

RAPORT
**ZDROWE
MIASTO**

NARODZINY NOWEGO POZNANIA

O PROJEKCIE

Narodziny nowego Poznania to dogłębna i kompleksowa analiza życia miasta, której rezultatem jest wypracowanie rozwiązań i rekomendacji dla miasta. Do tej pracy zaprosiliśmy 10 ekspertów z różnych dziedzin, którzy przeprowadzą diagnozę i zaproponują pomysły w 9 obszarach tematycznych obejmujących całe spektrum życia miasta. Przez 9 kolejnych miesięcy organizujemy także 9 debat tematycznych, którym towarzyszy publikacja raportu przygotowanego przez eksperta. Cały projekt wieńczy wydanie przekrojowego raportu, w którym całościowo omówimy przestrzeń życia Poznania. Wszystkie diagnozy, analizy, pomysły i koncepcje zostaną podsumowane w debacie głównej w październiku 2021 r.

WIĘCEJ O PROJEKCIE — WWW.POZNANSKI.ORG/NARODZINY

RAPORT MIASTO LUDZI – O AUTORZE



**Prof. UAM dr hab.
Ryszard Cichocki**
Ekspert Instytutu
Poznańskiego

rcichoc@amu.edu.pl

Pracownik naukowy Wydziału Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Kierownik Zakładu Socjologii Zmiany Społecznej. Pełnił funkcję Prodziekana Wydziału Nauk Społecznych oraz Dyrektora Centrum Badania Jakości Życia UAM.

Absolwent filozofii i socjologii na UAM, doktor nauk społecznych w zakresie socjologii, doktor habilitowany socjologii, profesor UAM.

Jego działalność naukowa koncentruje się wokół czterech powiązanych ze sobą obszarów: socjologii zmiany społecznej, socjologii sfery publicznej, socjologii społeczności terytorialnych oraz socjologii jakości życia. Autor ponad 20 książek, w tym „Socjologiczne implikacje wczesnej filozofii Floriana Znanieckiego”, „Podmiotowość w społeczeństwie” oraz serii wydawniczej „Wskaźniki jakości życia mieszkańców Poznania”.

Ekspert w zakresie stosowania badań obejmujących problematykę gospodarki, samorządu terytorialnego, socjologii miasta, rynku pracy, jakości życia. Autor ponad 400 programów badawczych, ponad czterystu opracowań i około 200 ekspertyz z zakresu stosowanych nauk społecznych.

OBSZARY TEMATYCZNE

Mobilne miasto

dr inż. Jeremi Rychlewski

Eko miasto

dr Natalia Osten-Sacken

Poukładane miasto

dr hab. Łukasz Mikuła

Przedsiębiorcze miasto

dr Bartłomiej Kołsut,
prof. UAM dr hab.
Robert Kudlak

Miasto sportu

dr Mateusz Rozmiarek

Miasto ludzi

dr Krzysztof Szwarz

Zdrowe miasto

prof. UAM dr hab.
Ryszard Cichocki

Kulturalne miasto

dr Agata
Wittchen-Barełkowska

Miasto marzeń

Krzysztof Rosenkiewicz

SPIS TREŚCI



- 4 SOCJOLOGICZNE STUDIUM ZDROWIA
MIESZKAŃCÓW JAKO ASPEKTU
JAKOŚCI ŻYCIA
- 5 JAKOŚĆ ŻYCIA MIESZKAŃCÓW MIASTA
A OCENA STANU ZDROWIA
- 6 OCENA STANU ZDROWIA I PROGNOZA
STANU ZDROWIA JAKO WYMIARY
WELL-BEING W OPARCIU O BADANIA QOL
2002–2021
- 6 OGÓLNA OCENA WŁASNEGO STANU
ZDROWIA
- 8 PROGNOZA WŁASNEGO STANU ZDROWIA
- 9 OCENA WPŁYWU WŁASNEGO STANU
ZDROWIA NA AKTYWNOŚĆ W ŻYCIU
CODZIENNYM
- 10 OCENA WŁASNEGO STANU
PSYCHOFIZYCZNEGO
- 13 OCENA MOŻLIWOŚCI ZASPOKOJENIA
POTRZEB ZDROWOTNYCH W RAMACH
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
- 13 OCENA OGÓLNEJ MOŻLIWOŚCI
KORZYSTANIA Z USŁUG SŁUŻBY ZDROWIA
- 15 SPOŁECZNA OCENA DOSTĘPNOŚCI USŁUG
MEDYCZNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO
- 16 SPOŁECZNA OCENA JAKOŚCI USŁUG
MEDYCZNYCH DOSTĘPNYCH W RAMACH
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
- 18 ANALIZA PORÓWNAWCZA
SPOŁECZNYCH OCEN MOŻLIWOŚCI
ZASPOKOJENIA POTRZEB ZDROWOTNYCH



Autor:
Prof. UAM dr hab. Ryszard Cichocki
Ekspert Instytutu Poznańskiego

Wydawca:
Instytut Poznański
ul. Młyńska 14 | 61-730 Poznań
+48 782 685 090 | instytut@poznanski.org
www.poznanski.org | fb.com/InstytutPoznanski

Realizacja:
Skivak The Publishers
ul. Wieniawskiego 5/9, 61-712 Poznań
www.skivak.pl



SOCJOLOGICZNE STUDIUM ZDROWIA MIESZKAŃCÓW JAKO ASPEKTU JAKOŚCI ŻYCIA

Opracowanie zostało przygotowane na potrzeby projektu społecznego „Zdrowe Miasto” realizowanego przez Instytut Poznański w ramach obszerniejszego studium funkcjonowania miasta Poznania i życia jego mieszkańców. Stanowi ono charakterystykę jednego z kluczowych aspektów istotnych dla jakości życia mieszkańców – ocenę własnego stanu zdrowia i funkcjonowania instytucji służby zdrowia w mieście.

Podstawą teoretyczną opracowania są modele teoretyczne i empiryczne Quality of Life Indicators, wykorzystywane od lat sześćdziesiątych XX wieku do kompleksowego diagnozowania, monitorowania i ewaluacji jakości życia. Dla tego opracowania jest to projekt Quality of Life for Cities of Change zrealizowany w latach 2001–2002 na zlecenie Bertelsmann Foundation i World Bank przez zespół badawczy Centrum Badania Jakości Życia Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, kierowany przez Ryszarda Cichockiego (Cichocki, 2005). Projekt stanowił międzynarodowe badanie porównawcze jakości życia mieszkańców dziesięciu miast w państwach Europy Centralnej, w tym w: Bułgarii, Słowacji, Łotwie, Węgrzech i Polsce.

Koncepcja teoretyczna i metodologia QoL opracowana dla potrzeb projektu, po dokonaniu zasadniczej modyfikacji i przystosowaniu do polskich warunków, była podstawą wieloletniego programu diagnozowania i monitorowania jakości życia mieszkańców Poznania pod nazwą „Jakość życia mieszkańców Poznania” prowadzonego w Poznaniu w latach 2002–2021. W tym czasie zrealizowano dziewięć kompleksowych projektów w latach 2002, 2003, 2004, 2006, 2008, 2009, 2010, 2013, 2018, 2021 oraz cztery wyspecjalizowane studia monograficzne. Prezentowane dane empiryczne pochodzą ze wszystkich cykli badania, realizowanych w ramach projektu badawczego „Jakość życia mieszkańców Poznania” (Cichocki, Jabkowski, 2018). Istotą tego programu było diagnozowanie i monitorowanie dwunastu dziedzin istotnych dla jakości życia mieszkańców, w tym: „Zdrowie i instytucje służby zdrowia”. Skale wykorzystywane w tym projekcie w odniesieniu do dziedziny „Zdrowie i instytucje służby zdrowia” są autorskim wkładem Profesora Zbigniewa Woźniaka. Szczegółowa charakterystyka założeń teoretycznych i metodologii projektu badawczego została zawarta w innych pracach (Cichocki, 2005).

W OPRACOWANIU WYKORZYSTANO NASTĘPUJĄCE SPOSOBY OPISU WARTOŚCI WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI ŻYCIA:

- rozkłady procentowe wyborów dokonywanych przez respondentów (Bardzo dobrze, Raczej dobrze, Trudno powiedzieć, Raczej źle, Bardzo źle),
- oceny pozytywne, czyli sumy wyborów pozytywnych, dokonywanych przez respondentów (Bardzo dobrze + Raczej dobrze),
- oceny negatywne, czyli sumy wyborów negatywnych, dokonywanych przez respondentów (Raczej źle + Bardzo źle),
- ocena netto, czyli różnica pomiędzy odsetkiem wyborów pozytywnych i wyborów negatywnych (Bardzo dobrze + Raczej dobrze) - (Raczej źle + Bardzo źle),
- średnia ocen (w skali od 1 – wartość minimalna do 5 – wartość maksymalna).

Przyjęto przy tym, że wartość wskaźnika (liczona jako średnia arytmetyczna) w następujący sposób przekłada się na ocenę aspektów poddanych weryfikacji mieszkańców:

- poniżej 2,25 – ocena bardzo zła;
- od 2,25 do 2,75 – ocena raczej zła;
- od 2,76 do 3,25 – ocena neutralna (przeciętna);
- od 3,26 do 3,75 – ocena raczej dobra;
- powyżej 3,75 – ocena bardzo dobra.

JAKOŚĆ ŻYCIA MIESZKAŃCÓW MIASTA A OCENA STANU ZDROWIA

Stan zdrowia i funkcjonowanie instytucji służby zdrowia, to jedna z kluczowych dziedzin wyznaczających jakość życia, dlatego była jedną z pierwszych, jakie zostały włączone do kompleksowych programów diagnozowania i monitorowania jakości życia QoL (Cloninger i inni, 2011, Estwing i inni, 2005, Kim i inni, 2020). Od początku wykorzystywano wiele typów wskaźników, ale w pierwszej fazie koncentrowano się na dwóch aspektach. W aspekcie pierwszym wskaźniki oparte na danych statystycznych wykorzystywano do opisu poziomu zachorowalności na choroby uznawane przez ekspertów za szczególnie istotne dla jakości życia (Felce i inni, 1995). W aspekcie drugim wykorzystywano wskaźniki tworzone w oparciu o badania kwestionariuszowe, które określały subiektywne oceny tych wymiarów stanu zdrowia, jakie z punktu widzenia samych badanych były istotne dla jakości ich życia (Hays i inni, 2001). Obecnie, w fazie niezwykle dynamicznego rozwoju systemów QoL odnoszących się do relacji pomiędzy zdrowiem a jakością życia, wyłoniły się i w pełni ukształtowały komplementarne, ale względnie niezależne strategie badania, gromadzenia i przetwarzania informacji, które obejmują:

- a. kompleksowe badania nad relacjami pomiędzy wskaźnikami zachorowalności a wynikającymi z tego zmianami jakości życia (Guyatt i inni, 1993, Gutierrez i inni, 2016),
- b. wyspecjalizowane badania nad wpływem konkretnych chorób i grup chorób na jakość życia osób, które zostały nimi dotknięte (Kaleta i inni, 2009, Cau i inni, 2016),
- c. systematyczne rejestrowanie stanu i jakości infrastruktury medycznej, zarówno podstawowej, jak i wyspecjalizowanej w relacji do liczebności populacji, istotnych dla jakości życia,
- d. systematyczne rejestrowanie stanu i przygotowania zawodowego personelu medycznego, zarówno w podstawowej, jak i wyspecjalizowanej opiece medycznej, istotnych dla jakości życia,
- e. statystyczne badania dostępności usług zdrowotnych, zarówno podstawowych, jak i wyspecjalizowanych, istotnych dla jakości życia,
- f. wyspecjalizowane badania jakości usług medycznych i funkcjonowania instytucji służby zdrowia w oparciu o międzynarodowe i krajowe standardy, istotnych dla jakości życia,
- g. cykliczne badania różnych wymiarów subiektywnych ocen własnego zdrowia w ramach wybranych populacji, istotnych dla jakości ich życia (Wilson i inni 2000, Prata i inni 2016),
- h. cykliczne badania subiektywnych ocen dostępności usług zdrowotnych i instytucji służby zdrowia w oparciu o standardy ukształtowane i przyjęte w badanej populacji,
- i. cykliczne badania wpływu stylów życia, wzorów konsumpcji, wzorów zachowań, sposobów spędzania wolnego czasu, rekreacji i sportu na jakość życia (White i inni 2009).

Diagnozy i monitorowania jakości życia w dziedzinie „Zdrowie i instytucje służby zdrowia”, podobnie jak we wszystkich pozostałych dziedzinach, oparte są na dwóch typach wskaźników (Cichocki, 2005). Pierwszy z wymienionych typów – „wskaźniki twarde” jest konstruowany w oparciu o dane statystyczne, pozyskiwane z różnych zasobów, w tym: ze statystyk publicznych, instytucji publicznych państwowych, instytucji publicznych samorządowych, instytucji i firm komunalnych. Drugi z wymienionych typów – „wskaźniki miękkie” jest konstruowany w oparciu o dane pochodzące z badań kwestionariuszowych realizowanych na reprezentatywnej próbie mieszkańców miasta. Prezentowana w opracowaniu dziedzina obejmuje 15 wskaźników pierwszego typu pogrupowanych w trzy aspekty:

- a. personel służby zdrowia,
 - b. infrastruktura opieki zdrowotnej,
 - c. stan zdrowia mieszkańców.
- Obejmuje także 39 wskaźników drugiego typu, stanowiących podstawę do konstrukcji siedmiu wskaźników zintegrowanych, odpowiadających 7 aspektom przyjętym w tej dziedzinie:
- a. ocena stanu zdrowia – ograniczenia aktywności codziennej,
 - b. ocena stanu zdrowia – ograniczenia kontroli poznawczej i komunikacji,
 - c. ocena stanu zdrowia – zakłócanie normalnego funkcjonowanie w życiu codziennym,
 - d. ocena stanu zdrowia – podatność na problemy zdrowotne,
 - e. ocena stanu zdrowia – samopoczucie a zakłócanie aktywności w życiu codziennym,
 - f. społeczna ocena dostępności usług medycznych w instytucjach publicznych,
 - g. korzystanie z usług medycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
 - h. społeczna ocena jakości usług medycznych w instytucjach publicznych.

W niniejszym opracowaniu przedmiotem zainteresowania będą tylko 4 aspekty wykorzystujące 20 wskaźników prostych tworzących 4 wskaźniki zintegrowane:

- a. ocena stanu zdrowia – zakłócanie normalnego funkcjonowanie w życiu codziennym,
- b. ocena stanu zdrowia – samopoczucie a zakłócanie aktywności w życiu codziennym,
- c. społeczna ocena dostępności usług medycznych w instytucjach publicznych,
- d. społeczna ocena jakości usług medycznych w instytucjach publicznych.

OCENA STANU ZDROWIA I PROGNOZA STANU ZDROWIA JAKO WYMIARY WELL-BEING W OPARCIU O BADANIA QOL 2002–2021

W trakcie badań wstępnych poprzedzających projektowanie referowanego programu QoL okazało się, że obecny stan zdrowia i przewidywane zmiany tego stanu w dalszej części życia należą do dziesięciu najważniejszych aspektów jakości życia, zarówno z perspektywy mieszkańców – ekspertów codzienności, jak i ekspertów profesjonalnie zajmujących się jakością życia. Dlatego w skali well-being zaprojektowanej na potrzeby programu wśród 10 najważniejszych wskaźników umieszczone zostało zarówno pytanie o ocenę własnego stanu zdrowia, jak i pytanie o przewidywane zmiany w stanie

własnego zdrowia. Obydwa pytania konsekwentnie wykorzystywane w kolejnych cyklach badania pozwalały na: diagnozę subiektywnej oceny stanu zdrowia mieszkańców, monitorowanie zmian tej oceny w czasie realizacji projektu, diagnozę subiektywnych prognoz stanu zdrowia na najbliższe lata i monitorowanie zmian tych prognoz. W prezentowanym opracowaniu uwaga została skoncentrowana na: prezentacji wskaźników pochodzących z ostatniego cyklu badań, zrealizowanego w latach 2020–2021 oraz na trendach zmian tych wskaźników w latach 2002–2021.

OGÓLNA OCENA WŁASNEGO STANU ZDROWIA

Punktem wyjścia analiz empirycznych w tym opracowaniu jest wskaźnik „Ogólna ocena własnego stanu zdrowia” oparty na pytaniu zawartym w standaryzowanym kwestionariuszu wywiadu, które weszło w skład dziesięcioelementowej skali well-being: W jakim

stopniu jest Pan/Pani zadowolony/a z następujących spraw – stan zdrowia?, na które respondenci odpowiadali wybierając jedną z możliwości znajdujących się w nagłówku Tabeli I. Tabela ta prezentuje procentowe rozkłady odpowiedzi na powyższe pytanie.

TABELA I. OGÓLNA OCENA WŁASNEGO STANU ZDROWIA (2002–2021)

ROK BADANIA	ZDECYDOWANIE ZADOWOLONY	RACZEJ ZADOWOLONY	ANI ZADOWOLONY ANI NIE	RACZEJ NIE ZADOWOLONY	ZDECYDOWANIE NIE ZADOWOLONY
	5	4	3	2	1
2002	22,5	45,5	11,1	13,1	7,8
2003	19,1	44,9	18,4	13,0	4,6
2004	13,7	43,4	18,6	10,9	3,4
2006	14,0	53,8	18,4	10,1	3,8
2008	19,7	47,6	14,5	12,2	5,9
2010	21,6	48,3	13,3	11,5	5,2
2018	23,8	48,0	13,7	10,3	4,2
2021	21,7	41,2	16,2	14,3	6,7

W jakim stopniu jest P. zadowolony z następujących spraw – stan zdrowia?

Najbardziej wyrazistym wskaźnikiem subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia jako wymiaru well-being są deklaracje uzyskiwane w odpowiedzi na ogólne pytanie o poziom zadowolenia z własnej sytuacji zdrowotnej. W ostatnich badaniach zrealizowanych na przełomie lat 2020 i 2021 nieco ponad 1/5 badanych zadeklarowała bardzo wysokie zadowolenie z aktualnego stanu zdrowia, a ponad 2/5 uznało obecny stan za zadowalający, co w sumie daje łącznie niemal 62,9% wyborów pozytywnych. Równocześnie ponad 1/20 określiło swoje zadowolenia ze stanu zdrowia jako bardzo niskie a 1/7 jako umiarkowanie niskie, co łącznie daje 21,0% ocen negatywnych. Ocena netto, czyli różnica pomiędzy ocenami pozytywnymi a negatywnymi wynosi 41,9%. Jest to jeden z najniższych poziomów zadowolenia z własnego stanu zdrowia zarejestrowany w trakcie całego programu badawczego. Odsetek pozytywnych ocen, osobistej oceny własnego stanu zdrowia, rejestrowany w kolejnych badaniach był zasadniczo stabilny, z niewielkim trendem wzrostowym, w kolejnych pomiarach (od 57,1% do 71,8%). Odpowiednio odsetek ocen negatywnych charakteryzował się niewielkim trendem spadkowym (od 20,9% do 14,5%). Średnia ocena własnego stanu zdrowia wahała się w kolejnych badaniach od 3,61 (ocena dobra) do 3,77 (ocena bardzo dobra). Monitoring wskaźnika pozwala na prognozowanie pozytywnych trendów także w przyszłości. Ostatnie badania były swoistym przełomem w tym zakresie. Średnia ocena stanu zdrowia mieszkańców Poznania była najniższa ze wszystkich dotychczas zarejestrowanych i wyniosła 3,57, ale w przyjętym sposobie opisu oznacza ocenę dobrą. Głównym czynnikiem, który spowodował załamanie się trendu wzrostowego było wystąpienie pandemii COVID-19 - badania rozpoczęły się w trakcie jesiennej fali zachorowań, a skończyły się w trakcie fali wiosennej.



TABELA II. ZMIANY OGÓLNEJ OCENY STANU ZDROWIA (2002–2021)

ROK BADANIA	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO (5+4)-(2+1)	ŚREDNIA
2002	68,0	20,9	47,2	3,62
2003	64,0	17,5	46,5	3,61
2004	57,1	14,3	42,8	3,63
2006	67,8	13,9	53,9	3,64
2008	67,3	18,1	49,2	3,63
2010	69,9	16,7	53,2	3,70
2018	71,8	14,5	57,3	3,77
2021	62,9	21,0	41,9	3,57

PROGNOZA WŁASNEGO STANU ZDROWIA

Opis poziomu zadowolenia ze stanu własnego zdrowia są w programie „Wskaźniki jakości życia mieszkańców Poznania” uzupełnione o charakterystykę wyobrażeń na temat własnych prognoz w tym zakresie. Służący temu wskaźnik „Prognoza własnego stanu zdrowia” został oparty na pytaniu zawartym w standaryzowanym kwestionariuszu wywiadu, które weszło

w skład dziesięcioelementowej skali Well-being: Czy Pani/Pana zdaniem w następnych 5 latach poprawią się, pozostaną bez zmian, czy pogorszą następujące sprawy – stan zdrowia?, na które respondenci odpowiadali wybierając jedną z możliwości znajdujących się w nagłówku Tabeli III. Tabela ta prezentuje procentowe rozkłady odpowiedzi na powyższe pytanie.

TABELA III. PROGNOZA WŁASNEGO STANU ZDROWIA – (2002–2021)

ROK BADANIA	ZDECYDOWANIE SIĘ POPRAWI	RACZEJ SIĘ POPRAWI	ANI TAK ANI NIE	RACZEJ SIĘ POGORSZY	ZDECYDOWANIE SIĘ POGORSZY
	5	4	3	2	1
2002	-	-	-	-	-
2003	8,7	28,8	45,2	13,7	3,7
2004	5,7	37,8	39,8	12,5	4,2
2006	3,7	16,5	57,1	20,6	2,1
2008	1,3	10,5	65,7	21,6	0,9
2010	2,2	11,5	65,4	19,6	1,3
2018	1,8	11,0	68,7	17,9	0,7
2021	1,3	7,4	64,6	25,3	1,4

Czy P. zdaniem w następnych 5 latach poprawią się, pozostaną bez zmian, czy pogorszą następujące sprawy – stan zdrowia?

Uzyskane wyniki dotyczące oceny własnego stanu zdrowia w badaniach uzupełniano wskaźnikami dotyczącymi przewidywanych zmian w stanie zdrowia w ciągu kilku najbliższych lat.

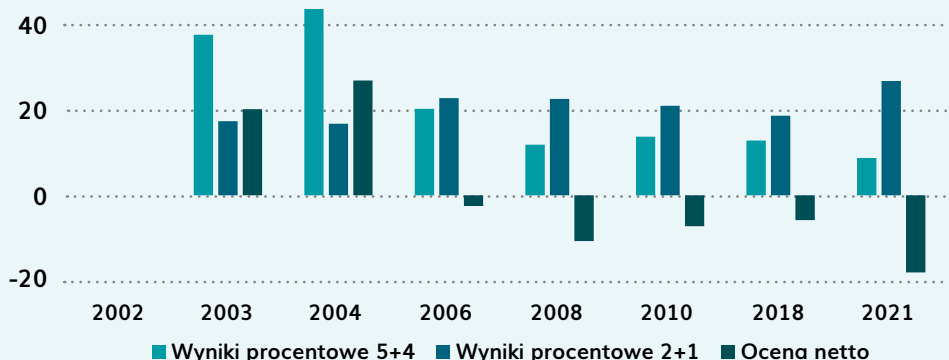
W pierwszych latach badań monitorujących zarejestrowano najwyższe wskaźniki prognoz optymistycznych. W roku 2003 8,7% respondentów przewidywało zdecydowaną poprawę własnego stanu zdrowia, a 28,8% poprawę umiarkowaną, co w rezultacie dawało 37,4% przewidywań optymistycznych.

Towarzyszyło im 17,4% przewidywań pesymistycznych, co dawało prognozom optymistycznym przewagę 20,1 p.p. Odpowiednio w roku 2004 odsetek respondentów przewidujących zdecydowaną poprawę własnego stanu zdrowia wyniósł 5,7%, a poprawę umiarkowaną 37,8%, co w rezultacie dawało 43,5% przewidywań optymistycznych. Towarzyszyło

im 16,7% przewidywań pesymistycznych, co dawało prognozom optymistycznym przewagę 26,8 p.p.

W kolejnych badaniach rejestrowano wyraźny trend spadkowy odsetka respondentów prognozujących poprawę swojego stanu zdrowia. Najniższy wskaźnik zarejestrowano w badaniu ostatnim, zrealizowanym w latach 2020–2021. W badaniu tym odsetek respondentów przewidujących zdecydowaną poprawę własnego stanu zdrowia wyniósł jedynie 1,3%, a poprawę umiarkowaną przewidywało 7,4% badanych, co w rezultacie dawało 8,7% przewidywań optymistycznych. Towarzyszyło im 26,78% przewidywań pesymistycznych (najwyższy wskaźnik prognoz pesymistycznych zarejestrowanych w trakcie badań), co łącznie wskazuje prognozom pesymistycznym przewagę 18,0 p.p. Wykres I. ilustruje zasadniczy kierunek zmiany prognoz odnoszących się do własnego zdrowia.

WYKRES I. ZMIANY OGÓLNYCH PROGNOZ WŁASNEGO STANU ZDROWIA (2002–2021)



Czy P. zdaniem w następnych 5 latach poprawią się, pozostaną bez zmian, czy pogorszą następujące sprawy – stan zdrowia 2002–2021

Dane w %

■ Wyniki procentowe 5+4 ■ Wyniki procentowe 2+1 ■ Ocena netto

TABELA IV. ZMIANY PROGNOZ WŁASNEGO STANU ZDROWIA – (2002–2021)

ROK BADANIA	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO (5+4)-(2+1)	ŚREDNIA
2002	-	-	-	-
2003	37,5	17,4	20,1	3,25
2004	43,5	16,7	26,8	3,28
2006	20,2	22,7	-2,5	2,99
2008	11,8	22,5	-10,7	2,90
2010	13,7	20,9	-7,2	2,94
2018	12,8	18,6	-5,8	2,95
2021	8,7	26,7	-18	2,82

Czy P. zdaniem w następnych 5 latach poprawią się, pozostaną bez zmian, czy pogorszą następujące sprawy – stan zdrowia?

OCENA WPŁYWU WŁASNEGO STANU ZDROWIA NA AKTYWNOŚĆ W ŻYCIU CODZIENNYM

Wskaźnik „Ocena wpływu własnego stanu zdrowia na aktywność w życiu codziennym” oparty został na skali skonstruowanej z zastosowaniem pięciu pytań zawartych w standaryzowanym kwestionariuszu wywiadu: Czy w ostatnich 30 dniach zdarzyło

się, że problemy ze zdrowiem lub złe samopoczucie zakłócały...? Lista pięciu form aktywności potencjalnie zaburzanych przez zły stan zdrowia znajduje się w Tabeli V., zawiera ona odsetki odpowiedzi „Tak” wybrane przez respondentów.

TABELA V. ZMIANY OCENY WPŁYWU WŁASNEGO STANU ZDROWIA NA AKTYWNOŚĆ W ŻYCIU CODZIENNYM (2002–2021)

ROK BADANIA	WYKONYWANIE OBOWIĄZKÓW ZAWODOWYCH, SZKOLNYCH	NORMALNE FUNKCJONOWANIE Z NAJBLIŻSZĄ RODZINĄ	KONTAKTY Z INNYMI OSOBAMI: PRZYJACIELE, ZNAJOMI	WYKONYWANIE WAŻNEJ DZIAŁALNOŚCI: HOBBY, CZAS WOLNY	KONTROLA NAD WAŻNYMI SPRAWAMI WŁASNEGO ŻYCIA
2002	27,9	17,0	18,2	18,6	10,1
2003	21,9	14,1	13,7	17,4	12,0
2004	19,0	12,2	15,1	14,3	6,7
2006	18,8	12,4	13,1	13,6	8,0
2008	20,4	9,1	11,3	12,9	6,5
2010	16,7	9,2	10,3	13,5	5,0
2018	17,3	10,3	11,3	14,4	5,9
2021	30,9	25,6	25,6	26,2	17,5

Czy w ostatnich 30 dniach zdarzyło się, że problemy ze zdrowiem lub złe samopoczucie zakłócały...?

Ten element badania „Wskaźniki jakości życia mieszkańców Poznania” miał na celu próbę scharakteryzowania wpływu stanu zdrowia respondentów na te formy aktywności, które we wstępnych badaniach jakościowych, poprzedzających konstrukcję programu „Jakość życia mieszkańców Poznania” uznali oni za szczególnie istotne dla jakości swojego życia.

Pierwsza z form aktywności: „Wykonywanie obowiązków zawodowych, szkolnych lub domowych” była zakłócana w życiu codziennym 1/5 spośród respondentów. Dwa badania odbiegają pod tym względem zasadniczo od pozostałych: w badaniach pierwszych z roku 2002 27,9% respondentów zadeklarowało występowanie tego ograniczenia w ich codziennym życiu, a w badaniu ostatnim (2020–2021) odsetek ten osiągnął niemal 1/3 wszystkich wypowiedzi.

Druga z form aktywności: „Normalne funkcjonowanie z najbliższymi osobami (małżonek, dzieci)”, zakłócane było w życiu codziennym 1/10 osób poddanych badaniu. Trzy badania odbiegają pod tym względem zasadniczo od pozostałych: w badaniach pierwszych z roku 2002 i drugich z roku 2004 odpowiednio 18,2% i 15,1% respondentów zadeklarowało występowanie tego ograniczenia w ich codziennym życiu. Natomiast w badaniu ostatnim (2020–2021) odsetek ten przekroczył 1/4 wszystkich wypowiedzi.

Trzecia z form aktywności: „Kontakty z innymi bliskimi osobami (wizyty u przyjaciół i znajomych)”, także zakłócane było w życiu codziennym 1/10 osób poddanych badaniu. Ponownie trzy badania odbiegają pod tym względem zasadniczo od pozostałych: w badaniach pierwszych z roku 2002 i drugich z roku 2003 odpowiednio 17,0% i 14,1% respondentów zadeklarowało występowanie tego ograniczenia w ich codziennym życiu, a w badaniu ostatnim (2020–2021) odsetek ten także przekroczył 1/4 wszystkich wypowiedzi.

Czwarta z form aktywności: „Wykonywanie innych ważnych zajęć (hobby, spędzanie wolnego czasu)”, także zakłócane było w życiu codziennym w przypadkach kilkunastu procent osób poddanych badaniu. Tylko w badaniu ostatnim (2020–2021) odsetek ten przekroczył 1/4 u wszystkich ankietowanych.

Piąta z form aktywności: „Kontrola nad ważnymi sprawami życiowymi”, opisana w pierwszych badaniach, zakłócana była w życiu codziennym 1/10 osób poddanych badaniu. W następnych poziomach wykazywał wyraźny trend spadkowy do poziomu 1/20 odsetka respondentów. Jednak w badaniu ostatnim (2020–2021) zarejestrowano znaczący wzrost tego odsetka, ponieważ zbliżył się on do 1/5.

OCENA WŁASNEGO STANU PSYCHOFIZYCZNEGO

Stan psychofizyczny został w badaniach wstępnych poprzedzających konstrukcję programu uznany za jeden z kluczowych aspektów stanu zdrowia istotnego dla indywidualnej jakości życia. Wskaźnik ten, określony jako: „Ocena własnego stanu psychofizycznego” oparty został na skali skonstruowanej z zastosowaniem pięciu

pytań zawartych w standaryzowanym kwestionariuszu wywiadu: Jak często w ostatnich 12 miesiącach zdarzało się, że...? Lista pięciu wymiarów stanu psychofizycznego znajduje się w Tabeli VI, wraz z możliwymi odpowiedziami, które deklarowali respondenci. Tabela ta prezentuje procentowe rozkłady odpowiedzi na to pytanie.

TABELA VI OCENA WŁASNEGO STANU PSYCHOFIZYCZNEGO (2020–2021)

	CODZIENNIE LUB PRAWIE CODZIENNIE	2–3 RAZY W TYGODNIU	4–6 RAZY W MIESIĄCU	KILKA RAZY W ROKU	WCAŁE	CZĘSTO	RZADKO LUB WCAŁE
	5	4	3	2	1	5+4+3	2+1
1. BYŁ FIZYCZNIE WYCZERPANY, POZBAWIONY ENERGII	6,9	18,4	23,5	34,3	17,0	48,8	51,3
2. ODCZUWAŁ DOŁĘGLIWOŚĆ BÓŁÓW	8,4	14,3	27,3	37,9	13,2	50,0	51,1
3. BYŁ PRZYGNEBIONY, POZBAWIONY CHĘCI DO ŻYCIA	2,2	5,8	17,9	34,3	39,9	25,9	74,2
4. BYŁ SILNIE LUB DŁUGO ZDENERWOWANY	2,9	9,7	22,6	38,6	26,2	35,2	64,8
5. BYŁ W STRESIE, PSYCHICZNIE WYCZERPANY	2,3	8,1	16,1	38,3	35,2	26,5	73,5

Jak często w ostatnich 12 miesiącach zdarzało się, że...?

Zestaw pięciu wymiarów indywidualnego samopoczucia ustalony został w trakcie wstępnych badań jakościowych, poprzedzających konstrukcję programu „Jakość życia mieszkańców Poznania”, w trakcie których uznano je za szczególnie istotne dla jakości życia. Na wstępie właściwe wydaje się dokonanie oceny stanu psychofizycznego zarejestrowanego w najnowszym badaniu (2020–2021). Należy zaznaczyć, że w tym cyklu badań odsetek respondentów deklaruujących występowanie problemów w ich codziennym życiu był szczególnie wysoki. Niemal połowa badanych wskazała na podstawie codziennych doświadczeń, iż „byli fizycznie wyczerpani i pozbawieni energii” (48,4%) oraz że „odczuwali dolegliwości bólowe” (50,0). Ponad 1/3 respondentów uznała, iż „była

silnie lub długo zdenerwowana” (35,2%), a około 1/4 iż „była przygnębiona i pozbawiona chęci do życia” (25,9%) lub/i „była w stresie, psychicznie wyczerpana”. Jak dużym obciążeniem dla samopoczucia mieszkańców Poznania jest czas pandemii COVID-19, pokazuje porównanie tej tabeli do danych pochodzących z badań przeprowadzonych w latach 2002–2018. Opinie dotyczące występowania problemów związanych z pierwszym wymiarem samopoczucia: „Był fizycznie wyczerpany i pozbawiony energii” wahały się w kolejnych badaniach od 23,2% do 35,1%. Dopiero w ostatnich dwóch cyklach pomiarowych wskaźnik ten zbliżył się do 1/2 wszystkich respondentów (48,8% w roku 2018 i 43,7% w roku 2021). Szczegółowe wyniki porównawcze zawiera Tabela VII.

TABELA VII. OCENA WŁASNEGO STANU PSYCHOFIZYCZNEGO (2002–2020)

ROK BADANIA	BYŁ FIZYCZNIE WYCZERPANY, POZBAWIONY ENERGII						
	CODZIENNIE LUB PRAWIE	2–3 RAZY W TYGODNIU	4–6 RAZY W MIESIĄCU	KILKA RAZY W ROKU	WCAŁE	CZĘSTO	RZADKO LUB WCAŁE
2002	3,8	9,9	20,5	49,8	16,0	34,2	65,8
2003	4,5	8,3	10,4	47,7	29,0	23,2	76,7
2004	3,7	12,1	17,8	41,4	25,1	33,6	66,5
2006	3,8	6,2	17,1	44,3	28,6	27,1	72,9
2008	3,9	10,9	20,3	43,9	21,0	35,1	64,9
2010	5,4	16,4	21,1	36,6	20,5	42,9	57,1
2018	6,9	18,4	23,5	34,3	17,0	48,8	51,3
2021	5,8	16,9	21,0	35,3	21,0	43,7	56,3

Jak często w ostatnich 12 miesiącach zdarzało się, że?

Opinie dotyczące drugiego wymiaru samopoczucia „Odczuwał dolegliwości bólowe” wskazują na występowanie tej dolegliwości u 1/4 do 1/3 respondentów. Znaczący wzrost poziomu deklarowanych dolegliwości

uległ wyraźnemu podwyższeniu w ostatnich trzech pomiarach i wyniósł odpowiednio: w 2010 – 45,9%, w 2018 – 46,7%, a w 2021 osiągnął 50,0%. Szczegółowe wyniki porównawcze zawiera Tabela VIII.

TABELA VIII. OCENA WŁASNEGO STANU PSYCHOFIZYCZNEGO (2002–2020)

ROK BADANIA	ODCZUWAŁ DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE						
	CODZIENNIE LUB PRAWIE	2–3 RAZY W TYGODNIU	4–6 RAZY W MIESIĄCU	KILKA RAZY W ROKU	WCAŁE	CZĘSTO	RZADKO LUB WCAŁE
2002	5,6	11,1	20,8	47,4	15,2	37,5	62,6
2003	4,7	9,7	12,3	46,1	27,1	26,7	73,2
2004	3,9	9,0	17,4	48,0	21,7	30,3	69,7
2006	6,2	7,4	15,4	41,9	29,2	29,0	71,1
2008	7,9	7,0	21,9	42,9	20,3	36,8	63,2
2010	5,9	12,6	27,4	39,5	14,6	45,9	54,1
2018	5,9	13,3	27,5	38,7	14,6	46,7	53,3
2021	8,4	14,3	27,3	37,9	13,2	50,0	51,1

Jak często w ostatnich 12 miesiącach zdarzało się, że?

Opinie i doświadczenia dotyczące trzeciego wymiaru samopoczucia „Był przygnębiony i pozbawiony chęci do życia” wskazują na występowanie tej dolegliwości u od 14,2% do 21,4%. Tylko dwukrotnie tę dolegliwość

u siebie stwierdziło około ¼ respondentów: w roku 2004 – 24,1% oraz w najnowszym badaniu – 25,9%. Szczegółowe wyniki porównawcze zawiera Tabela IX.

TABELA IX. OCENA WŁASNEGO STANU PSYCHOFIZYCZNEGO (2002–2020)

ROK BADANIA	BYŁ PRZYGNĘBIONY, POZBAWIONY CHĘCI DO ŻYCIA						
	CODZIENNIE LUB PRAWIE	2–3 RAZY W TYGODNIU	4–6 RAZY W MIESIĄCU	KILKA RAZY W ROKU	WCAŁE	CZĘSTO	RZADKO LUB WCAŁE
2002	2,0	7,0	12,3	41,0	36,9	21,3	77,9
2003	3,0	4,0	7,5	31,3	54,3	14,5	85,6
2004	1,8	8,1	14,2	35,3	40,6	24,1	75,9
2006	1,7	4,8	7,7	32,0	53,8	14,2	85,8
2008	1,6	4,1	11,7	40,0	42,5	17,4	82,5
2010	1,6	5,2	14,4	35,3	43,4	21,2	78,7
2018	1,6	5,9	14,6	35,3	46,2	22,1	81,5
2021	2,2	5,8	17,9	34,3	39,9	25,9	74,2

Jak często w ostatnich 12 miesiącach zdarzało się, że?

Opinie i doświadczenia dotyczące trzeciego wymiaru samopoczucia „Był silnie lub długo zdenerwowany” wskazują na występowanie tej dolegliwości u od 17,6% do 31,5%. Tylko jeden raz tę dolegliwość

u siebie stwierdziło więcej niż 1/3 respondentów, w najnowszym badaniu – 35,2%. Szczegółowe wyniki porównawcze zawiera Tabela X.

TABELA X. OCENA WŁASNEGO STANU PSYCHOFIZYCZNEGO (2002–2020)

ROK BADANIA	BYŁ SILNIE LUB DŁUGO ZDENERWOWANY						
	CODZIENNIE LUB PRAWIE	2–3 RAZY W TYGODNIU	4–6 RAZY W MIESIĄCU	KILKA RAZY W ROKU	WCAŁE	CZĘSTO	RZADKO LUB WCAŁE
2002	2,6	8,3	16,5	46,0	26,6	27,4	72,6
2003	5,0	4,9	7,7	32,3	50,1	17,6	82,4
2004	2,1	5,1	16,3	35,1	41,3	23,5	76,4
2006	2,2	5,3	20,2	37,2	35,0	27,7	72,2
2008	2,3	5,9	12,7	46,3	32,7	20,9	79
2010	2,7	7,9	20,2	39,8	29,4	30,8	69,2
2018	2,7	8,5	20,3	39,4	29,1	31,5	68,5
2021	2,9	9,7	22,6	38,6	26,2	35,2	64,8

Jak często w ostatnich 12 miesiącach zdarzało się, że?

Opinie i doświadczenia dotyczące trzeciego wymiaru samopoczucia „Był w stresie, fizycznie wyczerpany” wskazują na występowanie tej dolegliwości u od 13,6% do 23,6%. Także w przypadku tej dolegliwości

najwyższy odsetek uskarżających się na nią zarejestrowano w najnowszym badaniu – 22,7%. Szczegółowe wyniki porównawcze zawiera Tabela XI.

TABELA XI. OCENA WŁASNEGO STANU PSYCHOFIZYCZNEGO (2002–2020)

ROK BADANIA	BYŁ W STRESIE, FIZYCZNIE WYCZERPANY						
	CODZIENNIE LUB PRAWIE	2–3 RAZY W TYGODNIU	4–6 RAZY W MIESIĄCU	KILKA RAZY W ROKU	WCAŁE	CZĘSTO	RZADKO LUB WCAŁE
2002	2,2	4,8	8,6	34,9	49,5	15,6	84,4
2003	3,7	4,5	5,4	26,6	59,8	13,6	86,4
2004	2,0	4,2	9,9	31,3	52,6	16,1	83,9
2006	1,7	4,6	14,6	30,2	48,9	20,9	79,1
2008	1,4	4,5	10,0	38,2	45,9	15,9	84,1
2010	1,8	6,7	14,2	37,8	39,5	22,7	77,3
2018	1,8	7,4	14,4	37,8	38,7	23,6	76,5
2021	2,3	8,1	16,1	38,3	35,2	26,5	73,5

Jak często w ostatnich 12 miesiącach zdarzało się, że?

OCENA MOŻLIWOŚCI ZASPOKOJENIA POTRZEB ZDROWOTNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Wskaźnik „Ocena możliwości zaspokojenia potrzeb w ramach ubezpieczenia zdrowotnego” oparty został na trzech zestawach pytań, których celem było: a) określenie możliwości korzystania z usług służby zdrowia w ramach ogólnej oceny funkcjonowania miasta, b) określenie dostępności wybranych usług medycznych

w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, c) ocena jakości wybranych usług medycznych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Kolejne podrozdziały zawierają prezentację wyników uzyskanych w badaniach surveyowych.

OCENA OGÓLNEJ MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG SŁUŻBY ZDROWIA

Wskaźnik „Ocena ogólnej możliwości korzystania z usług służby zdrowia” został oparty na pytaniu zawartym w standaryzowanym kwestionariuszu wywiadu, które weszło w skład dziesięcioelementowej skali Ocena funkcjonowania miasta: Jak Pan/Pani ocenia

Poznań z punktu widzenia możliwości – korzystania z usług służby zdrowia?, na które respondenci odpowiadali wybierając jedną z możliwości znajdujących się w nagłówku Tabeli XII. Tabela ta prezentuje procentowe rozkłady odpowiedzi na powyższe pytanie.

TABELA XII. SPOŁECZNA OCENA DOSTĘPNOŚCI SŁUŻBY ZDROWIA (2002–2020)

ROK BADANIA	ZDECYDOWANIE ZADOWOLONY	RACZEJ ZADOWOLONY	ANI ZADOWOLONY ANI NIE	RACZEJ NIE ZADOWOLONY	ZDECYDOWANIE NIE ZADOWOLONY
	5	4	3	2	1
2002	4,2	39,1	33,4	18,4	5,0
2003	5,8	41,7	32,9	14,0	5,6
2004	2,9	48,0	29,0	14,5	5,5
2006	2,6	31,1	37,9	21,0	7,4
2008	4,5	33,5	32,0	21,8	8,3
2010	5,2	32,2	36,5	19,2	6,8
2018	7,4	32,2	30,3	22,1	8,1
2021	6,0	27,8	34,5	20,2	11,6

Jak Pan/i ocenia Poznań z punktu widzenia możliwości – korzystania z usług służby zdrowia?

Dane zgromadzone w kolejnych pomiarach pokazują opinie mieszkańców o funkcjonowaniu miasta na tle innych kluczowych funkcji spełnianych przez miasto. We wszystkich kolejnych badaniach oceny mieszkańców odnoszące się do tego aspektu funkcjonowania miasta są zasadniczo stabilne i skupione wokół wyników stwierdzonych w początkowych badaniach. W pierwszych trzech badaniach zarejestrowano najwyższe wskaźniki ocen działalności służby zdrowia w mieście.

- W roku 2002 4,2% respondentów wyraziło bardzo wysokie zadowolenie z funkcjonowania służby zdrowia w mieście, a 39,1% zadowolenie umiarkowane, co w rezultacie dawało 43,2% ocen pozytywnych. Towarzyszyło im 23,4% ocen krytycznych i bardzo krytycznych, co oznacza przewagę ocen pozytywnych w wysokości 19,1 p.p.
- W roku 2003 5,8% respondentów wyraziło bardzo wysokie zadowolenie z funkcjonowania służby zdrowia w mieście, a 41,7% zadowolenie umiarkowane, co w rezultacie dawało 47,5% ocen pozytywnych. Towarzyszyło im 19,6% ocen krytycznych i bardzo krytycznych, co oznacza przewagę ocen pozytywnych w wysokości 27,8 p.p.
- W roku 2004 odsetek respondentów wyrażających bardzo wysokie zadowolenie z funkcjonowania służby zdrowia spadł do poziomu 2,9%, ale odsetek respondentów wyrażających zadowolenie umiarkowane wzrósł do 48,0%, co w rezultacie dawało 50,9% ocen pozytywnych. Ponieważ równocześnie zarejestrowano 20,0% ocen krytycznych i bardzo krytycznych, w rezultacie przewaga ocen pozytywnych wyniosła 30,9 p.p.

W kolejnych latach analogiczne oceny uległy istotnemu pogorszeniu, co jest dobrze ilustrowane przez zarejestrowaną przewagę ocen pozytywnych nad negatywnymi, która wynosiła już tylko od 11,3 p.p. do 5,2 p.p.

Zdecydowanie najniższą ocenę zarejestrowano w ostatnich badaniach (2020–2021), gdy odsetki ocen pozytywnych i negatywnych były bardzo zbliżone, a przewaga ocen pozytywnych nad negatywnymi wyniosła tylko 2,0 p.p.

Ten wyraźny trend spadkowy poziomu ocen funkcjonowania miasta w zakresie usług zdrowotnych trafnie ilustrują średnie rozkłady ocen zawarte w Tabeli XIII. W pierwszych cyklach badań średnia dwukrotnie osiągała wartość 3,28 (ocena umiarkowanie dobra), by w kolejnych badaniach oscylować wokół wartości 3,0 (ocena przeciętna), a następnie spaść poniżej tej wartości.

TABELA XIII. ZMIANY SPOŁECZNYCH OCEN DOSTĘPNOŚCI SŁUŻBY ZDROWIA (2002–2020)

ROK BADANIA	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO (5+4)-(2+1)	ŚREDNIA
2002	43,2	23,4	19,9	3,19
2003	47,5	19,6	27,8	3,28
2004	50,9	20,0	30,9	3,28
2006	33,7	28,4	5,3	3,01
2008	38,0	30,1	7,9	3,04
2010	37,4	26,0	11,3	3,10
2018	39,6	30,2	9,5	3,09
2021	33,8	31,8	2,0	2,96

Jak Pan/i ocenia Poznań z punktu widzenia możliwości – korzystania z usług służby zdrowia?



SPOŁECZNA OCENA DOSTĘPNOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Szczegółową charakterystykę dostępności usług medycznych opisuje wskaźnik „Ocena dostępności usług medycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego”, który został oparty na skali skonstruowanej z zastosowaniem pięciu pytań zawartych w standaryzowanym kwestionariuszu wywiadu: Czy w ramach ubezpie-

czenia zdrowotnego mogę/otrzymam...? Lista pięciu wybranych usług medycznych znajduje się w Tabeli XIV., wraz z zestawem możliwych odpowiedzi, spośród których respondenci dokonywali wyboru. Tabela ta prezentuje procentowe rozkłady odpowiedzi na to pytanie.

TABELA XIV. OCENA DOSTĘPNOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (2021)

	ZDECYDO- WANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDO- WANIE NIE	POZYTYW- NE 5+4	NEGA- TYWNE 2+1	OCENA NETTO (5+4) -(2+1)	ŚREDNIA
	5	4	3	2	1				
1. Mogę zaspokoić swoje potrzeby zdrowotne	3,2	33,3	13,7	33,1	16,7	36,5	49,8	-13,3	2,55
2. Otrzymam odpowiednią pomoc medyczną w nocy	5,0	38,8	29,9	20,9	5,4	43,8	26,3	17,5	2,90
3. Uzyskam odpowiednią pomoc lekarza specjalisty	3,6	33,6	23,2	30,0	9,5	40,2	39,5	0,7	2,64
4. Mogę wybrać szpital, w którym będę leczony	4,7	30,4	32,9	24,8	7,2	35,1	31,9	3,2	2,66
5. Uzyskam niezbędne badania laboratoryjne i diagnostyczne	6,3	42,4	20,7	23,2	7,4	48,7	30,6	18,1	2,89

Czy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego mogę/otrzymam...

Tabele XV. do XVII. prezentują szczegółowe dane dotyczące przekonań respondentów o dostępności usług medycznych w ramach ubezpieczenia społecznego.

TABELA XV. OCENA DOSTĘPNOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (2002–2021)

Rok badania	MOGĘ ZASPOKOIĆ SWOJE POTRZEBY ZDROWOTNE				OTRZYMAM ODPOWIEDNIĄ POMOC MEDYCZNĄ W NOCY			
	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA
2002	35,9	46,7	-10,8	2,77	47,1	22,9	24,2	3,21
2003	48,7	32,5	16,2	3,08	51,4	14,2	37,2	3,40
2004	27,8	40,3	-12,5	2,76	27,6	28,5	-0,9	2,94
2006	44,7	35,9	8,8	3,03	49,9	18,2	31,6	3,32
2008	37,9	44,7	-6,8	3,20	42,6	23,0	19,6	2,91
2010	35,1	50,1	-15,0	2,71	41,5	27,0	14,5	3,13
2018	37,6	52,3	-14,7	2,72	46,2	29,5	16,7	3,15
2021	36,5	49,8	-13,3	2,55	43,8	26,3	17,5	2,90

Czy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego mogę/otrzymam ...?:

TABELA XVI. OCENA DOSTĘPNOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (2002 – 2021)

Rok badania	UZYSKAM ODPOWIEDNIĄ POMOC LEKARZA SPECJALISTY				MOGĘ WYBRAĆ SZPITAL, W KTÓRYM BĘDĘ LECZONY			
	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA
2002	43,9	29,3	14,6	3,09	49,0	20,8	28,2	3,31
2003	51,1	18,2	32,9	3,33	47,2	14,5	32,7	3,35
2004	29,7	32,0	-2,3	2,93	30,3	23,6	6,7	3,05
2006	43,4	28,7	14,6	3,14	40,6	22,7	17,8	3,17
2008	37,3	38,3	-1,0	2,99	33,1	30,4	2,7	3,14
2010	35,6	41,4	-5,8	2,87	33,3	33,5	-0,2	2,96
2018	38,2	41,6	-3,4	2,90	37,2	34,0	3,2	3,00
2021	40,2	39,5	0,7	2,64	35,1	31,9	3,2	2,66

Czy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego mogę/otrzymam ...?:

TABELA XVII. OCENA DOSTĘPNOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (2002–2021)

Czy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego mogę/otrzymam ...?:

Rok badania	UZYSKAM NIEZBĘDNE BADANIA LABORATORYJNE I DIAGNOSTYCZNE			
	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA
2002	49,6	26,9	22,7	3,20
2003	47,2	14,5	32,7	3,35
2004	34,6	26,0	8,6	3,04
2006	47,5	23,4	24,1	3,22
2008	48,1	31,1	17,0	3,20
2010	8,5	46,9	32,1	14,8
2018	49,5	32,0	17,5	3,15
2021	48,7	30,6	18,1	2,89

SPOŁECZNA OCENA JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH DOSTĘPNYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Wskaźnik „Społeczna ocena jakości usług medycznych dostępnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego” oparty został na skali skonstruowanej z zastosowaniem pięciu pytań zawartych w standaryzowanym kwestionariuszu wywiadu: Jak ocenia Pan/Pani jakość usług medycznych, z których Pan/Pani korzy-

stał/a (w ostatnich 12 miesiącach)? Lista pięciu wybranych usług medycznych znajduje się w Tabeli XVIII., wraz z zestawem możliwych ocen, spośród których respondenci dokonywali wyboru. Tabela ta prezentuje procentowe rozkłady odpowiedzi na to pytanie.

TABELA XVIII. OCENA JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH (2021)

	BARDZO DOBRZE	RACZEJ DOBRZE	ANI DOBRZE ANI ŹŁE	RACZEJ ŹŁE	BARDZO ŹŁE	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO (5+4)-(2+1)	ŚREDNIA
	5	4	3	2	1				
1. Leczenie przez lekarza rodzinnego	0,0	26,7	50,6	16,5	6,2	26,7	22,7	4,0	2,98
2. Leczenie stomatologiczne	32,9	48,6	7,5	9,8	1,2	81,5	11,0	70,5	4,02
3. Leczenie przez lekarzy specjalistów	20,3	51,5	18,3	6,9	3,0	70,8	9,9	60,9	3,79
4. Leczenie szpitalne	18,8	36,2	20,3	13,8	10,9	55,0	24,7	30,3	3,38
5. Badania diagnostyczne, laboratoryjne	8,7	70,3	13,7	6,4	0,9	79,0	7,3	71,7	3,79

Jak ocenia Pan/Pani jakość usług medycznych, z których Pan/Pani korzystał/a (w ostatnich 12 miesiącach)?

Wyniki dla wskaźnika „Ocena jakości usług medycznych” były znacząco zróżnicowane w zależności od rodzaju usług medycznych. Najwyższe oceny uzyskały usługi stomatologiczne, które zostały ocenione bardzo pozytywnie i pozytywnie przez 81,% respondentów, co wyraziło się bardzo wysoką średnią na poziomie 4,02. Niżej, ale w dalszym ciągu bardzo dobrze

oceniono badania diagnostyczne i laboratoryjne: odsetek ocen pozytywnych wyniósł 79,0% (ze średnią na poziomie 3,79) oraz usługi lekarzy specjalistów: odsetek ocen pozytywnych wyniósł 70,8% (ze średnią na poziomie 3,79). Tabele XIX. do XXI. zawierają szczegółowe oceny jakości wszystkich kategorii usług poddanych badaniu.

TABELA XIX. OCENA JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH (2002–2021)

Rok badania	LECZENIE PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO				LECZENIE STOMATOLOGICZNE			
	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA
2002	79,4	7,0	72,3	4,00	69,9	17,2	52,7	3,70
2003	81,3	7,1	74,2	4,00	78,0	10,8	67,2	3,88
2004	74,9	8,8	66,1	3,90	74,2	17,9	56,2	3,73
2006	74,6	9,8	64,8	3,91	75,9	14,1	61,8	3,88
2008	76,9	7,3	69,6	3,99	76,3	8,2	69,1	3,95
2010	77,0	6,2	70,8	3,96	77,9	13,3	64,6	3,92
2018	77,0	6,2	70,8	3,96	77,9	13,3	64,6	3,92
2021	26,7	22,7	4,0	2,98	81,5	11,0	70,5	4,02

Jak ocenia Pan/Pani jakość usług medycznych, z których Pan/Pani korzystał/a (w ostatnich 12 miesiącach)?

TABELA XX. OCENA JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH (2002–2021)

Rok badania	LECZENIE PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW				LECZENIE SZPITALNE			
	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA
2002	74,6	10,3	64,3	3,86	69,5	12,4	57,1	3,84
2003	77,5	10,2	67,3	3,89	71,7	16,1	55,6	3,80
2004	64,2	14,7	49,5	3,61	65,0	16,9	48,1	3,61
2006	75,0	10,6	64,4	3,87	66,7	13,6	53,1	3,68
2008	71,0	13,9	57,1	3,75	75,0	11,7	63,3	3,90
2010	74,0	8,8	65,2	3,82	71,9	10,3	61,6	3,84
2018	74,0	8,8	65,2	3,82	71,9	10,3	61,6	3,84
2021	70,8	9,9	60,9	3,79	55,0	24,7	30,3	3,38

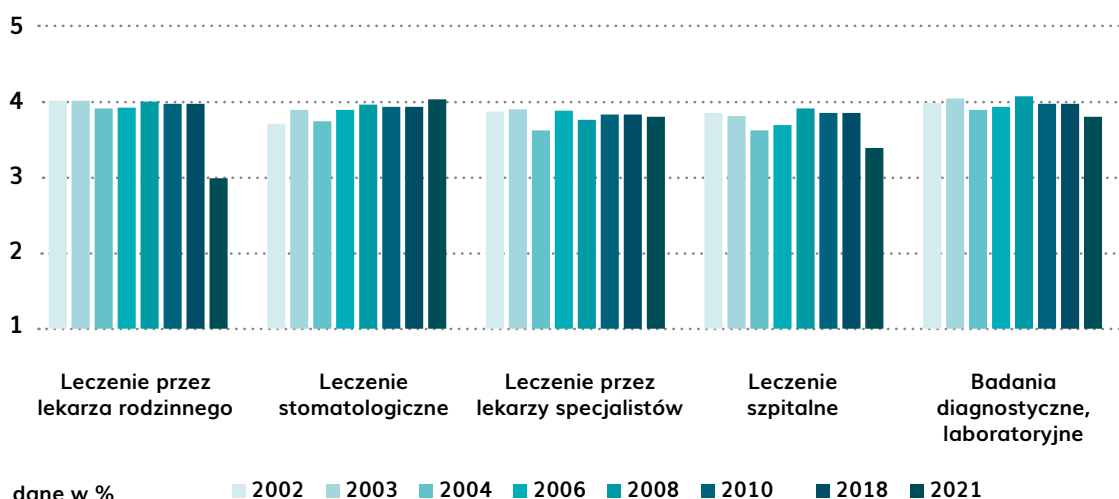
Jak ocenia Pan/Pani jakość usług medycznych, z których Pan/Pani korzystał/a (w ostatnich 12 miesiącach)?

TABELA XXI. OCENA JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH (2002–2021)

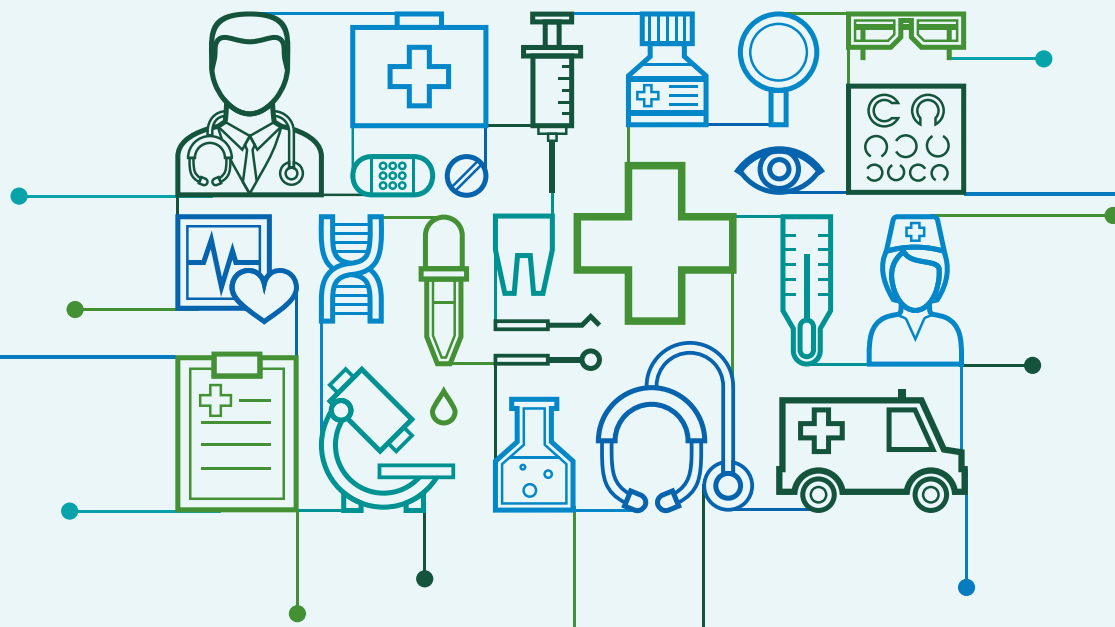
Jak ocenia Pan/Pani jakość usług medycznych, z których Pan/Pani korzysta/a (w ostatnich 12 miesiącach)?

Rok badania	BADANIA LABORATORYJNE I DIAGNOSTYCZNE			
	POZYTYWNE 5+4	NEGATYWNE 2+1	OCENA NETTO	ŚREDNIA
2002	81,2	16,8	64,4	3,97
2003	85,3	5,4	79,9	4,03
2004	1,6	77,3	5,8	71,5
2006	80,8	7,9	72,9	3,92
2008	84,5	4,5	80,0	4,06
2010	82,5	4,4	78,1	3,96
2018	82,5	4,4	78,1	3,96
2021	79,0	7,3	71,7	3,79

ANALIZA PORÓWNAWCZA SPOŁECZNYCH OCEN MOŻLIWOŚCI ZASPOKOJENIA POTRZEB ZDROWOTNYCH



Jak ocenia P. usługi medyczne, z których P. korzystał. Średnie 2002–2021



PYTANIA DO DYSKUSJI

Jaki zmiany w kondycji zdrowotnej mieszkańców Poznania nastąpiły w efekcie wystąpienia pandemii wirusa COVID-19?



Jakie są główne doświadczenia instytucji służby zdrowia wynikające z wystąpienia pandemii COVID-19? Jakie słabości, problemy, bariery w funkcjonowaniu służby zdrowia wystąpiły w związku z pandemią?



Jakie konsekwencje krótko- i długookresowe dla zdrowia mieszkańców Poznania będzie miała pandemia wirusa COVID-19?



Jakie najważniejsze konsekwencje wirusa COVID-19 powinny być strategicznymi wyzwaniami dla podniesienia dostępności, jakości i efektywności usług w zakresie służby zdrowia i jakie są najważniejsze kierunki zmian w zakresie usług podstawowych i specjalistycznych?



Czego nauczyły doświadczenia związane z pandemią wirusa COVID-19: personel medyczny w szpitalach, personel zarządzający szpitalami, personel kierowniczy w instytucjach administracji samorządowej i rządowej, uczelnie medyczne?



Jakie kierunki działania w modyfikujące i wzmacniające prozdrowotne style życia, sposoby spędzania wolnego czasu, wzorów zachowań powinny zostać zaproponowane mieszkańcom Poznania?



LITERATURA

- Cau, Boaventura M., Joana Falcão, Carlos Arnaldo. Determinants of poor self-rated health among adults in urban Mozambique. *BMC Public Health* 16/856 (2016).
- Cella, David F. Quality of Life: Concepts and Definition. *Journal of Pain and Symptom Management* 9/3 (1994) 186–192.
- Cichocki R. (red.), Wskaźniki jakości życia mieszkańców Poznania, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2005
- Cichocki R., Jabkowski P., Jakość życia mieszkańców Poznania w świetle wyników badań z lat 2002–2013, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2018
- Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord.* 128/1-2 (2011) 24–32.
- Cummins, R.A. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research* volume 49/10 (2005) 699–706.
- Czepkiewicz, Michał. Analiza geoinformacyjna jakości życia mieszkańców Poznania a układ strukturalny zieleni miejskiej. 2017. Praca doktorska napisana w Zakładzie Geoinformacji pod kierunkiem promotora – prof. UAM dr hab. Zbigniew Zwoliński, kopromotor – prof. dr Piotr Jankowski.
- Czyżewska-Torba, Paulina, Maria Stachowska, Dorota Talarska, Stefan Justat, Marlena Szewczyczak. Stan zdrowia dorosłych mieszkańców województwa wielkopolskiego, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 60 r.ż. *Nowiny Lekarskie* 82/1 (2013) 3–8.
- Estwing Ferrans, Carol, Julie Johnson Zerwic, Jo Ellen Wilbur, Janet L. Larson. Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship* 37/4 (2005) 336–342.
- Felce David, Jonathan Perry. Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities.* 16/1 (1995) 51–74.
- Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA.* 272/8 (1994) 619–626.
- Gutiérrez C. Cano, A. Arciniegas Rubio, M. Germán Borda, R. Samper-Ternent, F. Gil Laverde, D. Londoño Trujillo. Perception of health-related quality of life using the EURO-QOL in older adults in Bogotá, Colombia. *European Geriatric Medicine* 7/4 (2016) 340–345.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 188/8 (1993) 622–629.
- Hays RD, Morales LS. The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Ann Med.* 33/5 (2001) 350–357.
- Iwanowicz, Eliza. Raport o stanie zdrowia poznaniaków z badania ankietowego w ramach projektu “HEPRO – Zbiór Narzędzi dla Profili Zdrowotnych”. 2007. Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Inicjatywy Wspólnotowej INTERREG IIIB BSR.
- Kaleta Dorota, Kinga Polańska, Elżbieta Dziańkowska-Zaborszczyk, Wojciech Hanke, Wojciech Drygas. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health* 17/3 (2009) 122–127.
- Kim, J. Effect of Subjective Health Perception and Mental Health Status on the Quality of Life in the Late Middle Age. *International Journal of Advanced Culture Technology* 8/2 (2020) 18–27.
- Muhajarine, N., Labonte, R., Williams, A. et al. Person, Perception, and Place: What Matters to Health and Quality of Life. *Soc Indic Res* 85 (2008) 53–80.
- Patrick, Donald L., Richard A. Deyo. Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of Life. *Medical Care* 27/3 (1989) 217–232.
- Pikhart, Hynek. Social and Psychosocial Determinants of Self-Rated Health in Central and Eastern Europe. 2002. Springer US.
- Prata J, Quelhas Martins A, Ramos S, Rocha-Gonçalves F, Coelho R. Gender differences in quality of life perception and cardiovascular risk in a community sample. *Rev Port Cardiol.* 35/3 (2016) 153–60.
- Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 2/2 (1993) 153–159.
- Trentini C, Wagner G, Chachamovich E, Figueiredo M, da Silva L, Hirakata V, Fleck M. Subjective perception of health in elderly inpatients. *Int J Psychol.* 47/4 (2012) 279–286.
- White SM, Wójcicki TR, McAuley E. Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. *Health Qual Life Outcomes.* 7/10 (2009).
- Wilson KA, Dowling AJ, Abdoell M, Tannock IF. Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. *Qual Life Res.* 9/9 (2000) 1041–1052.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w województwie wielkopolskim. Opracowanie diagnostyczne na potrzeby WRPO 2014+. 2014. Poznań.

WSPARCIE FINANSOWE



Sfinansowano przez Narodowy Instytut
Wolności - Centrum Rozwoju
Społeczeństwa Obywatelskiego
ze środków Programu Rozwoju
Organizacji Obywatelskich
na lata 2018 – 2030



PARTNERZY



PATRONI HONOROWI



Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Spraw Zagranicznych
Szymon Szynkowski vel Sęk



WOJEWODA WIELKOPOLSKI



PRZEWODNICZĄCY
RADY MIASTA POZNANIA
Grzegorz Ganowicz

PATRONI MEDIALNI



PARTNERZY DEBATY

