

Marcin Jacek Jabłoński¹, Maciej Matuszczyk², Marzena Samardakiewicz^{3,4}

The diversity of doctors' attitudes towards patients in the conditions of financialisation of the health care system. A survey study

Różnorodność zachowań lekarzy wobec pacjentów w warunkach finansjalizacji systemu opieki zdrowotnej. Badanie ankietowe

¹ Institute of Psychology, Faculty of Philosophy, Jesuit University Ignatianum, Kraków, Poland

² Mental Health Centre Tychy, Tychy, Poland

³ Department of Applied Psychology, Medical University of Lublin, Lublin, Poland

⁴ Department of Paediatric Haematology and Oncology and Transplantology, Medical University of Lublin, Lublin, Poland

Correspondence: Marcin Jacek Jabłoński, MD, PhD, Institute of Psychology, Faculty of Philosophy, Jesuit University Ignatianum, Kopernika 26, 31-501 Kraków, tel./fax: +48 12 399 95 00, mob.: +48 609 502 393, ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3430-5932, e-mail: marcin.jablonski@ignatianum.edu.pl

¹ Instytut Psychologii, Wydział Filozoficzny, Akademia Ignatianum w Krakowie, Kraków, Polska

² Centrum Zdrowia Psychicznego Tychy, Tychy, Polska

³ Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska

⁴ Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska

Adres do korespondencji: Dr n. med. Marcin Jacek Jabłoński, Instytut Psychologii, Wydział Filozoficzny, Akademia Ignatianum w Krakowie, ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków, tel./faks: +48 12 399 95 00, tel. kom.: +48 609 502 393, ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3430-5932, e-mail: marcin.jablonski@ignatianum.edu.pl

Abstract

Aim of the study: To get acquainted with the opinions of Polish doctors about selected economic, ethical and utilitarian aspects of the doctor–patient relationship in the context of the financing of medical services. **Method:** Online questionnaire with instructions and invitations to participate in the study, sent via a medical portal. Answers were received from 264 physicians, including 177 women and 87 men, aged between 24 and 67. The differences in sex, age, length of service, place of employment, specialisation and the type of funding were analysed. **Results:** Male physicians working in hospitals are more willing to make decisions based on simple economic calculations. The study showed age-related differences in professional motivation, willingness to make sacrifices for patients, distrust towards patients, ethical issues, willingness to depend on economic balance and willingness to refuse treatment in order to protect the doctor's personal interests. The type of specialisation differentiated the group in terms of satisfaction with earnings and sense of professional prestige, the degree of distrust towards patients, attitudes to medical records, and readiness to refuse economically unprofitable procedures. The lowest satisfaction with earnings and the lowest sense of professional prestige were declared by psychiatrists. In addition, 77% of the participants did not attribute significant importance to medical standards. **Conclusions:** Polish doctors are a heterogeneous group in terms of professional motivation, professional prestige and declared attitudes towards patients, which should be taken into account in the organisation of medical services and training of physicians. Changing social and economic conditions influence the development of attitudes that are less focused on the interests of the patient, as indicated by the age-related differences among the surveyed physicians. The low level of importance assigned by doctors to medical standards can have a negative impact on the effectiveness of standardisation of medical services in Poland.

Keywords: financialisation, physician's attitudes, patient–physician relationship, medical standards

Streszczenie

Cel badania: Poznanie opinii polskich lekarzy na temat wybranych aspektów ekonomicznych, etycznych i utylitarnych relacji lekarz–pacjent w warunkach finansjalizacji usług medycznych. **Metoda:** Kwestionariusz online z instrukcją i zaproszeniem do udziału w badaniu, wysłany za pośrednictwem portalu medycznego. Odpowiedzi uzyskano od 264 lekarzy, w tym 177 kobiet i 87 mężczyzn, w wieku 24–67 lat. W analizie brano pod uwagę zmienne demograficzne, staż pracy, miejsce zatrudnienia, sposób finansowania udzielanych świadczeń oraz rodzaj specjalizacji ankietowanych lekarzy. **Wyniki:** Zatrudnienie w szpitalu i płeć męska korelują z większą gotowością lekarzy do podejmowania decyzji opartych na prostym rachunku ekonomicznym. Ujawniono, związane z wiekiem lekarzy, różnice w motywacji do pracy, gotowości do poświęceń wobec pacjentów, przeżywaniu nieufności względem pacjentów, stosunku do zagadnień etycznych, gotowości do uzależniania

działań medycznych od bilansu ekonomicznego oraz gotowości do odmowy leczenia pacjenta. Typ specjalizacji różnicował grupę pod względem zadowolenia z zarobków i poczucia prestiżu zawodowego, stopnia nieufności wobec pacjentów, stosunku do dokumentacji lekarskiej oraz gotowości do odmowy świadczeń nieopłacalnych ekonomicznie. Najniższe zadowolenie z wynagrodzeń oraz najniższe poczucie prestiżu zawodowego deklarowali lekarze psychiatry. Ponadto 77% lekarzy nie nadawało istotnego znaczenia standardom medycznym. **Wnioski:** Polscy lekarze stanowią grupę niejednorodną pod względem motywacji zawodowej, poczucia prestiżu zawodowego oraz deklarowanych postaw wobec pacjentów, co należy brać pod uwagę przy organizacji usług medycznych oraz szkoleniu lekarzy. Zmieniające się warunki społeczne i ekonomiczne sprzyjają kształtowaniu się postaw mniej nastawionych na interesy pacjentów, na co wskazują różnice w wynikach badania związane z wiekiem ankietowanych lekarzy. Nadawanie przez lekarzy niskiego znaczenia standardom medycznym może mieć negatywny wpływ na efektywność standaryzacji usług medycznych w Polsce.

Słowa kluczowe: finansjalizacja medycyny, postawy lekarzy, motywacje lekarzy, standardy medyczne

INTRODUCTION

By definition, the doctor–patient relationship takes place in a social context that shapes the mentality of doctors and patients. That is why, along with the ongoing economic changes that are taking place in the modern world, the traditional cultural context of the doctor–patient relationship, based on trust in the doctor and his authority, is changing (Foster, 2007; Kołaczek, 2009; Kupiszewski, 2006; Maciąg, 2008; Martin, 2002; Rathner, 2001; Relman, 2007). Also in Poland, the society has been undergoing a process of capitalist change since Poland’s political transformation in 1989, which ended a period of socialist economic governance (Kołodko, 2013). One of the important aspects of this is the phenomenon of financialisation, related to the dominant role of business rules in the organisation of social systems and interpersonal relations (Foster, 2007). From a purely economic standpoint, financialisation is defined as the process whereby markets, institutions, and financial elites gain a dominating influence on political and economic processes. From a broader perspective, it is defined as the subordination of the entire organisation of modern societies to the requirements of financial markets (Martin, 2002). The process of financialisation involves a shift of focus within the basic organisation of social contacts, whereby relationships increasingly play a less important role in favour of transactions (Dembinski, 2009; Kołaczek, 2009; Kupiszewski, 2006). In other words, the dominance of financial mechanisms results in the transformation of the classical model of social interaction based on relationships into a client-oriented transactional business model (Dembinski, 2009; Foster, 2007; Jabłoński *et al.*, 2015, 2014a). Opinions about the crisis of the medical profession and confidence in expert systems appear against the background of these contradictions (Gałuszka, 2012; Giddens, 2008; Hołub, 2010; Murawiec *et al.*, 2017). In addition, the development of new information and communication technologies that do not require a physician to have face to face contact with their patients suggest the diminishing importance of empathy in the physician–patient relationship. Veatch (2009) states clearly that, in the modern world, a physician is increasingly becoming a “stranger at the patient’s bedside.” Thus a question arises as to the true diversity of physicians in terms of their personal

WSTĘP

Relacja lekarz–pacjent z definicji odbywa się w kontekście społecznym, który kształtuje mentalność lekarzy i pacjentów. W związku z tym – wraz z zachodzącymi przemianami ekonomicznymi, które dokonują się we współczesnym świecie – zmianom ulega też tradycyjny kontekst kulturowy relacji lekarz–pacjent, bazujący na zaufaniu do lekarza i jego autorytecie (Foster, 2007; Kołaczek, 2009; Kupiszewski, 2006; Maciąg, 2008; Martin, 2002; Rathner, 2001; Relman, 2007). Również w Polsce, od czasu transformacji ustrojowej w 1989 roku, która zakończyła okres socjalistycznego zarządzania gospodarczego, społeczeństwo polskie przechodzi proces kapitalistycznej zmiany (Kołodko, 2013). Jednym z ważnych aspektów tego procesu jest zjawisko finansjalizacji, związane z dominującym znaczeniem rentowności w organizacji systemów społecznych i relacji międzyludzkich (Foster, 2007). Z czysto ekonomicznego punktu widzenia definiuje się ją jako proces, w którym rynki, instytucje i elity finansowe mają dominujący wpływ na procesy polityczne i gospodarcze. Z szerszej, społecznej perspektywy finansjalizacja oznacza proces dostosowania całej organizacji współczesnych społeczeństw do wymogów rynków finansowych (Martin, 2002). Polega to na przesunięciu środka ciężkości w obszarze podstawowej organizacji kontaktów społecznych – w taki sposób, że relacje zaczynają odgrywać mniej znaczącą rolę niż transakcje (Dembinski, 2009; Kołaczek, 2009; Kupiszewski, 2006). Innymi słowy, dominacja mechanizmów finansowych przekształca klasyczny model interakcji społecznych opartych na relacjach w model biznesowy zorientowany na transakcje (Dembinski, 2009; Foster, 2007; Jabłoński *et al.*, 2015, 2014a). W kontekście opisywanych powyżej procesów społecznych pojawiają się opinie o kryzysie profesji medycznej i załamaniu zaufania do systemów eksperckich (Gałuszka, 2012; Giddens, 2008; Hołub, 2010; Murawiec *et al.*, 2017). Dodatkowo rozwój nowych technik informacyjno-komunikacyjnych, które nie wymagają od lekarza kontaktu twarzą w twarz z pacjentem, sprzyja zmniejszaniu się znaczenia empatii w relacji lekarz–pacjent. Veatch (2009) twierdzi wprost, że we współczesnym świecie lekarz coraz częściej staje się „obcym przy łóżku” chorego.

attitudes, beliefs and motivations in respect of broadly understood business mechanisms, and the resulting differences in patient treatment. The attempt to answer this question is the primary research objective of this paper.

AIM OF THE STUDY

Recent research has been focused mainly on the phenomenon of financialisation in the context of its overall importance for the organisation of medical services (Civaner *et al.*, 2016; Jabłoński *et al.*, 2015; Knoll *et al.*, 2018; Martin, 2002; Relman, 2007; Sheppard, 2014; Widmer, 2016), or has analysed selected aspects of the physician–patient relationship, such as trust, communication, motivation, ethical issues, attitudes towards specific medical problems or standardisation (Hojat *et al.*, 2003; Krawczyńska, 2013; Maciąg, 2008; Noblett *et al.*, 2015; Schulz *et al.*, 2012; Thornton and Esposito, 2003; Veatch, 2009; Wahabi *et al.*, 2011). In this context, the main goal of our work is to get acquainted with the opinions of Polish doctors on the attitudes and behaviour that may be present in the physician–patient relationship in the context of the financialisation of medical services.

METHOD

The questionnaire about physicians' attitudes was sent via the web portal Medforum (a limited liability company) to more than 15,000 e-mail addresses. E-mails also included an invitation to participate in the study, and instructions about how to do so. The 27 questionnaire questions were devised to reveal each respondent's opinions about selected theorems, attitudes and behaviour differentiating the group in terms of the general acceptance of economic mechanisms, ethical attitudes and business behaviour emerging in the physician–patient relationship. The sum of the score for all questions creates the overall score of the questionnaire. The higher the overall score of the questionnaire, the greater the acceptance of business attitudes, and the less ethical and utilitarian the respondents' positions. Correctly completed questionnaires were returned by 264 doctors of different specialisations (return rate 1.76%). Analysis of the responses was made in Statistica 12.5 (for *p*-value), by sex, age, length of service, place of employment, type of funding and specialisation. Appendix 1 is the Physician Attitudes Questionnaire.

GROUP DESCRIPTION

The studied group comprised 264 physicians, including 177 women and 87 men, aged between 24 and 67 (mean age 44.8). The most numerous group of the respondents were doctors who indicated a hospital ward under contract with the National Health Fund (NFZ) as their primary place of employment. Then were those who said their workplace was an outpatient department under contract with the NFZ, followed by those in private practice with no NFZ contract. For a detailed description of the group, see Tab. 1.

Rodzi się więc pytanie o związane z procesem finansjalizacji rzeczywiste zróżnicowanie zachowań lekarzy i potencjalne różnice w sposobie traktowania pacjenta. Próba odpowiedzi na to pytanie jest podstawowym celem badawczym niniejszej pracy.

CEL BADANIA

Aktualne badania koncentrują się głównie na zjawisku finansjalizacji w kontekście jej ogólnego znaczenia dla organizacji usług medycznych (Civaner *et al.*, 2016; Jabłoński *et al.*, 2015; Knoll *et al.*, 2018; Martin, 2002; Relman, 2007; Sheppard, 2014; Widmer, 2016). Analizują też wybrane aspekty relacji lekarz–pacjent, takie jak komunikacja, zaufanie, motywacja, kwestie etyczne, postawy wobec konkretnych problemów medycznych lub standaryzacji (Hojat *et al.*, 2003; Krawczyńska, 2013; Maciąg, 2008; Noblett *et al.*, 2015; Schulz *et al.*, 2012; Thornton i Esposito, 2003; Veatch, 2009; Wahabi *et al.*, 2011). Głównym celem prezentowanej pracy jest natomiast przedstawienie opinii polskich lekarzy na temat różnych aspektów relacji lekarz–pacjent w kontekście finansowania usług medycznych.

METODA BADANIA

Za pośrednictwem portalu internetowego Medforum Sp. z o.o. wysłano na ponad 15 000 adresów e-mailowych ankietę dotyczącą postaw lekarzy, z instrukcją i zaproszeniem do udziału w badaniu. Dwadzieścia siedem pytań ankiety ukierunkowanych było na poznanie opinii na temat wybranych aspektów relacji lekarz–pacjent. Grupę respondentów różnicowano pod względem ich akceptacji wskazanych uwarunkowań ekonomicznych, etycznych i utylitarnych. Wynik ogólny ankiety tworzy suma punktów ze wszystkich pytań. Im wyższy ogólny wynik punktowy, tym większa akceptacja postaw uzasadnionych ekonomicznie, a mniejsza – etycznych i utylitarnych. Prawidłowo wypełnione kwestionariusze odesłało 264 lekarzy różnych specjalizacji (zwrot na poziomie 1,76%). Analizę odpowiedzi przeprowadzono w programie Statistica 12.5 (test *t*-Studenta, dla wartości *p* < 0,05), z uwzględnieniem płci, wieku, stażu pracy, miejsca zatrudnienia, rodzaju finansowania usług i specjalizacji lekarskich. Załącznik 1 prezentuje pytania ankiety użytej w prezentowanym badaniu.

OPIS GRUPY

Grono respondentów stanowiło 264 lekarzy, w tym 177 kobiet i 87 mężczyzn, w wieku 24–67 lat (średnia wieku 44,8 roku). Najliczniejszą grupą byli lekarze, którzy jako swoje podstawowe miejsce zatrudnienia wskazali oddział szpitalny na kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), następnie kontrakt z NFZ w opiece ambulatoryjnej oraz praktykę prywatną niezwiązaną kontraktem z NFZ. Dane socjodemograficzne zestawiono w tab. 1.

Sex <i>Płeć</i>	n
• Female <i>Kobieta</i>	177
• Male <i>Mężczyzna</i>	87
Basic place of work <i>Podstawowe miejsce pracy</i>	n
• Hospital <i>Szpital</i>	136
• Outpatient clinic <i>Ambulatorium</i>	94
• Private practice <i>Praktyka prywatna</i>	30
Professional experience <i>Staż zawodowy w latach</i>	n
• Up to 2 years <i>Do 2 lat</i>	7
• 2–5 years <i>2–5 lat</i>	28
• 6–10 years <i>6–10 lat</i>	44
• 11–15 years <i>11–15 lat</i>	42
• 16–20 years <i>16–20 lat</i>	41
• 21–30 years <i>21–30 lat</i>	58
• >30 years <i>Powyżej 30 lat</i>	44
Age range <i>Przedział wiekowy</i>	n
• Up to 30 years <i>Do 30 lat</i>	24
• 31–40 years <i>31–40 lat</i>	78
• 41–50 years <i>41–50 lat</i>	82
• 51–60 years <i>51–60 lat</i>	55
• >60 years <i>Powyżej 60 lat</i>	25
Specialisation <i>Specjalizacja</i>	n
• Internal diseases <i>Choroby wewnętrzne</i>	68
• Paediatrics <i>Pediatrica</i>	48
• Psychiatry <i>Psychiatria</i>	61
• Gynaecology <i>Ginekologia</i>	25
• Neurology <i>Neurologia</i>	21
• Surgery <i>Chirurgia</i>	34
Category of specialisation <i>Kategoria specjalizacji</i>	n
• Non-interventional <i>Niezabiegowa</i>	198
• Interventional <i>Zabiegowa</i>	59

Tab. 1. Demographic characteristics of the responding physicians
Tab. 1. Charakterystyka demograficzna ankietowanych lekarzy

WYNIKI

W badaniu ujawniła się odwrotna korelacja pomiędzy summarycznymi wynikami kwestionariusza a wiekiem ankietowanych lekarzy. Mężczyźni uzyskali średnie wyniki wyższe w porównaniu z ankietowanymi kobietami ($p = 0,019$). Biorąc pod uwagę kryteria różnicujące grupę, uzyskano istotne statystycznie różnice w odpowiedziach na 9 spośród 27 pytań kwestionariusza. Na pytanie: „Czy zgadza się Pan/Pani z następującym twierdzeniem: »Warto zostać lekarzem, gdyż uprawianie tego zawodu wiąże się z wysokim prestiżem społecznym i dobrymi zarobkami«” odpowiedzi „zdecydowanie tak” udzieliło 15%, „raczej tak” – 28%, „raczej nie” – 30% i „zdecydowanie nie” – 21% ankietowanych. Brak jednoznacznego zdania w tej kwestii wskazało 7%. W sumie aż 51% ankietowanych lekarzy ujawniło niskie poczucie zadowolenia z zarobków i prestiżu zawodowego. Zmienną różnicującą grupę respondentów pod względem udzielonych odpowiedzi stanowił rodzaj specjalizacji lekarskiej – różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,033$). Najwyższe zadowolenie z zarobków oraz najwyższe poczucie prestiżu zawodowego deklarowali chirurdzy, którzy też udzieliłi najwięcej odpowiedzi „zdecydowanie tak”; najniższe zaś – psychiatrzy, u których odnotowano największy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie nie”. W odpowiedzi na pytanie: „Jakie znaczenie mają dla Pana/Pani inne, pozafinansowe korzyści wynikające z obecnego zatrudnienia (np. możliwość pracy naukowej, robienie specjalizacji, zdobywanie doświadczenia, możliwość awansu lub inne, niewymienione osobiste korzyści)?” zmienną różnicującą grupę okazał się staż pracy lekarzy ($p < 0,001$). Wymienione korzyści mają podstawowe znaczenie dla 14%, a duże znaczenie dla 47% ankietowanych lekarzy. W sumie stanowi to 61% badanej populacji. Jedynie 7% lekarzy odpowiedziało, że wartości te nie mają dla nich żadnego znaczenia, 11% – że ich znaczenie jest niewielkie, a 21% – że średnie. Lekarze starsi, a zwłaszcza ci z najdłuższym stażem pracy (>30 lat), częściej niż lekarze z krótszym stażem pracy udzielali odpowiedzi wskazujących na mniejsze znaczenie korzyści pozafinansowych w ich pracy. Ponadto w tej grupie wiekowej najczęściej deklarowano, że korzyści pozafinansowe zupełnie nie są istotne. Lekarze do 2. roku po zakończeniu studiów najczęściej odpowiadali, że wymienione korzyści pozafinansowe mają dla nich podstawowe znaczenie. Na pytanie: „Czy zagadnienia etyczne są Pana/Pani zdaniem anachroniczne i niepraktyczne?” 67% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie nie”, a 25% – „raczej nie”. Jednoznacznej opinii nie wyraziło jedynie 3% ankietowanych, jednocześnie żaden z lekarzy nie udzielił odpowiedzi „zdecydowanie tak”. Odpowiedzi „raczej tak” udzieliło 5% ankietowanych – przyznali oni, że zagadnienia etyczne są dla nich anachroniczne i niepraktyczne. Analiza statystyczna odpowiedzi ujawniła zróżnicowanie w grupie. Zmienną różnicującą był wiek lekarzy ($p = 0,01$). Najwyższy średni wynik wskazujący na mniejsze znaczenie zagadnień etycznych uzyskiwali lekarze w wieku 31–40 lat, a najniższy, świadczący

RESULTS

The study revealed an inverse correlation between the summary results of the questionnaire and the age of the surveyed physicians. Male doctors achieved a higher mean score than their female counterparts ($p = 0.019$). Given the differentiating criteria, there were statistically significant differences in responses to nine out of the 27 questionnaire questions. In response to question: "Do you agree with the following statement: It is worth becoming a doctor, because this profession is associated with high social prestige and good earnings?," 15% of the respondents replied "definitely yes," 28% said "rather yes," 30% answered "rather no," 21% said "definitely not," and 7% indicated that they had no clear opinion on this point. In total, 51% of the surveyed physicians showed a low level of satisfaction with earnings and professional prestige. The differentiating variable in terms of responses was the type of medical specialisation, and the difference was statistically significant ($p < 0.033$). The highest level of satisfaction with salary and the highest sense of professional prestige was declared by surgeons, who gave the most "definitely yes" responses. Psychiatrists showed the lowest level, with the highest percentage of "definitely not" responses. In response to question: "What is the meaning for you of other non-financial benefits from your current employment (e.g. the possibility of scientific work, specialisation, gaining experience, promotion or other not mentioned personal benefits?)," the differentiating variable was professional work experience ($p < 0.001$). These benefits are essential for 14% and significant for 47% of the physicians. In total, this represents 61% of the studied population. Only 7% of the physicians responded that the benefits indicated were irrelevant for them, 11% thought they were of minor importance, and 21% said they were average. Older doctors, especially those with the longest period of employment (>30 years) indicated non-financial benefits in their work as less important more often than doctors with shorter work experience. Declarations of the non-significance of non-financial benefits were also more frequent in the oldest age group. Physicians up to two years after graduation most often declared that these non-financial benefits were essential to them.

In answer to question: "Do you think ethical issues are anachronistic and impractical?," 67% responded "definitely not" and 25% "rather not." Only 3% of the respondents expressed no clear opinion, none of the doctors answered "definitely yes," and 5% of the respondents answered "yes," admitting that ethical issues were anachronistic and impractical for them. The statistical analysis of the responses revealed diversity in the group. The differentiating variable was the age of the physicians ($p = 0.01$). The highest mean score, indicating the lowest importance of ethical issues, was obtained by physicians aged 31–40, and the lowest, being evidence of the importance of ethics, was given by physicians aged 51–60 years. In response to question: "Do you feel distrust towards your patients?," 19% of the

o nadawaniu zagadnieniom etycznym większego znaczenia – lekarze w wieku 51–60 lat. Na pytanie: „Czy odczuwa Pan/Pani nieufność wobec pacjentów?” 19% lekarzy udzieliło odpowiedzi „często”, 46% – „czasami” i 1% – „zawsze”. W przeciwnym kierunku, wskazującym na mniejsze poczucie nieufności wobec pacjentów, 6% lekarzy zadeklarowało, że nigdy nie odczuwa nieufności wobec pacjentów, a 28% ankietowanych odpowiedziało, że nieufność odczuwa rzadko. Dwie analizowane zmienne zróżnicowały grupę na poziomie istotnym statystycznie. Były to wiek ($p = 0,03$) i rodzaj specjalizacji lekarskiej ($p = 0,014$). Najwyższy średni wynik świadczący o wysokim poziomie nieufności odnotowano w grupie osób w wieku 31–40 lat, a najniższy – w grupie lekarzy powyżej 60. roku życia. Spośród ankietowanych najwyższy poziom nieufności wobec pacjentów zgłaszali chirurdzy, a najniższy – psychiatry ($p = 0,014$). Na pytanie dotyczące zagadnienia rzetelności i realności dokumentowania przebiegu wizyt lekarskich – „Czy zgadza się Pan/Pani z następującym twierdzeniem: »To, co zostało realnie powiedziane i zrobione w trakcie wizyty lekarskiej, nie jest tak ważne jak to, co zapisano w dokumentacji medycznej z tej wizyty«?” – 4% lekarzy udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak”, 27% „raczej tak”, zaś 12% nie ujawniło swojego zdania. Odpowiedzi w kierunku przeciwnym, wskazujące na słabsze przekonanie odnośnie do znaczenia zapisu z wizyty i przypisanie większej wagi temu, co zostało realnie powiedziane i zrobione w jej trakcie, wyraziło 41% ankietowanych udzielających odpowiedzi „raczej nie” i 16% deklarujących „zdecydowanie nie”. Wykazano też istotną statystycznie różnicę związaną z rodzajem specjalizacji ($p = 0,038$). Największą zgodność z tym twierdzeniem deklarowali chirurdzy, a najmniejszą pediatry. Kolejne istotne różnice pojawiły się w odpowiedziach na pytanie odnoszące się do etosu zawodowego lekarza i jego skłonności do przedkładania dóbr osobistych lekarza nad interes pacjenta. Brzmiało ono: „Czy uważa Pan/Pani, że w sytuacji, kiedy pacjent staje się dla lekarza zbyt obciążający czasowo, finansowo, emocjonalnie lub w inny sposób, dopuszczalne jest zerwanie z nim dalszego kontaktu – odmowa dalszego leczenia, w imię ochrony dóbr osobistych lekarza?“. Odpowiedzi „zdecydowanie tak” udzieliło 14% lekarzy, a 32% ankietowanych – „raczej tak”. W sumie ten kierunek odpowiedzi – „na tak” – zadeklarowało 46% lekarzy. W przeciwnym kierunku: „zdecydowanie nie” odpowiedziało również 14% lekarzy, a „raczej nie” – 29%. W sumie 43% lekarzy było zdania, że nie należy wycofywać się z leczenia pacjenta w sytuacji zagrożenia dóbr osobistych lekarza. Swojego zdania nie ujawniło 11% ankietowanych. Zmienną istotnie statystycznie różnicującą grupę był wiek ankietowanych lekarzy ($p = 0,008$). Młodszy z nich ujawnili generalnie większą gotowość do odmowy leczenia pacjenta stanowiącego ponadprzeciętne obciążenie czasowe, finansowe, emocjonalne lub inne. Lekarze w najmłodszym przedziale wiekowym (do 30. roku życia) udzielili w sumie najwięcej odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, ujawniając tym samym największą gotowość do odmowy leczenia.

doctors answered “often,” 46% “sometimes” and 1% “always.” On the other hand, 6% of the physicians declared that they never felt distrust towards patients, and 28% of the physicians responded that distrust was rarely felt. Two analysed variables differentiated the group on a statistically significant level. They were age ($p = 0.03$) and type of medical specialisation ($p = 0.014$). The highest mean level of distrust was reported in the 31–40 age group, and the lowest in the group of physicians over 60 years of age. Among the surveyed physicians, the highest level of distrust towards patients was reported by surgeons, and the lowest by psychiatrists ($p = 0.014$). In response to the question on the issue of the reliability of medical records (“Do you agree with the following statement: what was actually said and done during a medical visit is not as important as what was written in the medical records of this visit?”), 4% of the doctors responded “definitely yes,” 27% “rather yes,” and 12% did not disclose their opinion. On the other hand, 41% answered “rather no” to the question of whether medical records were more important than what was said and done during a visit, and 16% responded “definitely not.” There was also a statistically significant difference connected with the type of specialisation ($p = 0.038$). The highest level of consistency with this attitude was declared by surgeons, and the lowest by paediatricians. Another statistically significant difference was indicated in the answers to question 20, referring to the professional ethos of the physician and their tendency to prioritise personal interests over the those of their patients. In response to next question: “Do you think that when a patient becomes physically, financially, emotionally or otherwise over-burdening, it is permissible to discontinue further contact (refuse to continue treatment) in the name of protecting the personal interests of the physician?” 14% of the doctors responded “definitely yes” and 32% said “rather yes.” In total, 46% of the physicians declared that refusal to continue treatment would be acceptable on some level. On the other hand, 14% of the physicians answered “definitely not” and 29% said “rather not.” A total of 43% of the physicians were of the opinion that the doctor should not withdraw from the care of the patient, while 11% of the respondents did not disclose their opinions. The statistically significant differentiating variable was the age of the surveyed physicians ($p = 0.008$). Younger doctors generally revealed greater readiness to refuse treatment for patients who were time, financially, emotionally or otherwise over-burdening. Doctors in the youngest age group (up to 30) gave in total the most “yes” and “rather yes” answers, thus revealing the greatest willingness to refuse treatment. Older physicians were the most likely to continue treatment despite the burdens, and the most unambiguous “definitely not” answers, indicating a high willingness to maintain contact with patients despite over-burdening, were given by physicians in the age group over 60. For question: “Do you think that doctors should devote themselves to the good of their patients?” 15% of the physicians answered “definitely not” and 35% said “rather not.” All in all, the negative response was obtained from

Najbardziej skłonni do kontynuowania leczenia mimo obciążeń byli lekarze starsi, a najwięcej jednoznacznych odpowiedzi „zdecydowanie nie” – świadczących o dużej gotowości do podtrzymania kontaktu z pacjentami pomimo ponadprzeciętnych obciążeń – udzielili lekarze w grupie wiekowej powyżej 60. roku życia. Na kolejne pytanie – „Czy uważa Pan/Pani, że lekarz powinien poświęcić się dla dobra swoich pacjentów?” – „zdecydowanie nie” odpowiedziało 15% lekarzy, a „raczej nie” 35% ankietowanych. W sumie reakcję „na nie” uzyskano od połowy ankietowanych lekarzy. W przeciwnym kierunku – tj. „raczej tak” i „zdecydowanie tak” – odpowiedziało odpowiednio 30% i 6% ankietowanych; 15% lekarzy nie ujawniło swojego zdania. Również to pytanie różnicowało grupę pod względem wieku ($p = 0,037$). Zwraca uwagę fakt, że lekarze w najmłodszej grupie wiekowej – do 30. roku życia, czyli tuż po studiach i w trakcie pierwszej specjalizacji – deklarowali najwyższą gotowość do poświęcenia się dla pacjentów. Gotowość ta obniżała się do najniższego poziomu w kolejnym przedziale wiekowym – 31–40 lat – by potem stopniowo rosnąć w kolejnych przedziałach wiekowych. Na pytanie: „W sytuacji, kiedy działanie na rzecz pacjenta, np. zlecenie dodatkowych badań, wypisanie leku refundowanego, wystawienie opinii itp., jest możliwe i uzasadnione medycznie, ale nieopłacalne ekonomicznie dla firmy, w której Pan/Pani pracuje, czy odmówi Pan/Pani takiego świadczenia?” 55% ankietowanych lekarzy odpowiedziało: „nigdy”, 34% – „rzadko”, 8% – „czasami”, 2% – „często”, a 2% – „zawsze”. Jedną zmienną różnicującą odpowiedzi na to pytanie w badanej grupie był staż pracy lekarza ($p = 0,026$). Zwraca uwagę fakt, że lekarze tuż po studiach (do 2. roku pracy) ujawnili najniższą gotowość do uzależniania uzasadnionych działań medycznych ich bilansem ekonomicznym. Udzielili też oni najczęściej jednoznacznie negujących taką możliwość odpowiedzi „nigdy”. Kolejną zmienną różnicującą grupę w zakresie odpowiedzi na to pytanie był rodzaj specjalizacji lekarskiej, rozumianej jako: specjalizacja zabiegowa vs specjalizacja niezabiegowa. Badanie ujawniło istotnie wyższą gotowość lekarzy specjalności zabiegowych do odmowy świadczeń uzasadnionych medycznie, jednak nieopłacalnych ekonomicznie ($p = 0,007$). Na pytanie dotyczące stosunku lekarzy do standardów medycznych: „Czy uważa Pan/Pani, że postępowanie lecznicze powinno bazować na jednoznacznych standardach, ograniczających lekarzowi swobodę doboru metody i indywidualizację leczenia?” aż 31% ankietowanych udzieliło skrajnej odpowiedzi: „zdecydowanie nie”. „Raczej nie” odpowiedziało 46% ankietowanych, „raczej tak” – 15%, a „zdecydowanie tak” – tylko 3%; 15% lekarzy nie wyraziło opinii w tej kwestii. W sumie odpowiedzi „na nie” udzieliło 77% lekarzy w stosunku do 20% odpowiedzi „na tak”. Zmienną różnicującą grupę okazał się staż pracy lekarzy ($p = 0,003$). Ostatnie pytanie ankiety zostało skonstruowane analogicznie do stosowanego w psychologii klasycznego „testu zwrotnicy”. Miało ujawnić gotowość respondentów do podejmowania decyzji opartych na prostym rachunku ekonomicznym, rozumianym jako maksymalizacja korzyści jak największej

a half of the surveyed physicians. On the other hand, 30% and 6% replied "rather yes" and "definitely yes," respectively, and 15% of the doctors did not disclose their opinions. This question also differentiated the age group ($p = 0.037$). It is worth noting that physicians in the youngest age group (those up to the age of 30, i.e. just after their studies and during their first specialisation) declared the greatest willingness to make sacrifices for patients. This willingness dropped to the lowest level for the next age group (31–40), then gradually increased in subsequent age ranges. In answer to question: "In a situation when the patient-oriented actions, such as commissioning additional examinations, prescribing a reimbursed drug, issuing of an opinion, etc., are possible and medically justified, but not economically viable for the company you work for, would you refuse such service?," 55% of the respondents answered "never," 34% said "rarely," 8% responded "sometimes," 2% said "often," and another 2% replied "always." One variable that differentiated the answers to this question in the studied group was the physician's seniority ($p = 0.026$). It was noted that postgraduate doctors (up to two years after graduation) disclosed the lowest willingness to make justified medical practices conditional on their economic viability. They also gave the most unambiguous responses ("never") denying the possibility. Another variable that differentiates the group in respect of question 25 was the type of medical specialisation, understood as interventional specialisation vs. non-interventional specialisation. The study revealed a significantly higher level of willingness among interventional specialists to refuse medically justified but not economically viable services ($p = 0.007$). To the question concerning the attitudes of physicians to medical standards ("Do you think that treatment should be based on clear standards that limit the physician's freedom to choose the method and individualise treatment?"), 31% of the respondents answered "definitely not." "Rather not" was the response of 46% of the respondents, 15% said "rather yes," only 3% said "definitely yes," and 15% of the doctors did not express their opinion on this matter. In total, 77% of the respondents expressed a "no" attitude, while 20% leaned towards "yes." The differentiating variable was the physician's work experience ($p = 0.003$). The last question was constructed analogously to the classic "trolley problem" used in psychology. The aim was to reveal the respondent's readiness to make decisions based on a simple economic account, understood as maximising the benefits of the largest group of medical service recipients at the expense of making individually rational decisions. Answers to the question: "Imagine that you are an official deciding to grant financial resources for expensive, highly specialised treatment. You have limited resources, and you cannot shift the decision to someone else. In that case, will you give the means to save the lives of five patients at the cost of denial of also life-saving, but five times more expensive treatment for only one patient?" revealed differences in terms of the physicians' sex and workplace. Males and doctors working in hospitals were more likely to make decisions justified by simple economic reasons.

grupy odbiorców usług medycznych kosztem podejmowania decyzji uzasadnionych jednostkowo. Zadano następujące pytanie: „Proszę sobie wyobrazić, że jest Pan/Pani urzędnikiem decydującym o przyznawaniu środków finansowych na kosztowne leczenie wysokospecjalistyczne. Dysponuje Pan/Pani ograniczonymi środkami i nie ma możliwości oddania decyzji komuś innemu. Czy w takim przypadku przyzna Pan/Pani środki na uratowanie życia 5 pacjentów kosztem odmowy również ratującego życie, ale 5-krotnie droższego leczenia tylko jednego pacjenta?”. Odpowiedzi ujawniły różnice związane z płcią oraz miejscem pracy lekarzy respondentów. Do podejmowania decyzji uzasadnionych prostym rachunkiem ekonomicznym bardziej skłonni byli mężczyźni oraz lekarze pracujący w szpitalach.

Podsumowanie wyników

1. Zatrudnienie w szpitalu i płeć męska korelują z większą gotowością respondentów do podejmowania decyzji opartych na bezpośrednim rachunku ekonomicznym.
2. Lekarze do 2 lat po studiach deklarują, że korzyści pozafinansowe mają dla nich podstawowe znaczenie. Ujawniają jednocześnie najwyższą gotowość do poświęcenia się dla pacjentów oraz najniższą gotowość do uzależniania uzasadnionych działań medycznych od ich bilansu ekonomicznego.
3. Lekarze starsi deklarują mniejsze znaczenie korzyści pozafinansowych, większą wagę zagadnień etycznych, niższy poziom nieufności wobec pacjentów oraz mniejszą tendencję do odmowy dalszego leczenia w imię ochrony dóbr osobistych lekarza.
4. Chirurdzy i lekarze zabiegowi deklarują największe zadowolenie z zarobków i największe poczucie prestiżu zawodowego. Wykazują też największy poziom nieufności wobec pacjentów i najsilniejsze przekonanie, że zapis w dokumentacji lekarskiej jest ważniejszy niż rzeczywista treść wizyty. Deklarują również największą gotowość do odmowy świadczeń, które są uzasadnione medycznie, jednak nieopłacalne ekonomicznie.
5. Lekarze psychiatrzy deklarują najniższe zadowolenie z zarobków i najniższe poczucie prestiżu społecznego oraz najmniejszy poziom nieufności wobec pacjentów.
6. Zdecydowana większość lekarzy (77% vs 20%) nie nadaje kluczowego znaczenia standardom medycznym w ich codziennej praktyce lekarskiej.

OMÓWIENIE

Charakteryzujące polski system ochrony zdrowia prywatyzacja i komercjalizacja usług medycznych zaistniały w konsekwencji przemian ustrojowych lat 80. XX wieku. Pacjenci i lekarze musieli się odnaleźć w innym od dotychczasowego, kapitalistycznym systemie gospodarczym i społecznym (Bryl *et al.*, 2013; Jabłoński *et al.*, 2014a). Rozpoczęła się również wtedy dyskusja o powiązaniach gospodarki z medycyną oraz o oddziaływaniu kapitalistycznego systemu

Summary of results

1. Hospital employment and male sex correlate with greater willingness of the respondents to make decisions based on direct economic calculations.
2. Physicians up to two years after graduation declare that non-financial benefits are essential to them, and at the same time they reveal the utmost willingness to make sacrifices for patients and the lowest willingness to make justified medical efforts dependent on their economic viability.
3. Older doctors assign less importance to non-financial benefits, place greater emphasis on ethical issues, express a lower level of distrust towards patients, and show less tendency to refuse further treatment for the protection of their own personal interests.
4. Surgeons and interventional doctors declare the highest level of satisfaction with earnings and the greatest sense of professional prestige, but also the highest level of distrust towards patients, the strongest belief that medical records are more important than what is actually said and done during a visit, and the greatest willingness to refuse medically justified but not economically viable procedures.
5. Psychiatrists declare the lowest level of satisfaction with earnings and the lowest sense of social prestige, but also the lowest level of distrust towards patients.
6. The vast majority of physicians (77% vs 20%) do not consider medical standards to be of great importance in their day to day medical practice.

DISCUSSION

The political changes that occurred in Poland at the end of the 1980s resulted in the Polish health care system being characterised by privatisation and commercialisation of medical services. Patients and physicians had to find their places in the capitalist economic and social system (Bryl *et al.*, 2013; Jabłoński *et al.*, 2014a). A discussion on the links between economy and medicine has also begun, as has a dialogue on the impact of the capitalist system of values on the beliefs and attitudes of physicians who are trained and work in the context of financialisation (Jabłoński *et al.*, 2015, 2014a; Martin, 2002). In spite of the passage of time, no clear answer has yet been found to the essential question of the degree to which the medical profession can be identified with business (Sheppard, 2014). The diversity of the professional group of Polish doctors, and of their opinions in terms of general acceptance of market mechanisms, the tendency to follow a simple economic balance (doctors employed in hospitals > outpatient physicians), readiness to refuse medically justified but not economically viable procedures (surgeons and interventional specialists > others), appreciating the importance of non-financial employment benefits (younger doctors > elderly physicians), and a diverse sense of professional prestige (surgeons > non-invasive specialties > psychiatrists)

wartości na przekonania i postawy lekarzy szkolących się i pracujących w warunkach finansjalizacji (Jabłoński *et al.*, 2015, 2014a; Martin, 2002). Pomimo upływu czasu na zasadnicze pytanie: „Na ile profesja medyczna może być utożsamiana z biznesem?” do dziś nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi (Sheppard, 2014). W naszym badaniu uzyskaliśmy wyniki ujawniające różnicowanie grupy zawodowej polskich lekarzy pod względem ogólnej akceptacji mechanizmów rynkowych, tendencji do kierowania się w życiu zawodowym prostym rachunkiem ekonomicznym (lekarze zatrudnieni w szpitalach > lekarze w opiece ambulatoryjnej), gotowości do odmowy świadczeń uzasadnionych medycznie, jednak nieopłacalnych ekonomicznie (chirurdzy i lekarze zabiegowi > pozostali), nadawania znaczenia pozafinansowym korzyściom wynikającym z zatrudnienia (lekarze młodszy > lekarze starsi) oraz różnicowanego poczucia prestiżu zawodowego (chirurdzy > specjalności niezabiegowe > psychiatrzy). Wydają się one logiczne z perspektywy ekonomicznej i zgodne z poglądami innych badaczy, którzy postrzegają aktywność zawodową lekarzy jako przedsięwzięcie komercyjne i marketingowe oraz uważają, że usługi medyczne – zwłaszcza reglamentowane i regulowane administracyjnie – podlegają typowym mechanizmom rynkowym. Na ich tle zaś ujawniają się inne zjawiska społeczne, takie jak ekspozycja władzy i zależności oraz motywacje i interesy pozamedyczne (Barański *et al.*, 2000; Buddeberg-Fischer *et al.*, 2006; Thornton i Esposto, 2003). To, że płęć męska koreluje z większą gotowością lekarzy do podejmowania decyzji opartych na bezpośrednim rachunku ekonomicznym, jest zgodne z opracowaniami, w których mężczyznom przypisuje się racjonalność i instrumentalność, a kobietom – ekspresyjność, bezinteresowność i nastawienie na potrzeby innych (Królikowska, 2011). Podobnie jak w innych badaniach (Buddeberg-Fischer *et al.*, 2006; Thornton i Esposto, 2003), w analizowanej grupie polskich lekarzy najwyższe poczucie prestiżu zawodowego deklarowali chirurdzy, niższe – specjaliści niezabiegowi, a najniższe – psychiatrzy. Wynik ten może być pochodną korzystnego finansowania procedur zabiegowych, wyższych dochodów i lepszego statusu społecznego lekarzy specjalności zabiegowych w porównaniu z gorszym finansowaniem procedur niezabiegowych, a także niedofinansowania i marginalizacji opieki psychiatrycznej w Polsce. W badanej przez nas grupie lekarzy ujawnił się także różnicowany poziom gotowości do odmowy świadczeń uzasadnionych medycznie, ale nieopłacalnych ekonomicznie, jak również do odmowy leczenia pacjenta w imię ochrony dóbr osobistych lekarza i gotowości lekarzy do poświęcenia się dla pacjenta. Lekarze tuż po studiach (do 2. roku pracy) deklarowali największą gotowość do poświęcenia się dla pacjentów oraz najmniejszą skłonność do odmowy uzasadnionych świadczeń medycznych skutkujących niekorzystnym bilansem ekonomicznym pracodawcy. Wynik ten może wskazywać na przewagę motywacji autotelicznej u młodych, kończących studia lekarzy oraz na odwoływanie się przez nich do tradycyjnego

seem logical from an economic perspective and in line with the views of other researchers who perceive the professional activity of doctors as a commercial and marketing undertaking, and believe that medical services, especially those rationed and regulated administratively, are subject to typical market mechanisms against the background of which other social phenomena, such as exposition of power and dependence as well as non-medical motives and interests, are revealed (Barański et al., 2000; Buddeberg-Fischer et al., 2006; Thornton and Esposto, 2003). The fact that male sex correlates with greater willingness of physicians to make decisions based on direct economic calculations is consistent with studies in which rationality and instrumentality are attributed to men, and women are said to be expressive, disinterested, and attentive to others (Królikowska, 2011). As in other studies (Buddeberg-Fischer et al., 2006; Thornton and Esposto, 2003), the highest sense of professional prestige among the examined group of Polish doctors was declared by surgeons, then by non-invasive specialists, and the lowest by psychiatrists. This result can be attributed to the favourable financing of treatment procedures, higher income and better social status of invasive specialists compared with poorer financing for non-surgical procedures and the under-funding and marginalisation of psychiatric care in Poland. In the studied group, there was also a varied level of readiness to refuse medically justified but not economically viable services, or to refuse treatment for the doctor's personal protection and the willingness of the physician to make sacrifices for their patient. Doctors just after graduation (up to two years) declared the greatest willingness to make sacrifices for patients and the lowest willingness to deny justified medical procedures that could have a negative effect on their employer's economic balance. This result may point to the predominance of autotelic motivation in young doctors completing their studies, and their appeal to the traditional ethos-based value system instead of the instrumental approach associated with the simple calculation of economic benefits. This observation is consistent with other studies (Jabłoński et al., 2016; Waszkiewicz et al., 2012). Concerns may arise about the gradual disappearance of such attitudes among physicians in subsequent years of professional work. At the same time, younger physicians generally disclosed their readiness to refuse treatment for patients who become a personal burden for them in terms of time, finances or emotions. On the other hand, doctors at the age over 60 years declared the greatest willingness to maintain relationships with patients despite overwhelming workloads, which may indicate the fundamental importance of work experience and age-acquired personal resources for the effective resolution of difficult and emotionally stressful situations, and the superiority of utilitarian attitudes in the group of senior doctors. Additionally, this result may indirectly indicate a generally low level of empathy among Polish physicians, especially the younger ones, who are currently entering the labour market and shaping their attitudes based on the current value system, as pointed out by other researchers (Gałuszka, 2012; Hojat et al., 2003).

systemu wartości – opartego na etosie zawodowym, a nie na podejściu instrumentalnym, związanym z prostą kalkulacją korzyści ekonomicznych. Obserwacja ta jest zgodna z wynikami innych badań (Jabłoński *et al.*, 2016; Waszkiewicz *et al.*, 2012). Obawy może budzić fakt stopniowego zanikania takich postaw wśród lekarzy w kolejnych latach pracy zawodowej. Równocześnie młodszy lekarze ujawnili generalnie większą niż starsi gotowość do odmowy leczenia pacjenta stanowiącego dla nich ponadprzeciętne osobiste obciążenie (czasowe, finansowe, emocjonalne). Natomiast największą gotowość do podtrzymania kontaktu z pacjentami pomimo wyższych niż zazwyczaj obciążeń deklarowali badani w grupie wiekowej powyżej 60. roku życia. Może to świadczyć o podstawowym znaczeniu doświadczenia zawodowego i nabywanych z wiekiem zasobów osobistych dla efektywnego rozwiązywania sytuacji trudnych i obciążających emocjonalnie oraz o przewadze postaw utilitarnych w grupie lekarzy starszych. Wynik ten może pośrednio świadczyć również o ogólnie niskim poziomie empatii wśród polskich lekarzy, zwłaszcza tych młodszych, wchodzących obecnie na rynek pracy i kształtujących swoje postawy na podstawie aktualnego systemu wartości. Znajduje to potwierdzenie w spostrzeżeniach również innych badaczy (Gałuszka, 2012; Hojat *et al.*, 2003). Ciekawy jest wynik wskazujący na to, że zdecydowana większość ankietowanych lekarzy (77% vs 20%) uważa, iż ich codzienna praktyka nie powinna opierać się na standardach medycznych ograniczających lekarzowi swobodę wyboru metody i indywidualizację leczenia. W tym kontekście Butzlaff i wsp. (2006) badali nastawienie niemieckich lekarzy do stosowania standardów medycznych. Nieco ponad połowa ankietowanych w tym badaniu (55,3%) podkreślała przydatność standardów medycznych w praktyce lekarskiej. Zdecydowanie negatywne nastawienie do standardów medycznych raportowało 33,1% lekarzy. W tej grupie negatywną opinię na temat standardów wyrażali lekarze prowadzący praktyki indywidualne i lekarze specjaliści, natomiast większą akceptację standardów – lekarze rodzinni i ci pracujący w praktykach grupowych. Nasze badanie nie ujawniło różnicowania grupy w zależności od miejsca zatrudnienia oraz rodzaju specjalizacji. Wahabi i wsp. (2011) porównywali opinię na temat standardów medycznych wśród lekarzy zatrudnionych w szpitalu King Khalid w Arabii Saudyjskiej. Zaobserwowali generalnie wysoką akceptację standardów medycznych (na poziomie 60–71% respondentów) – co różni się od naszych wyników – oraz podobnie jak w naszym badaniu dodatnią korelację akceptacji standardów i dłuższego stażu pracy. Być może krytyczną postawę polskich lekarzy wobec standardów medycznych można tłumaczyć tym, że redukują one rzeczywistość kliniczną oraz nie uwzględniają rzeczywistych potrzeb konkretnego pacjenta i osobowej relacji lekarz–pacjent, na co zwracają też uwagę inni badacze (Murawiec *et al.*, 2017). Być może pewne znaczenie ma tu też fakt, że w przypadku standaryzacji postępowania w placówkach medycznych dochodzi często do nakładania się standardów merytorycznych –

An interesting finding is that the vast majority of the surveyed physicians (77% vs. 20%) believe that their daily practice should not be based on medical standards that limit the physician's ability to choose their methods and individualise treatment. In this context, Butzlaff et al. (2006) studied the attitude of German physicians to the application of medical standards. A little over a half of the respondents in this study (55.3%) emphasised the usefulness of medical standards in practice, and 33.1% of the physicians reported strongly negative attitudes towards medical standards. In this group, negative opinions on standards were expressed by individual practitioners and specialists, while higher standards were accepted by GPs and family doctors. Our study did not reveal any diversity in the opinions expressed by the respondents depending on the place of employment or type of specialisation. Wahabi et al. (2011) compared the opinions on medical standards among physicians employed at King Khalid Hospital in Saudi Arabia. They generally observed high acceptance of medical standards (60–71% of the respondents), which is different from our results, and similar to our work positive correlation of acceptance of standards and longer work experience. Perhaps the critical attitude of Polish doctors towards medical standards can be explained by the fact that such standards dilute clinical reality and do not take into account the actual needs of a particular patient and the personal physician–patient relationship, as pointed out by other researchers (Murawiec et al., 2017). Perhaps it is important that, in the case of standardisation of proceedings in medical institutions, there is often an overlap of substantive standards (presented by scientific societies) with administrative standards (such as those published by the National Health Fund), which are generally less accepted (Butzlaff et al., 2006). The perception of ethical issues by physicians in the context of their professional practice is another interesting research area (Schulz et al., 2012; Unnikrishnan et al., 2014). Unnikrishnan et al. (2014) noted that the majority of physicians surveyed emphasised the importance of professional ethics in practice and in resolving legal and disciplinary problems. Our study also shows that Polish physicians decisively recognise the importance of ethical issues in their current medical practice, and that this relationship correlates positively with the age of the surveyed physicians, which may support the observation that the ethical attitudes of doctors are acquired and sharpened along with their professional experience (Unnikrishnan et al., 2014). Only 5% of the physicians in our study said that ethical issues were anachronistic and impractical for them. Although this is a small percentage, there is a question of the negative impact of such attitudes on clinical practice and social life (Rosenbaum, 2015). Along with the development of the relational marketing concept, trust and its influence on the effectiveness of an organisation have become the subjects of scientific research at the crossroads of economics and psychology. Research shows that gaining and maintaining trust is a key factor in building and developing long-lasting and valuable service relationships (Bryl et al., 2013). A number of authors have attempted

ogłaszanych przez towarzystwa naukowe – ze standardami administracyjnymi (np. ogłaszanych przez NFZ), które generalnie są mniej akceptowane (Butzlaff et al., 2006). Postrzeganie kwestii etycznych przez lekarzy w kontekście ich praktyki zawodowej jest kolejnym interesującym obszarem badawczym (Schulz et al., 2012; Unnikrishnan et al., 2014). Unnikrishnan i wsp. (2014) odnotowali, że większość ankietowanych przez nich lekarzy podkreślała znaczenie zagadnień etyki zawodowej w praktyce lekarskiej oraz w rozstrzyganiu problemów prawnych i dyscyplinarnych. Również w naszym badaniu wykazano, że polscy lekarze, w zdecydowanej przewadze, uznają znaczenie zagadnień etycznych w ich aktualnej praktyce lekarskiej oraz że zależność ta koreluje pozytywnie z wiekiem ankietowanych lekarzy. Może to potwierdzać obserwację, że postawy etyczne lekarzy kształtują się w miarę nabywania przez nich doświadczenia zawodowego (Unnikrishnan et al., 2014). Jedynie 5% ankietowanych przyznało, że zagadnienia etyczne są dla nich anachroniczne i niepraktyczne. Choć jest to niewielki odsetek, to jednak rodzi się pytanie o negatywne oddziaływanie takich postaw w praktyce klinicznej i życiu społecznym (Rosenbaum, 2015). Wraz z rozwojem koncepcji marketingu relacyjnego zaufanie i jego wpływ na efektywność organizacji stały się przedmiotem badań naukowych na styku ekonomii i psychologii. Wyniki badań dowodzą, iż zdobycie i utrzymanie zaufania jest kluczowym czynnikiem budowy oraz rozwoju długotrwałych i wartościowych relacji usługowych (Bryl et al., 2013). Szereg autorów podejmuje próbę analizy zaufania pacjentów względem lekarzy (Anderson i Narus, 1990; Krawczyńska, 2013; Thom et al., 2002). Nam natomiast nie udało się dotrzeć do analiz odwrotnego kierunku tej relacji, tzn. badań dotyczących zaufania lekarzy do pacjentów i ewentualnego znaczenia tej zmiennej dla relacji terapeutycznej. W naszym badaniu lekarze młodszy raportowali większą nieufność wobec pacjentów niż lekarze starsi. W podziale na specjalizacje największą nieufność wobec pacjentów deklarowali chirurdzy i lekarze zabiegowi, a najmniejszą – psychiatry. Anderson i Narus (1990) twierdzą, że zaufanie to pozytywne oczekiwania jednej strony relacji, iż druga strona będzie postępować w sposób przynoszący jej pozytywne rezultaty, jak również nie dokona nieoczekiwanych przedsięwzięć mogących mieć negatywny wpływ na wynik relacji. W warunkach postępującej finansjalizacji obszaru usług medycznych i narastania postaw roszczeniowych pacjentów obniżony poziom bezpieczeństwa lekarzy zagrożonych roszczeniem po zakończeniu świadczenia usługi medycznej może sprzyjać obniżeniu wyjściowego poziomu zaufania do pacjentów – klientów. Jest to szczególnie widoczne w działalności zabiegowej, gdzie postępowanie medyczne powszechnie traktowane jest jako bezpośrednia usługa. Z obszarem zaufanie–nieufność wiąże się też kolejna obserwacja z naszego badania: że chirurdzy i lekarze zabiegowi najczęściej zgadzają się z twierdzeniem, iż zapis w dokumentacji lekarskiej ma większe znaczenie niż realny przebieg wizyty. Wynik ten może potwierdzać teorię, że zaufanie i zaangażowanie

to analyse patients' trust in physicians (Anderson and Narus, 1990; Krawczyńska, 2013; Thom et al., 2002), but we have not been able to discover in the literature any analysis of the reverse direction of this relationship, i.e., research into the trust of physicians towards patients and the possible meaning of this variable for therapeutic relationships. In our study, younger doctors reported more distrust towards patients than older doctors. In terms of specialties, the greatest level of distrust towards patients was declared by surgeons and invasive specialists, and the lowest by psychiatrists. Anderson and Narus (1990) argue that trust is the positive expectation of one side of the relationship that the other party will behave in a way that produces positive results and does not do anything unexpected that may have a negative impact on the outcome of the relationship. In the context of the progressive financialisation of medical services and the rise in legal claims made by patients, the greater risk faced by physicians after the completion of a medical service may reduce the initial level of trust in patients as clients, which is particularly evident in therapies where medical treatment is generally considered to be a direct service. Another observation from our study, namely that surgeons and invasive doctors mostly agree with the statement that medical records are more important than what is actually said and done during a visit, is also connected with trust/mistrust. This result may support the theory that trust and engagement affect the quality of relationships by shaping the attitudes and behaviour of the patient and the doctor (Krawczyńska, 2013). In this case, it is about shaping the negative attitude and disturbing the relationship by assigning greater meaning to medical records than to what is actually said or done during the course of a medical visit. In extreme cases, such conduct may lead to the creation of fictitious documentation that does not reflect clinical realities and exists purely for material gain (for example, the refund of the cost of the procedure, or the protection of the physician from any possible claim by the patient).

In conclusion, we hope that the knowledge of the attitudes of Polish physicians in our study can be useful both for the medical education system and for the physicians who are consciously developing their professional careers, as well as for health care institutions employing physicians. Our observations on the difference between doctors in their attitudes to professional prestige may also be an incentive for politicians to take action to diminish the present disproportionality in the financing of interventional and non-interventional areas of health care in Poland. Doctors need to be aware of their attitudes and emotions, not only to avoid professional burnout, but to build empathy-based relationships with patients skillfully (Ofri, 2013). Our study also fits into a discussion on changes in the mentality, goals and behaviour of physicians in countries subjected to capitalist transformation, and in the context of social changes that may be the result of the global financialisation process. Thus, the authors express their hope that the research presented in this paper will be a useful voice in discussions about the professional attitudes of doctors in the changing world.

wpływają na jakość relacji poprzez kształtowanie postaw oraz zachowań pacjenta i lekarza (Krawczyńska, 2013). W tym przypadku chodzi o kształtowanie postawy negatywnej i zaburzenie relacji poprzez nadawanie przez lekarzy większego znaczenia treści dokumentacji niż rzeczywistemu przebiegowi wizyty lekarskiej. W skrajnych przypadkach postępowanie takie może prowadzić do tworzenia dokumentacji fikcyjnej, nieodzwierciedlającej rzeczywistości klinicznej, a służącej jedynie wyłudzeniu korzyści materialnej – np. refundacji kosztu procedury – lub zabezpieczeniu lekarza przed ewentualnym roszczeniem ze strony pacjenta.

Podsumowując, wyrażamy nadzieję, że wiedza o postawach polskich lekarzy uzyskana w prezentowanym badaniu może być przydatna zarówno dla systemu szkolnictwa medycznego, dla samych lekarzy świadomie rozwijających swoją karierę zawodową, jak i dla instytucji organizujących opiekę zdrowotną i zatrudniających lekarzy jako pracowników. Lekarze powinni zdawać sobie sprawę ze swoich postaw i emocji – nie tylko po to, by unikać zjawiska wypalenia zawodowego, lecz także ze względu na to, aby umiejętnie budować oparte na empatii i trosce relacje z pacjentami (Ofri, 2013). Prezentowane badanie wpisuje się też w dyskusję o zmianach mentalności, celów i zachowań lekarzy w krajach podlegających kapitalistycznej transformacji ustrojowej, jak również w kontekście zmian zachodzących w relacjach społecznych, które mogą być konsekwencją globalnego procesu finansjalizacji. Tym samym autorzy wyrażają nadzieję, że będzie ono użytecznym głosem w dyskusji o postawach zawodowych lekarzy w zmieniającym się świecie.

OGRANICZENIE BADANIA

Niska stopa zwrotu ankiet – związana z internetową metodologią rekrutacji uczestników – jest widocznym ograniczeniem badania. Ze względu na to, że miało ono charakter obserwacyjny i zostało przeprowadzone za pomocą internetowej ankiety skierowanej do określonej grupy lekarzy posiadających konta medyczne na portalu Medforum, nie zastosowano formuły doboru wielkości próby. Dlatego też grupa obserwacyjna nie była reprezentatywna dla populacji polskich lekarzy. Stanowi to znaczące ograniczenie badania. Jednak z uwagi na różnorodność grupy pod względem takich cech jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, staż pracy, miejsce pracy i rodzaj specjalizacji autorzy postanowili wyciągnąć ogólne wnioski.

WNIOSKI

1. Polscy lekarze stanowią grupę niejednorodną pod względem motywacji, poczucia prestiżu zawodowego oraz deklarowanych postaw wobec pacjentów, co należy brać pod uwagę przy organizacji usług medycznych oraz szkoleniu lekarzy.
2. Polscy psychiatry deklarują najniższe zadowolenie z zarobków i najmniejsze poczucie prestiżu społecznego

LIMITATIONS OF THE STUDY

The low rate of return of surveys related to the online methodology of recruiting participants is a visible limitation of the study. Due to the fact that the presented study was observational in character and was conducted by an internet questionnaire addressed to a specific group of physicians with the Medforum medical portal accounts, a sample size selection formula was not applied. Thus, the observation group is not representative of the Polish medical profession as a whole. This is a limitation of the study. However, due to the diversity of the group in terms of features such as age, sex, place of residence, length of service, place of work and type of specialisation, the authors decided to draw general conclusions.

CONCLUSIONS

1. Polish doctors are a heterogeneous group in terms of motivation, sense of professional prestige and declared attitudes toward patients, which should be taken into account when organising medical services and training doctors.
2. Polish psychiatrists declare the lowest level of satisfaction with earnings and the lowest sense of social prestige in comparison to other medical specialties, which should be taken into account when establishing the financing system for psychiatric treatment in Poland.
3. Changing social and economic conditions influence physicians' attitudes being shaped in a direction less oriented towards the interests of their patients. This is indicated by the differences in the results of the study related to the age of the surveyed physicians.
4. Attributing low meaning to medical standards may have a negative impact on the effectiveness of the standardisation of medical services in Poland.

Statement

The study is part of a wider scientific project on the impact of financialisation on different areas of the medical services market in Poland (Jabłoński et al., 2014b; 2015, 2014a, 2016).

Conflict of interest

The authors do not report any financial or personal affiliations to persons or organisations that could negatively affect the content of or claim to have rights to this publication.

Funding/Support and role of the sponsor

The study was carried out with the authors' own resources, without institutional funding.

Acknowledgements

The authors would like to acknowledge the employees of the Medforum Company for help in the distribution of online surveys.

pośród innych specjalności lekarskich. Powinno się to uwzględnić przy projektowaniu systemu finansowania opieki psychiatrycznej w Polsce.

3. Zmieniające się warunki społeczne i ekonomiczne sprzyjają kształtowaniu się postaw lekarzy mniej nastawionych na interesy pacjenta. Wskazują na to różnice w wynikach badania związane z wiekiem ankietowanych lekarzy.
4. Nadawanie niskiego znaczenia standardom medycznym może mieć negatywny wpływ na efektywność standaryzacji usług medycznych w Polsce.

Oświadczenie

Badanie jest częścią szerszego projektu naukowego dotyczącego wpływu finansjalizacji na różne obszary rynku usług medycznych w Polsce (Jabłoński et al., 2014b; 2015, 2014a, 2016).

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Badanie zostało zrealizowane ze środków własnych, bez instytucjonalnych źródeł finansowania.

Podziękowania

Autorzy dziękują pracownikom firmy Medforum Sp. z o.o. za pomoc w dystrybucji kwestionariuszy online.

References / Piśmiennictwo

- Anderson JC, Narus JA: A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships. *Journal of Marketing* 1990; 54: 42–58.
- Barański J, Waszyński E, Steciwko A: Komunikowanie się lekarza z pacjentem: empatia – troska – intymność – autonomia – prawo. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
- Bryl W, Hoffmann K, Pupek-Musialik D: Relacja pacjent–lekarz: konflikt postaw w aspekcie farmakoterapii nadciśnienia tętniczego. *Now Lek* 2013; 82: 335–337.
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T et al.: Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 137.
- Butzlaff M, Kempkens D, Schnee M et al.: German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines – a national survey. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 47.
- Civaner MM, Balcioglu H, Vatansever K: Medical students' opinions about the commercialization of healthcare: a cross-sectional survey. *J Bioeth Inq* 2016; 13: 261–270.
- Dembinski PH: Finance: Servant or Deceiver? *Financialization at the Crossroad*. Observatoire de la Finance, Palgrave Macmillan 2009.
- Foster JB: The Financialization of Capitalism. *Mon Rev* 2007; 58: 1–14.
- Gałużka M: Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju internetu. *Przegląd Socjologiczny* 2012; 61: 118–150.
- Giddens A: *Konsekwencje nowoczesności*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- Hojat M, Gonnella JS, Mangione S et al.: Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Semin Integr Med* 2003; 1: 25–41.
- Holub G: Pacjent jako osoba. In: Chańska W, Hartman J (eds.): *Bioetyka w zawodzie lekarza*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010: 39–48.
- Jabłoński MJ, Kulak M, Lenart M et al.: Dlaczego farmaceuci proponują zamiast leków? *Psychiatria* 2014b; 11: 99–106.
- Jabłoński MJ, Murawiec S, Bielas J et al.: Financialization may affect the therapeutic relationship in psychotherapy. *Psychiatr Psychol Klin* 2015; 15: 13–18.
- Jabłoński MJ, Pilecki MW, Murawiec S et al.: Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku. *Psychiatria* 2014a; 11: 81–86.
- Jabłoński MJ, Szot-Parda M, Grzegorek T et al.: Motywacje autotelicznej vs instrumentalnej lekarzy a wybór specjalizacji medycznej na tle poczucia koherencji. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 445–455.
- Knoll M, Otte I, Salloch S et al.: [“Something humane has been lost”. Re-evaluation of the attitudes of senior physicians towards the G-DRG System – a qualitative normative analysis]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2018; 131–132: 60–65.
- Kołaczek B: Uwarunkowania demograficzne, społeczno-gospodarcze i kulturowe polityki rodzinnej w krajach Unii Europejskiej. In: Zubik M (ed.): *Polityka rodzinna w krajach Unii Europejskiej – wnioski dla Polski (Family policy in the EU – recommendations for Poland)*. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich – Materiały nr 67, Zeszyty Naukowe, Warszawa 2009: 31–54.
- Kołodko G: A two-thirds rate of success: Polish transformation and economic development, 1989–2008. In: Fosu AF (ed.): *Development Success: Historical Accounts from More Advanced Countries*. United Nations University, Helsinki 2013: 277–307.
- Krawczyńska A: Związek pomiędzy zaufaniem do lekarza a postrzeganą jakością usługi medycznej. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Oeconomica* 2013; 287: 145–156.
- Królikowska S: Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia. *Now Lek* 2011; 80: 387–393.
- Kupiszewski M: Migration in Poland in the Period of Transition – The Adjustment to the Labour Market Change. In: Kuboniwa M, Nishimura Y (eds.): *Economics of Intergenerational Equity in Transition Economies*. Maruzen, Tokyo 2006: 255–276. Available from: http://hermes-ir.lib.hit-u.ac.jp/rs/bitstream/10086/14282/1/pie_dp266.pdf [cited: 30 November 2018].
- Maciąg A: Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych. Istota relacji lekarz – pacjent w medycynie. *Studia i Materiały* 2008; 1: 125–133.
- Martin R: *Financialization of Daily Life*. Temple University Press, Philadelphia 2002.
- Murawiec S, Kudlik A, Matuszczyk M et al.: Nastawienie lekarzy psychiatrów wobec psychoterapii – badanie ogólnopolskie. *Psychiatria* 2017; 14: 101–115.
- Noblett JE, Lawrence R, Smith JG: The attitudes of general hospital doctors toward patients with comorbid mental illness. *Int J Psychiatry Med* 2015; 50: 370–382.
- Ofri D: *What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine*. Beacon Press, Boston 2013.
- Rathner G: Post-communism and the marketing of the thin ideal. In: Nasser M, Katzman MA, Gordon RA (eds.): *Eating Disorders and Cultures in Transition*. Brunner-Routledge (Taylor & Francis Group), London and New York 2001: 93–110.
- Relman AS: Medical professionalism in a commercialized health care market. *JAMA* 2007; 298: 2668–2670.
- Rosenbaum L: Conflicts of interest: part 1: Reconnecting the dots – reinterpreting industry–physician relations. *N Engl J Med* 2015; 372: 1860–1864.
- Schulz S, Woestmann B, Huenges B et al.: How important is medical ethics and history of medicine teaching in the medical curriculum? An empirical approach towards students' views. *GMS Z Med Ausbild* 2012; 29: Doc08.
- Sheppard RD: Is medicine a profession or a business? *Pol Arch Med Wew* 2014; 124: 285–289.
- Thom DH, Kravitz RL, Bell RA et al.: Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam Pract* 2002; 19: 476–483.
- Thornton J, Esposto F: How important are economic factors in choice of medical specialty? *Health Econ* 2003; 12: 67–73.
- Unnikrishnan B, Kanchan T, Kulkarni V et al.: Perceptions and practices of medical practitioners towards ethics in medical practice – a study from coastal South India. *J Forensic Leg Med* 2014; 22: 51–56.
- Veatch RM: The sources of professional ethics: why professions fail. *Lancet* 2009; 373: 1000–1001.
- Wahabi HA, Alzeidan RA, Fayed AA et al.: Attitude and practice of the health care professionals towards the clinical practice guidelines in King Khalid University Hospital in Saudi Arabia. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 763–767.
- Waszkiewicz L, Zatońska K, Einhorn J et al.: Motywacje wyboru studiów medycznych na przykładzie studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu. *Hygeia Public Health* 2012; 47: 223–226.
- Widmar A: Of means and ends: the financialization and regulation of health care. *Linacre Q* 2016; 83: 382–386.

Appendix 1

Załącznik 1

Physician attitudes questionnaire

Kwestionariusz akceptacji mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia dla lekarzy

The following set of questions refers to various aspects of the medical activities of doctors. There are five possible answers to each question. Please mark with a circle the number which expresses your answer. Please mark **only one** answer to each question.

*Poniższy zestaw pytań odnosi się do różnych aspektów działalności medycznej lekarzy. Przy każdym pytaniu podano pięć możliwych odpowiedzi. Proszę otoczyć kółkiem tę cyfrę, która wyraża Pana/Pani odpowiedź. W każdym pytaniu proszę zaznaczyć **tylko jedną** odpowiedź.*

1. What is the meaning of financial benefits in your work as a doctor?

1. Jakie znaczenie w Pana/Pani pracy jako lekarza ma zysk finansowy?

1	2	3	4	5
It has no meaning <i>Nie ma żadnego znaczenia</i>	It has little meaning <i>Ma niewielkie znaczenie</i>	It has moderate meaning <i>Ma średnie znaczenie</i>	It has great meaning <i>Ma duże znaczenie</i>	It has basic meaning <i>Ma podstawowe znaczenie</i>

2. What is the meaning for you of other non-financial benefits from your current employment (e.g. possibility of scientific work, specialisation, gaining experience, promotion or other not mentioned personal benefits)?

2. Jakie znaczenie mają dla Pana/Pani inne, pozafinansowe korzyści wynikające z obecnego zatrudnienia (np. możliwość pracy naukowej, robienie specjalizacji, zdobywanie doświadczenia, możliwość awansu lub inne, niewymienione osobiste korzyści)?

1	2	3	4	5
They have no meaning <i>Nie mają żadnego znaczenia</i>	They have little meaning <i>Mają niewielkie znaczenie</i>	They have moderate meaning <i>Mają średnie znaczenie</i>	They have great meaning <i>Mają duże znaczenie</i>	They have basic meaning <i>Mają podstawowe znaczenie</i>

3. Do you compare your work as a doctor to other services on the market?

3. Czy porównuje Pan/Pani swoją pracę jako lekarza do innych usług obecnych na rynku?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

4. Do you consider your patients to be clients or beneficiaries?

4. Czy swoich pacjentów nazywa Pan/Pani klientami lub świadczeniobiorcami?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

5. Do you think about your patients in the category of "poor" or "rich"?

5. Czy myśli Pan/Pani o swoich pacjentach w kategorii „biedny” lub „bogaty”?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

6. Do you think of other doctors as of potential competition?

6. Czy o innych lekarzach myśli Pan/Pani jak o potencjalnej konkurencji?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

7. What do you think is the meaning of the professional advertising of medical activity?

7. Jakie znaczenie Pana/Pani zdaniem ma profesjonalna reklama działalności medycznej?

1	2	3	4	5
It has no meaning <i>Nie ma żadnego znaczenia</i>	It has little meaning <i>Ma niewielkie znaczenie</i>	It has moderate meaning <i>Ma średnie znaczenie</i>	It has great meaning <i>Ma duże znaczenie</i>	It has basic meaning <i>Ma podstawowe znaczenie</i>

8. Do you choose the method of treatment based on the results of the statistical studies that justify this method?

8. Czy wybierając metodę leczenia, opiera się Pan/Pani na wynikach badań statystycznych uzasadniających tę metodę?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

9. Does cooperation with business partners (e.g. pharmaceutical companies) affect your choice of treatment?

9. Czy współpraca z partnerami biznesowymi (np. firmami farmaceutycznymi) wpływa na Pana/Pani decyzje odnośnie do wyboru metody leczenia?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

10. Do you trust your colleagues, supervisors and officials?

10. Czy ufa Pan/Pani swoim współpracownikom, przełożonym, urzędnikom?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

11. Do you feel distrust towards your patients?

11. Czy odczuwa Pan/Pani nieufność wobec pacjentów?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

12. In a situation where some action for the patient is possible but requires additional personal effort and time and will not result in payment, and you can use existing rules to justify refusal to carry out the action, will you use this possibility?

12. Czy w sytuacji, kiedy jakieś działanie na rzecz pacjenta jest możliwe, ale wymaga dodatkowego osobistego trudu i czasu oraz nie spotka się z zapłatą, a dodatkowo uzasadniając odmowę, można zastosować się obowiązującymi przepisami, to skorzysta Pan/Pani z takiej możliwości?

1	2	3	4	5
Definitely not <i>Zdecydowanie nie</i>	Rather not <i>Raczej nie</i>	I have no opinion <i>Nie mam zdania</i>	Rather yes <i>Raczej tak</i>	Definitely yes <i>Zdecydowanie tak</i>

13. Do you agree with the following statement: "In business, truthfulness equals naivety"?

13. Czy zgadza się Pan/Pani z następującym twierdzeniem: „W biznesie prawdomówność równa się naiwności”?

1	2	3	4	5
Definitely not <i>Zdecydowanie nie</i>	Rather not <i>Raczej nie</i>	I have no opinion <i>Nie mam zdania</i>	Rather yes <i>Raczej tak</i>	Definitely yes <i>Zdecydowanie tak</i>

14. Do you agree with the following statement: "Honesty in business is not recommended except where it is rewarded"?

14. Czy zgadza się Pan/Pani z następującym twierdzeniem: „Uczciwość w biznesie nie jest zalecana, z wyjątkiem sytuacji, w których się opłaca”?

1	2	3	4	5
Definitely not <i>Zdecydowanie nie</i>	Rather not <i>Raczej nie</i>	I have no opinion <i>Nie mam zdania</i>	Rather yes <i>Raczej tak</i>	Definitely yes <i>Zdecydowanie tak</i>

15. Do you think ethical issues are anachronistic and impractical?

15. Czy zagadnienia etyczne są Pana/Pani zdaniem anachroniczne i niepraktyczne?

1	2	3	4	5
Definitely not <i>Zdecydowanie nie</i>	Rather not <i>Raczej nie</i>	I have no opinion <i>Nie mam zdania</i>	Rather yes <i>Raczej tak</i>	Definitely yes <i>Zdecydowanie tak</i>

16. If, during a medical conference devoted to new methods of treatment, there is a parallel session on ethical issues, would you choose the latter instead of the former?

16. Jeśli na konferencji medycznej poświęconej nowym metodom leczenia będzie równoległa sesja o tematyce etycznej, to wybierze ją Pan/Pani kosztem sesji o nowych lekach?

1	2	3	4	5
Never <i>Nigdy</i>	Rarely <i>Rzadko</i>	Sometimes <i>Czasami</i>	Often <i>Często</i>	Always <i>Zawsze</i>

17. Do you agree with the following statement: "When choosing the profession of doctor, of greatest importance is the »vocation,« understood as unselfish willingness to help others"?

17. Czy zgadza się Pan/Pani z następującym twierdzeniem: „Przy wyborze zawodu lekarza najważniejsze jest tzw. powołanie do zawodu, rozumiane jako chęć niesienia bezinteresownej pomocy innym”?

1	2	3	4	5
Definitely not <i>Zdecydowanie nie</i>	Rather not <i>Raczej nie</i>	I have no opinion <i>Nie mam zdania</i>	Rather yes <i>Raczej tak</i>	Definitely yes <i>Zdecydowanie tak</i>

18. Do you agree with the following statement: "It is worth becoming a doctor, because this profession is associated with high social prestige and good earnings"?

18. Czy zgadza się Pan/Pani z następującym twierdzeniem: „Warto zostać lekarzem, gdyż uprawianie tego zawodu wiąże się z wysokim prestiżem społecznym i dobrymi zarobkami”?

1	2	3	4	5
Definitely not <i>Zdecydowanie nie</i>	Rather not <i>Raczej nie</i>	I have no opinion <i>Nie mam zdania</i>	Rather yes <i>Raczej tak</i>	Definitely yes <i>Zdecydowanie tak</i>

19. Do you agree with the following statement: "What is actually said and done during a medical visit is not as important as what is written in the medical records of this visit"?

19. Czy zgadza się Pan/Pani z następującym twierdzeniem: „To, co zostało realnie powiedziane i zrobione w trakcie wizyty lekarskiej, nie jest tak ważne jak to, co zapisano w dokumentacji medycznej z tej wizyty”?

1	2	3	4	5
Definitely not <i>Zdecydowanie nie</i>	Rather not <i>Raczej nie</i>	I have no opinion <i>Nie mam zdania</i>	Rather yes <i>Raczej tak</i>	Definitely yes <i>Zdecydowanie tak</i>

20. Do you think that, when a patient becomes physically, financially, emotionally or otherwise over-burdening, it is permissible to discontinue further contact (refuse to continue treatment) in the name of protecting the personal interests of the physician?

20. Czy uważa Pan/Pani, że w sytuacji, kiedy pacjent staje się dla lekarza zbyt obciążający czasowo, finansowo, emocjonalnie lub w inny sposób, dopuszczalne jest zerwanie z nim dalszego kontaktu (odmowa dalszego leczenia), w imię ochrony dóbr osobistych lekarza?

1	2	3	4	5
Definitely not Zdecydowanie nie	Rather not Raczej nie	I have no opinion Nie mam zdania	Rather yes Raczej tak	Definitely yes Zdecydowanie tak

21. Do you think that treatment should be based on clear standards that limit the physician's freedom to choose their methods and individualise treatment?

21. Czy uważa Pan/Pani, że postępowanie lecznicze powinno bazować na jednoznacznych standardach, ograniczających lekarzowi swobodę doboru metody i indywidualizację leczenia?

1	2	3	4	5
Definitely not Zdecydowanie nie	Rather not Raczej nie	I have no opinion Nie mam zdania	Rather yes Raczej tak	Definitely yes Zdecydowanie tak

22. Do you think it is permissible for a doctor to discuss the methods used by another doctor during a consultation with a patient?

22. Czy Pana/Pani zdaniem dopuszczalne jest, aby w rozmowie z pacjentami lekarz krytykował metody stosowane przez innego lekarza w celu przejęcia jego pacjentów?

1	2	3	4	5
Definitely not Zdecydowanie nie	Rather not Raczej nie	I have no opinion Nie mam zdania	Rather yes Raczej tak	Definitely yes Zdecydowanie tak

23. Should information about doctors' business affiliations, earnings and assets (property declarations) be public, as is the case for some other public figures?

23. Czy informacje o powiązaniach biznesowych lekarzy oraz o wysokości ich zarobków i stanu posiadania (deklaracje majątkowe) powinny być jawne, podobnie jak to ma miejsce w przypadku osób publicznych?

1	2	3	4	5
Definitely not Zdecydowanie nie	Rather not Raczej nie	I have no opinion Nie mam zdania	Rather yes Raczej tak	Definitely yes Zdecydowanie tak

24. Do you think that doctors should devote themselves to the good of their patients?

24. Czy uważa Pan/Pani, że lekarz powinien poświęcić się dla dobra swoich pacjentów?

1	2	3	4	5
Definitely not Zdecydowanie nie	Rather not Raczej nie	I have no opinion Nie mam zdania	Rather yes Raczej tak	Definitely yes Zdecydowanie tak

25. In a situation when patient-oriented actions, such as commissioning additional examinations, prescribing a reimbursed drug, issuing an opinion, etc., are possible and medically justified, but not economically viable for the company you work for, will you refuse to carry out such an action?

25. W sytuacji, kiedy działanie na rzecz pacjenta, np. zlecenie dodatkowych badań, wypisanie leku refundowanego, wystawienie opinii itp., jest możliwe i uzasadnione medycznie, ale nieopłacalne ekonomicznie dla firmy, w której Pan/Pani pracuje, to odmówi Pan/Pani takiego świadczenia?

1	2	3	4	5
Never Nigdy	Rarely Rzadko	Sometimes Czasami	Often Często	Always Zawsze

26. In a situation when patient oriented-actions, such as commissioning additional examinations, prescribing reimbursed drug, issuing an opinion, etc., are possible and medically justified, but you are at risk of incurring a personal financial penalty (e.g. imposed by the insurer), would you provide such a service?

26. W sytuacji, kiedy działanie na rzecz pacjenta, np. zlecenie dodatkowych badań, wypisanie leku refundowanego, wystawienie opinii itp., jest możliwe i uzasadnione medycznie, ale niesie dla Pana/Pani ryzyko poniesienia osobistej kary finansowej (np. nałożonej przez ubezpieczyciela), to odmówi Pan/Pani takiego świadczenia?

1	2	3	4	5
Definitely not Zdecydowanie nie	Rather not Raczej nie	I have no opinion Nie mam zdania	Rather yes Raczej tak	Definitely yes Zdecydowanie tak

27. Imagine that you are an official deciding to grant financial resources for expensive, highly specialised treatment. You have limited resources, and you cannot shift the decisions to someone else. In that case, will you give the means to save the lives of five patients at the cost of denial of also life-saving, but five times more expensive treatment for only one patient?

27. Proszę wyobrazić sobie, że jest Pan/Pani urzędnikiem decydującym o przyznawaniu środków finansowych na kosztowne leczenie wyspecjalistyczne. Dysponuje Pan/Pani ograniczonymi środkami i nie ma możliwości oddania decyzji komuś innemu. Czy w takim przypadku przyzna Pan/Pani środki na uratowanie życia 5 pacjentów kosztem odmowy również ratującego życie, ale 5-krotnie droższego leczenia tylko jednego pacjenta?

1	2	3	4	5
Definitely not Zdecydowanie nie	Rather not Raczej nie	I have no opinion Nie mam zdania	Rather yes Raczej tak	Definitely yes Zdecydowanie tak

Thank you for completing the questionnaire.

Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza.