. Evolving Concepts of Patient-Centered Care and the Assessment of Patient Care Experiences: Optimism and Opposition. *J Health Polit Policy Law* 2016;41:675–96. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620881>.
- [89] Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess (Rockv)* 2002;6. <https://doi.org/10.3310/hta6320>.
- [90] Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, et al. Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Med Care Res Rev* 2014;71:522–54. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>.
- [91] Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Heal Care* 2002;11:335–9. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.335>.
- [92] Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Heal Expect* 1998;1:82–95. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x>.
- [93] The CAHPS Program. Content last reviewed April 2023. Agency Healthc Res Qual Rockville, MD 2012. <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/cahps-program/index.html> (accessed September 7, 2023).
- [94] Luxford K. What does the patient know about quality? *Int J Qual Heal Care* 2012;24:439–40. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs053>.
- [95] Yegian JM, Dardess P, Shannon M, Carman KL. Engaged Patients Will Need Comparative Physician-Level Quality Data And Information About Their Out-Of-Pocket Costs. *Health Aff* 2013;32:328–37. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1077>.
- [96] Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Finucane ML, Tusler M. Making Health Care Quality

- Reports Easier to Use. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27:591–604. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(01\)27051-5](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(01)27051-5).
- [97] Austin PC, Ceyisakar IE, Steyerberg EW, Lingsma HF, Marang-Van De Mheen PJ. Ranking hospital performance based on individual indicators: Can we increase reliability by creating composite indicators? *BMC Med Res Methodol* 2019;19. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0769-x>.
- [98] Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Heal* 2018;6:e1196–252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).
- [99] Yaraghi N, Wang W, Gao G (Gordon), Agarwal R. How Online Quality Ratings Influence Patients' Choice of Medical Providers: Controlled Experimental Survey Study. *J Med Internet Res* 2018;20:e99. <https://doi.org/10.2196/jmir.8986>.
- [100] Kuklinski D, Vogel J, Geissler A. The impact of quality on hospital choice. Which information affects patients' behavior for colorectal resection or knee replacement? Abbreviations MNL Multinomial Logit IIA Independence of Irrelevant Alternatives WTT Willingness To Travel FE Fixed Effect SD Standard Deviation PROM Patient-Reported Outcome Measure n.d. <https://doi.org/10.1007/s10729-020-09540-2/Published>.
- [101] Cordina J, Greenberg S. Consumer decision making in healthcare The role of information transparency. 2020.
- [102] Wang DE, Tsugawa Y, Figueroa JF, Jha AK. Association Between the Centers for Medicare and Medicaid Services Hospital Star Rating and Patient Outcomes. *JAMA Intern Med* 2016;176:848. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.0784>.
- [103] Pilny A, Mennicken R. Does Hospital Reputation Influence the Choice of Hospital? Bochum: 2014.
- [104] Kumpunen S, Trust N, Trigg L, Rodrigues R. Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice 2014. <https://doi.org/10.13140/2.1.5126.6241>.
- [105] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Onkologicznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1404). Polska: 2023.
- [106] Ocena Skutków Regulacji dla projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej .

- Rządowe Cent Legis 2021.  
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12352861/katalog/12825347#12825347> (accessed September 8, 2023).
- [107] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do opracowania rekomendacji w zakresie wskaźników jakości opieki. Polska: Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia; 2023.
- [108] Ocena Skutków Regulacji dla projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Rządowe Cent Legis 2021.  
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12349305/katalog/12804503#12804503> (accessed September 8, 2023).
- [109] Ministerstwo Zdrowia. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2023 r. w sprawie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (Dz. U. z 2023r. poz. 86). 2023.
- [110] CMJ. Informacje o Działalności Centrum Monitorowania Jakości. Cent Monit Jakości n.d. <https://www.cmj.org.pl/firma.php> (accessed November 27, 2023).
- [111] Yeoman G, Furlong P, Seres M, Binder H, Chung H, Garzya V, et al. Defining patient centricity with patients for patients and caregivers: a collaborative endeavour. *BMJ Innov* 2017;3:76. <https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2016-000157>.
- [112] Siciliani L, Moran V, Borowitz M. What works? Waiting time policies in the health sector. vol. 21. 2015.
- [113] OECD. Waiting Times for Health Services. Next in Line. 2020.
- [114] Moscelli G, Gravelle H, Siciliani L. The effect of hospital choice and competition on inequalities in waiting times. *J Econ Behav Organ* 2023;205:169–201. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2022.10.040>.
- [115] Cooper ZN, McGuire A, Jones S, Grand JL. Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study. *BMJ* 2009;339:b3264–b3264. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3264>.
- [116] Stafinski T, Nagase FNI, Brindle ME, White J, Young A, Beesoon S, et al. Reducing wait times to surgery—an international review. *J Hosp Manag Heal Policy* 2022;6:29–29. <https://doi.org/10.21037/jhmhp-21-96>.

- [117] Nottingham QJ, Johnson DM, Russell RS. The Effect of Waiting Time on Patient Perceptions of Care Quality. *Qual Manag J* 2018;25:32–45. <https://doi.org/10.1080/10686967.2018.1404368>.
- [118] Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy (New York)* 2014;118:292–303. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011>.
- [119] Moscelli G, Siciliani L, Tonei V. Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. *Soc Sci Med* 2016;161:151–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.043>.
- [120] Reichert A, Jacobs R. The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health Econ* 2018;27:1772–87. <https://doi.org/10.1002/hec.3800>.
- [121] Lizaur-Utrilla A, Martinez-Mendez D, Miralles-Muñoz FA, Marco-Gomez L, Lopez-Prats FA. Negative impact of waiting time for primary total knee arthroplasty on satisfaction and patient-reported outcome. *Int Orthop* 2016;40:2303–7. <https://doi.org/10.1007/s00264-016-3209-0>.
- [122] Ray KN, Chari A V., Engberg J, Bertolet M, Mehrotra A. Disparities in Time Spent Seeking Medical Care in the United States. *JAMA Intern Med* 2015;175:1983. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4468>.
- [123] Aakvik A, Holmås TH, Kjerstad E. Prioritization and the elusive effect on welfare – A Norwegian health care reform revisited. *Soc Sci Med* 2015;128:290–300. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.044>.
- [124] Moscelli G, Siciliani L, Gutacker N, Cookson R. Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient? *J Health Econ* 2018;57:290–314. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.005>.
- [125] Hajizadeh M. Does socioeconomic status affect lengthy wait time in Canada? Evidence from Canadian Community Health Surveys. *Eur J Heal Econ* 2018;19:369–83. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0889-3>.
- [126] Biya M, Gezahagn M, Birhanu B, Yitbarek K, Getachew N, Beyene W. Waiting time and its associated factors in patients presenting to outpatient departments at Public

- Hospitals of Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res* 2022;22:107. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07502-8>.
- [127] Landi S, Ivaldi E, Testi A. Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy (New York)* 2018;122:334–51. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.003>.
- [128] Siciliani L. *Waiting Times: Evidence of Social Inequalities in Access for Care*. *Data Meas. Heal. Serv. Res.*, Boston, MA: Springer US; 2015, p. 1–17. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7673-4\\_17-1](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7673-4_17-1).
- [129] McIntyre D, Chow CK. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inq J Heal Care Organ Provision, Financ* 2020;57:004695802091030. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>.
- [130] Tay A. *Assessing Competition in Hospital Care Markets: The Importance of Accounting for Quality Differentiation* Author(s): Abigail Tay Source *Assessing competition in hospital care markets: the importance of accounting for quality differentiation*. vol. 34. Winter; 2003.
- [131] Howard DH. Quality and Consumer Choice in Healthcare: Evidence from Kidney Transplantation. *Top Econ Anal Policy* 2006;5. <https://doi.org/10.2202/1538-0653.1349>.
- [132] Goldman D, Romley JA. *Hospitals As Hotels: The Role of Patient Amenities in Hospital Demand*. NBER Work Pap 14619, Natl Bur Econ Res Inc 2008.
- [133] Pope DG. Reacting to rankings: Evidence from “America’s Best Hospitals.” *J Health Econ* 2009;28:1154–65. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.08.006>.
- [134] Wang J, Hockenberry J, Chou S-Y, Yang M. Do bad report cards have consequences? Impacts of publicly reported provider quality information on the CABG market in Pennsylvania. *J Health Econ* 2011;30:392–407. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.11.006>.
- [135] Sivey P. The effect of waiting time and distance on hospital choice for English cataract patients 2011. <https://doi.org/10.1002/hecl.172>.
- [136] Wilde-Larsson B. Patients’ views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *J Clin Nurs* 1999;8:693–700.

- [137] Hall JA, Dorman MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990;30:811–8. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7).
- [138] Rosenheck R, Wilson NJ, Meterko M. Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment. *Psychiatr Serv* 1997;48:1553–61. <https://doi.org/10.1176/ps.48.12.1553>.
- [139] Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996;42:1085–93. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00315-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00315-0).
- [140] Teunissen TAM, Rotink ME, Lagro-Janssen ALM. Gender differences in quality of care experiences during hospital stay: A contribution to patient-centered healthcare for both men and women. *Patient Educ Couns* 2016;99:631–7. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.033>.
- [141] Coventry LL, Finn J, Bremner AP. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Heart Lung* 2011;40:477–91. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.05.001>.
- [142] Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med* 2013;51:713–27. <https://doi.org/10.1515/cclm-2012-0849>.
- [143] Janssen SM, Lagro-Janssen ALM. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2012;89:221–6. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.034>.
- [144] Fletcher K, Prigerson H, Paulk E, Temel J, Finlay E, Marr L, et al. Gender differences in the evolution of illness understanding among patients with advanced cancer. *J Support Oncol* 2013;11:126–32. <https://doi.org/10.12788/j.suponc.0007>.
- [145] Schnitzer S, Kuhlmeier A, Adolph H, Holzhausen J, Schenk L. Complaints as indicators of health care shortcomings: which groups of patients are affected? *Int J Qual Heal Care* 2012;24:476–82. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs036>.
- [146] Levinton C, Veillard J, Slutsky A, Brown A. The importance of place of residence in patient satisfaction. *Int J Qual Heal Care* 2011;23:495–502. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr048>.

- [147] Maślach D, Karczewska B, Szpak A, Charkiewicz A, Krzyżak M. Does place of residence affect patient satisfaction with hospital health care? *Ann Agric Environ Med* 2020;27:86–90. <https://doi.org/10.26444/aaem/116574>.
- [148] Weiss GL. Patient Satisfaction with Primary Medical Care Evaluation of Sociodemographic and Predispositional Factors. *Med Care* 1988;26:383–92. <https://doi.org/10.1097/00005650-198804000-00007>.
- [149] Varkevisser M, van der Geest SA, Schut FT. Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *J Health Econ* 2012;31:371–8. <https://doi.org/10.1016/J.JHEALECO.2012.02.001>.
- [150] Alemu W, Girma E, Mulugeta T. Patient awareness and role in attaining healthcare quality: A qualitative, exploratory study. *Int J Africa Nurs Sci* 2021;14. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100278>.
- [151] Jamieson S. “Likert scale”. *Encyclopedia Britannica*, 31 Oct. 2023,. *Encycl Br* 2023. <https://www.britannica.com/topic/Likert-Scale> (accessed December 2, 2023).
- [152] Medicare. Overall star rating for hospitals. *MedicareGov* n.d. <https://www.medicare.gov/care-compare/resources/hospital/overall-star-rating> (accessed September 27, 2023).
- [153] Burkle CM, Keegan MT. Popularity of internet physician rating sites and their apparent influence on patients’ choices of physicians. *BMC Health Serv Res* 2015;15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1099-2>.
- [154] Hu J, Jordan J, Rubinfeld I, Schreiber M, Waterman B, Nerenz D. Correlations Among Hospital Quality Measures: What “Hospital Compare” Data Tell Us. *Am J Med Qual* 2017;32:605–10. <https://doi.org/10.1177/1062860616684012>.
- [155] Piligrimienė Ž, Buciušienė I. Different Perspectives on Health Care Quality: Is the Consensus Possible? *Eng Econ* 2008;1.
- [156] Turnpenny A, Beadle-Brown J. Use of quality information in decision-making about health and social care services - a systematic review. *Health Soc Care Community* 2015;23:349–61. <https://doi.org/10.1111/hsc.12133>.
- [157] Fotaki M. Is Patient Choice the Future of Health Care Systems? *Int J Heal Policy Manag* 2013;1:121–3. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.22>.



- [158] Cutler DM, Huckman RS, Landrum MB. The Role of Information in Medical Markets: An Analysis of Publicly Reported Outcomes in Cardiac Surgery. *Am Econ Rev* 2004;94:342–6. <https://doi.org/10.1257/0002828041301993>.
- [159] Cacace M, Geraedts M, Berger E. Public reporting as a quality strategy. *Improv. Healthc. Qual. Eur. Charact. Eff. Implement. Differ. Strateg.*, 2019, p. 331–53.
- [160] Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections Between Quality Measurement and Improvement. *Med Care* 2003;41:I-30-I–38. <https://doi.org/10.1097/00005650-200301001-00004>.
- [161] Hirschman AO. *Exit Voice and Loyalty Responses to Decline in Firms, Organization and States*. Harvard Univ Press Cambridge, Massachusetts London 1970.
- [162] Shekelle PG. *Public performance reporting on quality information*. Smith PC *AI Perform Meas Heal Syst Improv* Cambridge Cambridge Univ Press 2009:537–51.
- [163] Varkevisser M, van der Geest SA, Schut FT. Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities. *Int J Health Care Finance Econ* 2010;10:43–60. <https://doi.org/10.1007/s10754-009-9070-6>.
- [164] Varkevisser M, van der Geest SA. Why do patients bypass the nearest hospital? An empirical analysis for orthopaedic care and neurosurgery in the Netherlands. *Eur J Heal Econ* 2007;8:287–95. <https://doi.org/10.1007/s10198-006-0035-0>.
- [165] Aggarwal A, Lewis D, Mason M, Sullivan R, van der Meulen J. Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review. *Med Care Res Rev* 2017;74:379–403. <https://doi.org/10.1177/1077558716654631>.
- [166] Dixon A, Robertson R, Bal R. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Heal Econ Policy Law* 2010;5:295–317. <https://doi.org/10.1017/S1744133110000058>.
- [167] Siciliani L, Hurst J. *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*. 2003.
- [168] Ringard Å, Hagen TP. Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? *BMC Health Serv Res* 2011;11:170. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-170>.

- [169] Nostedt M, McKay A, Hochman D, Wirtzfeld D, Yaffe C, Yip B, et al. The location of surgical care for rural patients with rectal cancer: patterns of treatment and patient perspectives. *Can J Surg* 2014;57:398–404. <https://doi.org/10.1503/cjs.002514>.
- [170] Strumann C, Geissler A, Busse R, Pross C. Can competition improve hospital quality of care? A difference-in-differences approach to evaluate the effect of increasing quality transparency on hospital quality. *Eur J Heal Econ* 2022;23:1229–42. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01423-9>.
- [171] Schwartz LM, Woloshin S, Birkmeyer JD. How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. *Br Med J* 2005;331:821–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.38614.449016.DE>.
- [172] Duke CC, Smith B, Lynch W, Slover M. The Effects of Hospital Safety Scores, Total Price, Out-of-Pocket Cost, and Household Income on Consumers' Self-reported Choice of Hospitals. vol. 00. 2014.
- [173] Grøndahl VA, Kirchhoff JW, Andersen KL, Sørby LA, Andreassen HM, Skaug EA, et al. Health care quality from the patients' perspective: A comparative study between an old and a new, high-tech hospital. *J Multidiscip Healthc* 2018;11:591–600. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S176630>.
- [174] Li Y, Li W, Wu Z, Yuang J, Wei Y, Huang C, et al. Findings About Patient Preferences for Medical Care Based on a Decision Tree Method Study Design for Influencing Factors. *Inq (United States)* 2022;59. <https://doi.org/10.1177/00469580221092831>.
- [175] De Cruppé W, Geraedts M. Hospital choice in Germany from the patient's perspective: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2017;17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2712-3>.
- [176] Santos R, Gravelle H, Propper C. Does Quality Affect Patients' Choice of Doctor? Evidence from England. *Econ J* 2017;127:445–94. <https://doi.org/10.1111/eoj.12282>.
- [177] Young C, Chen X. Patients as consumers in the market for medicine: The halo effect of hospitality. *Soc Forces* 2020;99:504–31. <https://doi.org/10.1093/sf/soaa007>.
- [178] Yahanda AT, Lafaro KJ, Spolverato G, Pawlik TM. A Systematic Review of the Factors that Patients Use to Choose their Surgeon. *World J Surg* 2016;40:45–55. <https://doi.org/10.1007/s00268-015-3246-7>.

- [179] Groenewoud S, Van Exel NJA, Bobinac A, Berg M, Huijsman R, Stolk EA. What Influences Patients' Decisions When Choosing a Health Care Provider? Measuring Preferences of Patients with Knee Arthrosis, Chronic Depression, or Alzheimer's Disease, Using Discrete Choice Experiments. *Health Serv Res* 2015;50:1941–72. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12306>.
- [180] Avdic D, Moscelli G, Pilny A, Sriubaite I. Subjective and objective quality and choice of hospital: Evidence from maternal care services in Germany. *J Health Econ* 2019;68:102229. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102229>.
- [181] Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, Rademakers JJ. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2012;12:272. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-272>.
- [182] Kaye DR, Norton EC, Ellimoottil C, Ye Z, Dupree JM, Herrel LA, et al. Understanding the relationship between the Centers for Medicare and Medicaid Services' Hospital Compare star rating, surgical case volume, and short-term outcomes after major cancer surgery. *Cancer* 2017;123:4259–67. <https://doi.org/10.1002/cncr.30866>.
- [183] Papageorge M V., Resio BJ, Monsalve AF, Canavan M, Pathak R, Mase VJ, et al. Navigating by stars: Using cms star ratings to choose hospitals for complex cancer surgery. *JNCI Cancer Spectr* 2021;4. <https://doi.org/10.1093/JNCICS/PKAA059>.
- [184] Chatterjee P, Joynt Maddox K. Patterns of performance and improvement in US Medicare's Hospital Star Ratings, 2016–2017. *BMJ Qual Saf* 2019;28:486–94. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008384>.
- [185] Mehta R, Paredes AZ, Tsilimigras DI, Farooq A, Sahara K, Merath K, et al. CMS Hospital Compare System of Star Ratings and Surgical Outcomes Among Patients Undergoing Surgery for Cancer: Do the Ratings Matter? *Ann Surg Oncol* 2020;27:3138–46. <https://doi.org/10.1245/s10434-019-08088-y>.
- [186] Gutacker N, Siciliani L, Moscelli G, Gravelle H. Choice of hospital: Which type of quality matters? *J Health Econ* 2016;50:230–46. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.08.001>.
- [187] Department of Health. Guidance on the routine collection of Patient Reported Outcome Measures (PROMs). 2009.

- [188] Miyawaki A, Tsugawa Y. Association Between Newsweek's Global Hospital Ranking and Patient Outcomes in the USA. *J Gen Intern Med* 2020;35:1343–4. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05212-2>.
- [189] DeAngelis CD. How Helpful Are Hospital Rankings and Ratings for the Public's Health? *Milbank Q* 2016;94:729–32. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12227>.
- [190] Pross C, Busse R, Geissler A. Hospital quality variation matters – A time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006 to 2014. *Health Policy (New York)* 2017;121:842–52. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.009>.
- [191] Karl Y, Bilimoria MM. The New CMS Hospital Quality Star Ratings The Stars Are Not Aligned. *JAMA* 2016;316:1761–2.
- [192] Bilimoria KY, Barnard C. An evolving hospital quality star rating system from cms: Aligning the stars. *JAMA - J Am Med Assoc* 2021;325:2151–2. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.6946>.
- [193] Quality Forum N. National Quality Forum Hospital Quality Star Rating Summit. n.d.
- [194] van Dishoeck A-M, Lingsma HF, Mackenbach JP, Steyerberg EW. Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators. *BMJ Qual Saf* 2011;20:869–74. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.048058>.
- [195] Lingsma HF, Eijkemans MJ, Steyerberg EW. Incorporating natural variation into IVF clinic league tables: The Expected Rank. *BMC Med Res Methodol* 2009;9:53. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-53>.
- [196] Higgins JPT. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557–60. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>.
- [197] Hofstede SN, Ceyisakar IE, Lingsma HF, Kringos DS, Marang-Van De Mheen PJ. Ranking hospitals: Do we gain reliability by using composite rather than individual indicators? *BMJ Qual Saf* 2019;28:94–102. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007669>.
- [198] Barclay ME, Dixon-Woods M, Lyratzopoulos G. Concordance of Hospital Ranks and Category Ratings Using the Current Technical Specification of US Hospital Star Ratings and Reasonable Alternative Specifications. *JAMA Heal Forum* 2022;3. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.1006>.

- [199] Austin JM, Derk JM, Kachalia A, Pronovost PJ. Assessing the Agreement of Hospital Performance on 3 National Mortality Ratings for 2 Common Inpatient Conditions. *JAMA Intern Med* 2020;180:904. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0450>.
- [200] Austin JM, Jha AK, Romano PS, Singer SJ, Vogus TJ, Wachter RM, et al. National Hospital Ratings Systems Share Few Common Scores And May Generate Confusion Instead Of Clarity. *Health Aff* 2015;34:423–30. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0201>.
- [201] Nwana N, Chan W, Langabeer J, Kash B, Krause TM. Does hospital location matter? Association of neighborhood socioeconomic disadvantage with hospital quality in US metropolitan settings. *Heal Place* 2022;78. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102911>.
- [202] Greene J, Sacks RM. Presenting Cost and Efficiency Measures That Support Consumers to Make High-Value Health Care Choices. *Health Serv Res* 2018;53:2662–81. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12839>.
- [203] Schlesinger M, Kanouse DE, Martino SC, Shaller D, Rybowski L. Complexity, Public Reporting, and Choice of Doctors. *Med Care Res Rev* 2014;71:38S-64S. <https://doi.org/10.1177/1077558713496321>.
- [204] Gravelle H, Santos R, Siciliani L. Does a hospital's quality depend on the quality of other hospitals? A spatial econometrics approach. *Reg Sci Urban Econ* 2014;49:203–16. <https://doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2014.09.005>.
- [205] O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, Armitage G, Sheard L, Marsh C, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf* 2018;27:673–82. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006974>.
- [206] O'Hara JK, Lawton RJ. At a crossroads? Key challenges and future opportunities for patient involvement in patient safety. *BMJ Qual Saf* 2016;25:565–8. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005476>.
- [207] Stivers T, Tate A. The Role of Health Care Communication in Treatment Outcomes 2023. <https://doi.org/10.1146/annurev-linguistics-030521>.
- [208] Wilde-Larsson B, Larsson G. Patients' views on quality of care and attitudes towards re-

visiting providers. *Int J Health Care Qual Assur* 2009;22:600–11.  
<https://doi.org/10.1108/09526860910986867>.

[209] Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Informator o Terminach Leczenia 2023.  
<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/> (accessed November 23, 2023).

## X. Wykaz tabel

Tab. I Wybrane definicje jakości opieki zdrowotnej.....	14
Tab. II Doświadczenia vs satysfakcja pacjenta.....	27
Tab. III Charakterystyka badanej próby ze względu na płeć.....	50
Tab. IV Charakterystyka badanej próby ze względu na wiek.....	50
Tab. V Charakterystyka badanej próby ze względu na województwo .....	51
Tab. VI Charakterystyka badanej próby ze względu na wielkość miejsca zamieszkania .....	52
Tab. VII Charakterystyka badanej próby ze względu na wykształcenie .....	52
Tab. VIII Charakterystyka badanej próby pod względem sytuacji zawodowej.....	53
Tab. IX Charakterystyka próby pod względem wyboru szpitala w przeszłości .....	54
Tab. X Charakterystyka próby pod względem schorzeń będących przyczyną wyboru szpitala w przeszłości.....	54
Tab. XI Charakterystyka badanej próby pod względem przesłanek, którymi kierowali się przy wyborze szpitala .....	56
Tab. XII Statystyki opisowe dla akceptowanego czasu oczekiwania wyrażonego w tygodniach .....	62
Tab. XIII Podsumowanie testu Wilcoxona dla jednej próby (czas oczekiwania).....	62
Tab. XIV Podsumowanie testu median.....	64
Tab. XV Porównanie grup wiekowych pod względem akceptowanego czasu oczekiwania....	65
Tab. XVI Rangi dla płci.....	67
Tab. XVII Wyniki testów dla zmiennej płeć.....	67
Tab. XVIII Podsumowanie testu median dla poziomu wykształcenia .....	68
Tab. XIX. Podsumowanie testu median dla miejsca zamieszkania .....	69
Tab. XX. Statystyki opisowe dla akceptowanej odległości .....	72
Tab. XXI. Podsumowanie testu Wilcoxona dla jednej próby (odległość w km) .....	73
Tab. XXII. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla zmiennej wiek.....	75
Tab. XXIII. Wyniki testu Manna-Whitneya dla zmiennej płeć .....	76
Tab. XXIV. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla zmiennej wykształcenie.....	77
Tab. XXV. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla zmiennej miejsce zamieszkania .....	78
Tab. XXVI. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla wybranych schorzeń.....	80
Tab. XXVII. Statystyki opisowe dla wybranych kryteriów (ekspertyza i czas).....	81
Tab. XXVIII. Podsumowanie testu Wilcoxona dla prób zależnych (ekspertyza i czas).....	81
Tab. XXIX. Statystyki opisowe dla wybranych kryteriów (ekspertyza i wielkość szpitala)....	83

Tab. XXX. Podsumowanie testu Wilcoxon dla prób zależnych (ekspertyza i wielkość szpitala)	83
Tab. XXXI. Statystyki opisowe dla wybranych kryteriów (ekspertyza i bliskość miejsca zamieszkania)	84
Tab. XXXII. Podsumowanie testu Wilcoxon dla prób zależnych (ekspertyza i bliskość miejsca zamieszkania)	85
Tab. XXXIII. Podsumowanie wyników weryfikacji hipotez	86



## **XI. Wykaz rycin**

Ryc. 1 Siedem kroków aktualnej metodyki opracowywania ogólnej oceny gwiazdkowej jakości szpitala .....	11
Ryc. 2 Model jakości opieki z perspektywy pacjenta .....	21
Ryc. 3 Czynniki, którymi kierowali się respondenci przy wyborze szpitala .....	57
Ryc. 4 Jak rozmiar szpitala wpływa na postrzeganie placówki przez ankietowanych .....	58
Ryc. 5 Maksymalny akceptowany czas oczekiwania na szpital lepszej jakości .....	61
Ryc. 6 Odsetek osób akceptujących dany czas oczekiwania .....	61
Ryc. 7 Hipotetyczna i obserwowana mediana akceptowanego czasu oczekiwania .....	63
Ryc. 8 Wyniki testu median w podziale na grupy wiekowe .....	64
Ryc. 9 Porównania parami - grupa wiekowa .....	66
Ryc. 10 Test median dla płci .....	67
Ryc. 11 Test median dla poziomu wykształcenia .....	68
Ryc. 12. Test median dla miejsca zamieszkania .....	69
Ryc. 13. Maksymalna akceptowana odległość do szpitala lepszej jakości .....	71
Ryc. 14. Odsetek osób akceptujących daną różnicę odległości .....	72
Ryc. 15. Hipotetyczna i obserwowana mediana odległości szpitala .....	73
Ryc. 16. Częstość różnic w ocenach badanych zmiennych (czas-ekspertyza) .....	82
Ryc. 17. Częstość różnic w ocenach badanych zmiennych (wielkość szpitala-ekspertyza) .....	84
Ryc. 18. Częstość różnic w ocenach badanych zmiennych (bliskość miejsca zamieszkania-ekspertyza) .....	85
Ryc. 19. Dwie ścieżki zmian poprzez raportowanie do wiadomości publicznej .....	88

## XII. Aneks

### Kwestionariusz ankiety

#### WPLYW JAKOŚCI NA WYBÓR SZPITALA – BADANIE PREFERENCJI

Celem badania jest znalezienie odpowiedzi na pytanie jak Polacy rozumieją wysoką jakość opieki zdrowotnej oraz czym kierowaliby się dokonując wyboru szpitala gdyby dysponowali dostępem do szczegółowych informacji na temat jakości usług medycznych w poszczególnych placówkach? Wyniki uzyskane w ramach badania przyczynią się do lepszego zrozumienia mechanizmów, jakimi kierują się osoby wybierające miejsce, w którym będą leczone oraz mogą posłużyć decydom w planowaniu dalszych działań pro jakościowych oraz szacowania ich potencjalnych następstw dla systemu opieki zdrowotnej.

Ankieta ma charakter anonimowy, a zebrane z niej informacje zostaną wykorzystane wyłącznie do zbiorczych opracowań naukowych. Ankietowany ma możliwość rezygnacji z badania na każdym jego etapie. Wypełnienie kwestionariusza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu.

Badanie może dotyczyć Pana/Pani lub Pana/Pani bliskich sytuacji zdrowotnej. Jeżeli nie będzie Pan/Pani chciał/-a odpowiadać na pytania, może Pan/Pani w każdej chwili przerwać udział w badaniu. Analizowane będą tylko ankiety wypełnione w całości.

#### Metryczka

##### Płeć biologiczna

Kobieta                      Mężczyzna

##### Wiek

18-24      25-34      35-44      45-54      55-64      65 i więcej

**Województwo** (respondent otrzyma listę rozwijaną województw do wyboru)

##### Miejsce zamieszkania

wieś              miasto do 100 tys. mieszkańców              miasto od 101-500 tys. mieszkańców              miasto pow. 500 tys. mieszkańców

##### Wykształcenie

podstawowe/zawodowe              średnie              wyższe

##### Jaki jest Twoja obecna sytuacja zawodowa?

pracuję na pełen etat    pracuję na pół/część etatu    pracuję dorywczo    prowadzę własną firmę    jestem zatrudniony ale obecnie jestem na urlopie (macierzyński)

nie pracuję, jestem uczniem/studentem    nie pracuję, zajmuję się domem    nie pracuję, jestem na rencie/emeryturze    jestem bezrobotny    inna

1. Które z poniższych stwierdzeń Pana/Pani zdaniem najlepiej definiują wysoką jakość opieki zdrowotnej w szpitalu? Proszę wybrać jedną opcję przy każdym stwierdzeniu.

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Nie mam zdania	Raczej nie	Zdecydowanie nie
a) Lekarze właściwie rozpoznali problem zdrowotny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lekarze wcześniej wdrożyli odpowiednie leczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wdrożone leczenie nie powoduje dyskomfortu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wdrożone leczenie przynosi szybkie rezultaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Personel medyczny nie traktuje pacjenta przedmiotowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Personel medyczny na każdym etapie leczenia wyjaśnia pacjentowi co się dzieje z jego stanem zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Personel medyczny nie popełnia błędów przy wykonywaniu procedur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Czas oczekiwania na leczenie jest krótki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Szpital ma dobrą reputację wśród znajomych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) W szpitalu pracuje lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Leczenie będzie prowadził lekarz, który wśród znajomych oceniany jest jako wysokiej klasy specjalista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Szpital jest położony w tej samej miejscowości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Budynek i wyposażenie szpitala są nowoczesne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Jedzenie podawane w szpitalu jest smaczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Inne:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Proszę uszeregować stwierdzenia w kolejności od najbardziej istotnych do najmniej istotnych.**

<uwaga: filtrowanie na podstawie odp. z pyt. 1, respondent otrzyma do uszeregowania tylko te warianty, dla których w pyt. 1 wskazał odp. „zdecydowanie tak” i będzie musiał je uszeregować pod względem istotności>

**3. Poniżej zobaczysz stwierdzenia. Przesuń suwak w stronę wielkości szpitala, które Twoim zdaniem lepiej pasuje do danej wielkości szpitala. Jeżeli ustawisz suwak pośrodku, oznacza to, że stwierdzenie pasuje do obu wielkości szpitali tak samo.**

**Mały szpital**

większe doświadczenie personelu  
większe ryzyko popełnienia błędu  
bardziej utytułowani specjaliści  
indywidualne podejście do pacjenta  
wyspecjalizowany

**Duży szpital**

**4. Czy brałeś/-aś kiedykolwiek wcześniej udział w wyborze szpitala dla siebie lub innej osoby?**

Tak

Nie

**5. Jakich schorzeń dotyczył wybór szpitala? (można wybrać więcej niż 1 opcję)**

<uwaga: filtrowanie na podstawie odp. z pyt. 4, respondent otrzyma warianty do wyboru jeżeli w pyt. 4 zaznaczył odp. „tak”>

Choroby układu krążenia (np.: nadciśnienie, zawał serca, udar mózgu, miażdżycy, żylaki, etc.)

Nowotwory (np.: rak płuca, rak prostaty, rak jelita grubego, etc.)

Choroby układu moczowo-płciowego (np.: choroby nerek, choroby pęcherza, choroby narządów płciowych, etc.)

Cięża/poród

Choroby układu pokarmowego (np. wrzody, zapalenie wyrostka, przepuklina, choroby wątroby, choroby pęcherzyka żółciowego, etc.)

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (np.: zapalenie stawów, osteoporoza, zapalenie kości i szpiku, etc.)

Urazy, zatrucia (np.: złamania, zwichnięcia, otwarte rany, amputacje, etc.)

Zaburzenia wydzielania wewnętrznego i choroby metaboliczne (np. : cukrzyca, choroby tarczycy, otyłość, etc.)

Zaburzenia psychiczne (np.: zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, schizofrenia, etc.)

Choroby układu nerwowego (np. padaczka, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, etc.)

Choroby układu oddechowego (np. grypa, zapalenie płuc, astma, etc.)

Choroby oka (np.: jaskra, zaćma, etc.)

Inne:.....

**6. Czym Pan/Pani kierował się przy wyborze szpitala? Proszę wybrać jedną opcję przy każdym stwierdzeniu (pytanie dotyczy wyboru w przypadku leczenia planowego, nie przypadków nagłych)**

<uwaga: filtrowanie na podstawie odp. z pyt. 4, respondent otrzyma warianty do wyboru jeżeli w pyt. 4 zaznaczył odp. „tak”>

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Nie mam zdania	Raczej nie	Zdecydowanie nie
a) Opinią lekarza prowadzącego/lekarza POZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lekarzem specjalistą pracującym w szpitalu, znanym jako wysokiej klasy ekspert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Opinią na temat szpitala zasięgniętą wśród rodziny/znajomych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Odległością od miejsca zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Opiniami znalezionymi w Internecie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wielkością szpitala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Specjalizacją szpitala (np. onkologiczny, kardiologiczny, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Inne:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Czy korzystał/-a Pan/Pani kiedykolwiek z portali internetowych typu *znanylekarz.pl* / *rankinglekarzy.pl*?**

Tak

Nie

**8. Czy w Pana/Pani ocenie portale internetowe oceniające lekarzy, które bazują na systemie gwiazdek są przydatne w wyborze lekarza?**

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Trudno powiedzieć

**9. Czy uważa Pan/Pani, że w Polsce powinien istnieć podobny portal, w którym pacjent mógłby sprawdzić ocenę szpitala (ranking szpitali)?**

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Trudno powiedzieć

**10. Czy zna Pan/Pani założenia ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta?**

Tak

Nie

**10.1. Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta wpłynie pozytywnie na jakość opieki zdrowotnej w Polsce? (w przypadku udzielenia odp. „tak” w pyt 10)**

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Trudno powiedzieć

**11. Czy zna Pan/Pani założenia Krajowej Sieci Onkologicznej (ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej)?**

Tak

Nie

**11.1. Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że Krajowa Sieć Onkologiczna wpłynie pozytywnie na jakość opieki zdrowotnej w Polsce? (w przypadku udzielenia odp. „tak” w pyt 11)**

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Trudno powiedzieć

**12. Narodowy Fundusz Zdrowia wraz z Ministerstwem Zdrowia gromadzą informacje na temat jakości opieki w szpitalach. Czy Twoim zdaniem takie informacje powinny być udostępniane do wiadomości publicznej?**

Zdecydowanie tak

Raczej tak

- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

**13. Czy w Pana/Pani ocenie ogólnodostępne informacje na temat jakości opieki w poszczególnych szpitalach wpłynęłyby na podejmowane przez pacjentów decyzje w zakresie wyboru szpitala?**

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie
- Trudno powiedzieć

**14. Proszę o wskazanie, które obszary w Pana/Pani ocenie są najistotniejsze z punktu widzenia rankingu szpitali? Proszę o wybranie 1 opcji dla każdego stwierdzenia.**

	Zdecydowanie istotne	Raczej istotne	Nie mam zdania	Raczej nieistotne	Zdecydowanie nieistotne
a) Śmiertelność w szpitalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bezpieczeństwo opieki - raportowanie zdarzeń niepożądanych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wskaźnik ponownych przyjęć z tego samego powodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Doświadczenia pacjentów (ankiety satysfakcji pacjentów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Terminowość i skuteczność opieki (np. czas oczekiwania na przyjęcie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Inne: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



15. Proszę uszeregować stwierdzenia w kolejności od najbardziej istotnych do najmniej istotnych.

<uwaga: filtrowanie na podstawie odp. z pyt. 14, respondent otrzyma do uszeregowania tylko te warianty, dla których w pyt. 14 wskazał odp. „zdecydowanie tak” i będzie musiał je uszeregować pod względem istotności>

16. Jaką jakość opieki w Pana/Pani ocenie prezentuje 5 gwiazdkowy system oceny szpitali? Proszę o wybranie 1 opcji dla każdego stwierdzenia.

	bardzo wysoka jakość	wysoka jakość	średnia jakość	niska jakość	bardzo niska jakość
a) 5 gwiazdek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 4,5 gwiazdki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 4 gwiazdki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 3,5 gwiazdki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 3 gwiazdki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 2,5 gwiazdki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) 2 gwiazdka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 1,5 gwiazdki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 1 gwiazdka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Proszę o wskazanie jakie znaczenie miałyby dla Pana/Pani poniższe kryteria przy wyborze szpitala gdyby funkcjonował ranking szpitali? Proszę o wybranie 1 opcji dla każdego stwierdzenia.

	Zdecydowanie istotne	Raczej istotne	Nie mam zdania	Raczej nieistotne	Zdecydowanie nieistotne
a) Ekspertyza szpitala (wysoka ocena w rankingu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zdecydowanie istotne	Raczej istotne	Nie mam zdania	Raczej nieistotne	Zdecydowanie nieistotne
b) Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne (krótki czas oczekiwania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wielkość szpitala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bliskość miejsca zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Inne: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Wyobraź sobie, że masz poddać się leczeniu onkologicznemu dobrze rokującego nowotworu. Możesz wybrać między dwoma szpitalami poniżej, a oba oddalone są od Twojego domu o taką samą odległość. Który z nich wybierzesz?**

- a) Szpital oceniany na 5 gwiazdek, czas oczekiwania 12 tygodni
- b) Szpital oceniany na 3 gwiazdki, czas oczekiwania 2 tygodnie.

*<uwaga: zmiana w zależności od wyboru. Jeżeli osoba wybierze opcję a, zwiększ czas oczekiwania opcji a) o tydzień. Jeżeli wybierze opcję b, zmniejsz czas oczekiwania opcji a) o tydzień. Kończymy, gdy osoba zmieni swój wybór lub osiągniemy 24 tygodnie.>*

**19. Wyobraź sobie, że masz poddać się leczeniu onkologicznemu dobrze rokującego nowotworu. Możesz wybrać między dwoma szpitalami poniżej, w obu czas oczekiwania na planowe leczenie wynosi 2 tygodnie. Który z nich wybierzesz?**

- a) Szpital oceniany na 5 gwiazdek, oddalony o 250km od Twojego domu
- b) Szpital oceniany na 3 gwiazdki, oddalony o 50 km od Twojego domu

*<uwaga: zmiana w zależności od wyboru. Jeżeli osoba wybierze opcję a, zwiększ odległość opcji a) o 50km. Jeżeli wybierze opcję b, zmniejsz odległość opcji a) o 50km. Kończymy, gdy osoba zmieni swój wybór lub osiągniemy odległość 100>*

## Rekomendacja Komisji Bioetycznej

**KOMISJA BIOETYCZNA  
PRZY UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W BIAŁYMSTOKU**

ul. Jana Kilińskiego 1

15-089 Białystok

tel. 85 748 54 07

komisjabioetyczna@umb.edu.pl

Białystok, 18.05.2023 r.

Rekomendacja nr: APK.002.279.2023

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku po zapoznaniu się z wnioskiem dotyczącym projektu badawczego nieinterwencyjnego (badanie ankietowe) pt.: „Wpływ jakości na wybór szpitala. Jak ogólnodostępne informacje nt. jakości mogą determinować decyzje podejmowane przez pacjentów?” kierowanego przez prof. dr hab. Marka Wojtukiewicza pozytywnie rekomenduje ww. badanie na podstawie ankiet.

Planowany okres realizacji od 18.05.2023 r. do VI.2023 r.

Przewodnicząca Komisji Bioetycznej przy UMB

prof. dr hab. Otylia Kowal-Bielecka

Łańchadorca s'is, ze Pani mgr Karolina  
Piekarńska jest członkiem zespołu  
badawczego w powyższym projekcie.

J. Walińska

UNIwersytet Medyczny  
w Białymstoku  
KOMISJA BIOETYCZNA  
15-089 Białystok, ul. Jana Kilińskiego 1