

Dział 3.KORZYSTANIE Z USŁUG MEDYCZNYCH

Stacjonarna opieka zdrowotna w okresie 01 I 2020 – 31 XII 2020

20. Czy w 2020 r. korzystał(-ła) Pan/Pani ze stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitalnej lub pozaszpitalnej)?	tak	1	→ pyt. 21
	nie	2	

Proszę o scharakteryzowanie każdego pobytu.

Numer pobytu	Rodzaj jednostki			Okres pobytu liczony w		Przyczyna pobytu	Wysokość wydatków w złotych											
	w ramach NFZ	w ramach DZZ ^{a)}	poza ubezpieczeniami	nocach (dla pobytów stacjonarnych)	dniach (dla pobytów dziennych)		1. poród 2. wypadek 3. choroba 4. obserwacja i diagnozowanie 5. rehabilitacja, w tym poszpitalna 6. operacja, pobyt pooperacyjny 7. kuracja leczenia uzdrowskiego 8. zapewnienie opieki pielęgnacyjnej 9. inne (np. komplikacje)	dobrowolna wpłata na rzecz szpitala (np. darowizna)	opłacone dyżury przy chorym	zakup leków lub innych wyrobów medycznych niezbędnych dla chorego	dla pobytów w sanatorium uzdrowskowym		na dowody wdzięczności (np. kwiaty, prezenty, nieformalne opłaty gotówkowe) dla:		na badania przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu lub innej jednostce stacjonarnej opieki zdrowotnej lub w związku z tym pobyt	innych wydatków związanych z pobytem w szpitalu (np. usługi ponadstandardowe)	osób nieubezpieczonych lub ubezpieczonych korzystających ze świadczeń nieopłaconych przez NFZ	ogółem
											kwota opłat obowiązkowych	kwota kosztów podróży	lekarzy	innego personelu medycznego				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

^{a)} Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty).

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne w IV kwartale 2020 r.

21. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w IV kwartale 2020 r.?	tak	1	→ pyt.26
	nie	2	

Proszę określić, ile razy korzystał(-ła) Pan/Pani w ciągu IV kwartału 2020 r. z wyszczególnionych poniżej usług i ile wyniosły związane z tym wydatki (w złotych).

Wyszczególnienie	Opieka zdrowotna			Razem	
	w ramach NFZ	w ramach DZZ ^{a)}	poza ubezpieczeniami		
0	1	2	3	4	5

22. Porady lekarskie i usługi pielęgniarstwa w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:

22.1 podstawowej opieki zdrowotnej	liczba porad	a					
	opłaty ^{b)}	b					
	inne wydatki ^{c)}	c					
22.2 specjalistycznej opieki zdrowotnej	liczba porad	a					
	opłaty ^{b)}	b					
	inne wydatki ^{c)}	c					
22.3.1 leczenie stomatologiczne zachowawcze	liczba porad	a					
	opłaty ^{b)}	b					
	inne wydatki ^{c)}	c					
22.3.2 leczenie stomatologiczne protetyczne	liczba porad	a					
	opłaty ^{b)}	b					
	inne wydatki ^{c)}	c					
22.3.3 leczenie stomatologiczne ortodontyczne	liczba porad	a					
	opłaty ^{b)}	b					
	inne wydatki ^{c)}	c					
22.4 pozostałe usługi ambulatoryjne	liczba porad	a					
	opłaty ^{b)}	b					
	inne wydatki ^{c)}	c					

23. Usługi lecznicze w domu pacjenta:

23.1 usługi opieki długoterminowej	liczba wizyt	a					
	opłaty ^{b)}	b					
	inne wydatki ^{c)}	c					
23.2 pozostałe usługi	liczba wizyt	a					
	opłaty ^{b)}	b					
	inne wydatki ^{c)}	c					

24. Usługi rehabilitacyjne:

24.1 rehabilitacja ambulatoryjna	opłaty ^{d)}					
24.2 rehabilitacja w domu pacjenta	opłaty ^{d)}					

25. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej:

25.1 badania laboratoryjne	opłaty ^{d)}					
25.2 diagnostyka obrazowa	opłaty ^{d)}					
25.3 usługi transportowe i ratownictwo medyczne	opłaty ^{d)}					
25.4 pozostałe usługi pomocnicze	opłaty ^{d)}					

^{a)} Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty). ^{b)} Wysokość opłat (w zł) za porady (wizyty) wymienione w wierszu „a”. W przypadku usług w ramach NFZ dotyczy ewentualnych dopłat do tych usług. ^{c)} Wysokość innych wydatków (w zł) – np. kwiaty, prezenty. ^{d)} Łączna wysokość opłat (w zł).

Badania diagnostyczne w 2020 r.

Pytania 26–30 nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacji.

26. Czy w ciągu 2020 r. wykonywał (-ła) Pan/Pani następujące badania laboratoryjne?	27. Jeśli Tak, to czy ostatnio wykonane badanie było finansowane w ramach:					
	Rodzaje badań laboratoryjnych	tak	nie	NFZ/ programu profilaktycznego	DZZ	środków własnych
1) morfologia	1	2	3	4	5	6
2) badanie ogólne moczu	1	2	3	4	5	6
3) badanie ogólne kału	1	2	3	4	5	6
4) cytologia	1	2	3	4	5	6
5) badania genetyczne	1	2	3	4	5	6
6) badanie poziomu PSA (badanie prostaty)	1	2	3	4	5	6

28. Czy w ciągu 2020 r. wykonywał(-ła) Pan/Pani następujące badania?	29. Jeśli Tak, to czy ostatnie wykonane badanie było finansowane w ramach:						30. Czas oczekiwania na ostatnio wykonane badanie (w tygodniach)
	Rodzaje badań obrazowych i innych	tak	nie	NFZ/ programu profilaktycznego	DZZ	środków własnych	
1) tomografia komputerowa (CT)	1	2	3	4	5	6	
2) pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	1	2	3	4	5	6	
3) rezonans magnetyczny (MRI)	1	2	3	4	5	6	
4) elektrokardiogram (EKG)	1	2	3	4	5	6	
5) badanie Holtera	1	2	3	4	5	6	
6) echokardiogram (Echo serca)	1	2	3	4	5	6	
7) USG	1	2	3	4	5	6	
8) RTG	1	2	3	4	5	6	
9) spirometria	1	2	3	4	5	6	
10) urografia	1	2	3	4	5	6	
11) mammografia	1	2	3	4	5	6	
12) biopsja	1	2	3	4	5	6	
13) gastroskopia	1	2	3	4	5	6	
14) kolonoskopia	1	2	3	4	5	6	

Korzystanie z usług w związku z chorobą. Odpowiadają osoby, które chorowały w 2020 r. na daną chorobę stwierdzoną przez lekarza.

31. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z usług medycznych z tytułu niżej wymienionych chorób?				
Choroby	w ramach NFZ	w ramach DZZ	poza ubezpieczeniami	nie wiem/ odmawiam odpowiedzi
1) cukrzyca	1	2	3	4
2) choroba Parkinsona	1	2	3	4
3) stwardnienie rozsiane	1	2	3	4
4) padaczka, stan padaczkowy	1	2	3	4
5) nadciśnienie tętnicze	1	2	3	4
6) choroba niedokrwienna serca	1	2	3	4
7) choroby naczyń mózgowych, udar mózgu	1	2	3	4
8) zapalenie płuc	1	2	3	4
9) astma oskrzelowa, stan astmatyczny	1	2	3	4
10) przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych inne niż astma (włączając przewlekłe obturacyjne choroby płuc)	1	2	3	4
11) choroby wątroby	1	2	3	4
12) reumatoidalne zapalenie stawów	1	2	3	4
13) choroby zwyrodnieniowe stawów	1	2	3	4
14) osteoporoza	1	2	3	4
15) niewydolność nerek	1	2	3	4
16) kamica moczowa	1	2	3	4

32. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani w 2020 r. z programów profilaktycznych?	Tak	Nie
1) Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia)	1	2
2) Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (cytologia)	1	2
3) Program Profilaktyki Gruźlicy	1	2
4) Program Badań Prenatalnych	1	2
5) Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.	1	2
6) Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych (w tym POChP)	1	2
7) Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego	1	2
8) inne	1	2

33. Czy w IV kwartale 2020 r. stosował(-ła) Pan/Pani suplementy diety lub leki przepisane przez lekarza lub bez zalecenia lekarza?	Tak	Nie
1) na choroby sercowo-naczyniowe	1	2
2) na cukrzycę	1	2
3) na bóle głowy	1	2
4) na bóle stawów	1	2
5) antybiotyki	1	2
6) na objawy alergii	1	2
7) inne leki	1	2
8) suplementy diety	1	2

Rezygnacja z usług medycznych i zakupu leków

34. Czy w 2020 r. zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z zakupu leków przepisanych przez lekarza?	
nie dotyczy (nie przepisano mi leków)	1
rezygnowałem (-łam) z powodu kosztów zakupu	2
rezygnowałem (-łam) z innego powodu niż koszty	3
za każdym razem wykupiłem (-łam) leki	4

35. Rezygnacja z usług medycznych w 2020 r. pomimo, że istniała rzeczywiste potrzeba skorzystania	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Pielęgniarki	Badań diagnostycznych, leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5	6
nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania	1	1	1	1	1	1
tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam)	2	2	2	2	2	2
zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby	3	3	3	3	3	3

W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pytaniu 35 proszę odpowiednio o odpowiedź na pyt.36

36. Proszę podać główne powody rezygnacji ze wskazanych przez Pana/Panią usług: (Proszę zakreślić tylko po jednej odpowiedzi w odpowiednich kolumnach)	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Pielęgniarki	Badań diagnost., leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5	6
z powodu kosztów (braku pieniędzy)	1	1	1	1	1	1
długi czas oczekiwania na termin wizyty	2	2	2	2	2	2
brak skierowania	X	3	3	3	3	3
brak czasu	4	4	4	4	4	4
niedostosowany czas przyjęć (np. w godzinach pracy)	5	5	5	5	5	5
trudności z dotarciem	6	6	6	6	6	6
obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem, szpitalem	7	7	7	7	7	7
warunki zagrożenia epidemicznego choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”	8	8	8	8	8	8
wolałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy miną bez konieczności wizyty	9	9	9	9	9	9
nie znam żadnego dobrego lekarza	10	10	10	X	10	10
brak lekarza	11	11	11	11	11	11
odmowa związana z moją niepełnosprawnością	12	12	12	12	12	12
inne	13	13	13	13	13	13

Kolejne dwa pytania dotyczą osób, które zadeklarowały stopień niepełnosprawności i/lub ograniczenia zdolności wykonywania czynności.

37. Czy korzystając z usług medycznych w 2020 r. natrafił(-ła) Pan/Pani na dane trudności techniczne, które okazały się dla Pana/Pani istotne:	Tak	Nie	Nie korzystałem(-łam) z usług
1) bariery architektoniczne budynków	1	2	3
2) trudności techniczne w rejestracji wizyty (niedostosowanie systemu)	1	2	
3) trudności w podpisaniu dokumentów	1	2	
4) trudności z zapoznaniem się z dokumentacją medyczną	1	2	
5) brak asystenta dla osoby z niepełnosprawnością	1	2	
6) brak specjalistycznego sprzętu (np. foteli stomatologicznych, ginekologicznych)	1	2	

38. Czy korzystając z usług medycznych w 2020 r. natrafił(-ła) Pan/Pani na dane trudności w kontaktach z personelem:	Tak	Nie	Nie korzystałem(-łam) z usług
1) trudności w komunikacji/porozumieniu/rozmowie z lekarzami	1	2	3
2) niezrozumienie potrzeb pacjenta przez lekarzy	1	2	
3) trudności wynikające z niezrozumienia informacji od lekarzy	1	2	
4) trudności w komunikacji/porozumieniu/rozmowie z innymi niż lekarze pracownikami placówki opieki zdrowotnej (np. pielęgniarkami, pracownikami rejestracji)	1	2	
5) niezrozumienie potrzeb pacjenta przez innych pracowników placówki opieki zdrowotnej	1	2	
6) trudności wynikające z uprzedzeń lub stereotypów pracowników placówki wobec osób z niepełnosprawnością (np. niechęć lub nadmierna troska)	1	2	
7) trudności wynikające z postaw innych pacjentów (lęk/niepewność lub przesadna troska/pomoc)	1	2	
8) podważanie zdolności pacjenta do wyrażania świadomej zgody na leczenie lub zabieg	1	2	

Kolejne pytanie dotyczy wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych

39. Proszę określić wykorzystanie telekomunikacji/Internetu	Tak	Nie
1) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy i informacji o chorobach, sposobach leczenia	1	2
2) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania opinii na temat lekarzy	1	2
3) korzystałem(-łam) w 2020 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy o zdrowym stylu życia	1	2
4) korzystałem(-łam) w 2020 r. ze sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej	1	2
5) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-łam) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne telefonicznie	1	2
6) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-łam) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne poprzez stronę internetową	1	2
7) w ciągu ostatnich 3 miesięcy wykonywałem(-łam) badania i otrzymałem(-łam) wyniki drogą internetową (aplikacja mobilna)	1	2

Dział 4. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2020 ROKU

Uwaga: Pytania 40–46 obejmują jedynie opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

Pytań proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat i więcej.

40. Proszę ocenić na podstawie własnego doświadczenia jakość opieki zdrowotnej w 2020 r. (w porównaniu z poprzednim rokiem)		41. Proszę ocenić na podstawie własnych doświadczeń czas oczekiwania na poniższe świadczenia:	Bez-zwło-cznie (do godz.)	W ciągu 1 dnia	Do tyg.	Do 2 tyg.	Do mies.	Do 2 mies.	Do 3 mies.	Do pół roku	Po-wyżej pół roku	Nie doty-czy
pogorszyła się	1	1) wizytę u lekarza specjalisty	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pozostała bez zmian	2	2) wizytę u lekarza dentysty	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
poprawiła się	3	3) pobyt w szpitalu (nie dotyczy przypadków bardzo pilnych np. poród, wypadek)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nie mam zdania	4											

42. Proszę określić na podstawie własnego doświadczenia, jak ocenia Pan/Pani możliwości:	Nie było potrzeby korzystania	Jest bardzo łatwy	Jest raczej łatwy	Jest raczej trudny	Jest bardzo trudny
1) dostępu do opieki lekarskiej w domu	1	2	3	4	5
2) dostępu do opieki pielęgniarskiej w domu	1	2	3	4	5
3) kontaktu z lekarzem przez telefon podczas godzin przyjęć	1	2	3	4	5
4) kontaktu z lekarzem przez telefon w ramach opieki nocnej i świątecznej	1	2	3	4	5

Kolejne cztery pytania dotyczyć będą usług lekarza POZ.

43. Czy jest Pan/Pani zadowolony(-na) z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry?	
zdecydowanie zadowolony(-na)	1
raczej zadowolony(-na)	2
raczej niezadowolony(-na)	3
zdecydowanie niezadowolony(-na)	4
nie dotyczy	5 → pyt. 47

44. Czy lekarz POZ podczas wizyt zalecał zdrowy tryb życia np. ćwiczenia fizyczne, dietę?	tak	1
	nie	2

45. Czy lekarz POZ pytał o emocjonalne problemy, które mogą mieć wpływ na Pana/Pani zdrowie (np. stres)?	tak	1
	nie	2

46. Proszę określić relację z lekarzem POZ:	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko lub nigdy
1) lekarz zna historię mojego leczenia	1	2	3	4
2) lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	1	2	3	4
3) lekarz angażuje mnie w stopniu oczekiwanym w podejmowanie decyzji dot. mojej opieki i leczenia	1	2	3	4
4) lekarz daje możliwość zadawania pytań, wyrażania wątpliwości	1	2	3	4
5) czas poświęcony przez lekarza POZ podczas wizyty lekarskiej jest wystarczający	1	2	3	4

Pytania 47–50 dotyczą wszystkich badanych bez względu na wiek, dopuszcza się wywiad zastępczy.

47. Czy doświadczył(-ła) Pan/Pani w 2020 r. zdarzenia niepożądanego w szpitalu? (dotyczy pobytów dziennych oraz stacjonarnych, wyłączając poradnie przyszpitalne)	tak	1	→ pyt. 51
	nie	2	
	nie wiem	3	

Zdarzenie niepożądane to niezamierzona szkoda, która jest wynikiem świadczonej opieki zdrowotnej, a nie rezultatem naturalnego przebiegu choroby lub stanu zdrowia pacjenta. Szkoda oznacza fizyczne lub funkcjonalne uszkodzenie organizmu oraz wszelkie wynikające z tego szkodliwe konsekwencje, łącznie z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i zgonem. Ryzyko wystąpienia zdarzenia niepożądanego/szkody występuje zarówno podczas diagnostyki jak i w trakcie leczenia i opieki.

Zakażenie związane z opieką zdrowotną – dowolna choroba lub patologia związana z obecnością zarazka lub jego produktów w związku z korzystaniem z usług opieki zdrowotnej, zabiegami.

48. Proszę o opis zdarzenia o najpoważniejszych skutkach lub zdarzenia, o którym respondent posiada największą wiedzę. Jeśli o każdym ma jednakową wiedzę, proszę opisać zdarzenie, które wiązało się z najpoważniejszym uszczerbkiem na zdrowiu.	Wystąpienie zdarzenia w szpitalu		
	tak	nie	nie wiem
1) zakażenie	1	2	3
2) błędy dotyczące leków (rodzaj, dawka)	1	2	3
3) nieporozumienie, np. w relacji lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent	1	2	3
4) błąd w diagnozie (rozpoznanie)	1	2	3
5) awaria sprzętu medycznego	1	2	3
6) chirurgia/zabieg operacyjny	1	2	3
7) uszkodzenie okołoporodowe	1	2	3
8) drobne zabiegi bez znieczulenia	1	2	3
9) inne	1	2	3

49. Czy w wyniku zdarzenia (w tym zakażenia) stan zdrowia Pana/Pani uległ pogorszeniu?	tak	1
	nie	2
	nie wiem	3

50. Jakie działania zostały podjęte w związku z doświadczonym zdarzeniem niepożądanym? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	
poinformowano pacjenta, że doszło do zdarzenia	1
przepraszono pacjenta/rodzinę	2
szpital wyraził współczucie/żał, że doszło do zdarzenia	3
wyjaśniono pacjentowi dlaczego doszło do zdarzenia . . .	4
poinformowano pacjenta o możliwych następstwach zdarzenia	5
zgłoszono skargę	6
nie podjęto żadnych działań ze strony placówki	7

Dział 5. Epidemia choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19”.

Pytanie dotyczy osób w wieku 15 lat i więcej. Pytania proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat i więcej.

51. Proszę o dodatkowe informacje związane z epidemią	Tak	Nie	Nie dotyczy
1) Czy z powodu długotrwałego przebywania w domu podczas epidemii zaobserwował(-ła) Pan/Pani pogorszenie stanu zdrowia (nie dotyczy pogorszenia nastroju)?	1	2	3
2) Czy w związku z epidemią przebywał(-ła) Pan/Pani na obowiązkowej kwarantannie?	1	2	X
3) Czy w związku z epidemią musiał(-ła) Pan/Pani zrezygnować, ograniczyć lub przerwać proces leczenia lub rehabilitacji?	1	2	X
4) Czy konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem telefonicznie, lub także przy wykorzystaniu kamery wideo, ponieważ z powodu epidemii kontakt osobisty był niemożliwy lub zbyt ryzykowny?	1	2	X
5) Czy w 2020 r. miał(-ła) Pan/Pani objawy takie jak: suchy kaszel, duszności, gorączka powyżej 38°C?	1	2	X
6) Czy miał(-ła) Pan/Pani kontakt z osobą, która miała objawy j.w.?	1	2	X
7) Czy jeżeli zgłosił(-ła) się Pan/Pani do służb medyczno-epidemiologicznych w celu wykonania testu na obecność koronawirusa został on przeprowadzony?	1	2	3
8) Czy w związku z chorobą COVID-19 przebywał(-ła) Pan/Pani w szpitalu?	1	2	3
9) Jeśli Pan/Pani korzystał(-ła) z usług medycznych podczas epidemii, to czy, Pana/Pani zdaniem, zachowano wówczas wystarczające zabezpieczenia przed wirusem?	1	2	3
10) Czy planuje Pan/Pani skorzystać ze szczepienia na koronawirusa?	1	2	X

52. Czas trwania wywiadu (w minutach)

Uwagi ankietera

Numer ankietera

Sprawdził(-ła)

.....
(imię i nazwisko ankietera)

.....
(data)

Sprawdził(-ła)

.....
(imię i nazwisko inspektora)

.....
(data)