

Honorata TRZCIŃSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

SATYSFAKCJA PACJENTA W WYBRANYCH ASPEKTACH OCENY JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH

Streszczenie

Jakość usług medycznych staje się jednym z głównych elementów skuteczności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia na konkurencyjnym rynku. Pojęcie „jakość usług zdrowotnych” wiąże się ściśle z marketingową koncepcją obsługi rynku. Relacje zachodzące między poziomem świadczenia usług zdrowotnych, zadowoleniem pacjentów i stopniem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa wskazują na konieczność wyznaczania kryteriów jakości usług zdrowotnych, umożliwiających wartościowanie tych usług. Głównym celem artykułu jest wskazanie najważniejszych cech jakości usług medycznych branych pod uwagę w ich ocenie oraz prezentacja wyników oceny jakości obsługi pacjenta na przykładzie wybranego podmiotu leczniczego. Wyniki oceny jakości usług zdrowotnych są jedną z podstaw ich doskonalenia, a jednocześnie warunkują realizację zasady orientacji na klienta – pacjenta. Realizacja takich badań ma pomóc menadżerom zarządzającym zakładami opieki zdrowotnej zdobyć wiedzę o ewentualnych kierunkach poprawy jakości usług medycznych i zaplanować właściwą strategię.

Słowa kluczowe: jakość, jakość usług medycznych, pacjent, satysfakcja pacjenta.

PATIENT SATISFACTION IN SELECTED ASPECTS OF THE ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL SERVICES

Summary

The quality of medical services is becoming one of the essential elements of effectiveness of health care units in a competitive market. The concept of quality of health services is closely associated with a marketing concept of market service. Relations between the level of health service provision, patients' satisfaction and the level of fulfilling health needs of the society indicate the need to set quality criteria for health services that enable the process of valuation of these services. The main objective of the article is an indication of the foremost features of the quality of medical services taken into account in their assessment as well as presentation of the results of the patient service quality assessment on the example of a selected treatment entity. The results of the assessment of the quality of health services are one of the foundations of their improvement, and at the same time they are responsible for implementation of the principle of a customer-patient orientation. An implementation of such research is to help managers in charge of health care institutions gain knowledge about possible directions of improving the quality of medical services and plan the right strategy.

Key words: quality, quality of medical services, a patient, patient satisfaction.

Wprowadzenie

Doskonalenie jakości usług, jak również ich realizacja stanowi jedną z podstawowych zasad funkcjonowania podmiotów usługowych wobec dynamicznie dokonujących się oczekiwań klientów. Warunki otoczenia i rosnące wymagania użytkowników wpływają w bezpośredni sposób na potrzebę doskonalenia jakości usług tak, aby w możliwie jak najlepszy sposób zaspokajać potrzeby klientów. Tego rodzaju podejście odnosi się także do usług zdrowotnych, oczywiście z uwzględnieniem ich bezpośredniego wpływu na zdrowie i życie ludzkie. Nieustanne doskonalenie jakości usług zdrowotnych powinno być zatem nadrzędnym celem każdej jednostki

medycznej, ponieważ przekłada się to znacząco na zaufanie klienta (pacjenta). To nowe podejście wymaga wdrożenia wielu skutecznych mechanizmów, które pozwolą na podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych i przyczynią się do zwiększenia satysfakcji pacjenta. Satysfakcja pacjenta jest jednym z wielu istotnych elementów oceny jakości opieki zdrowotnej, dlatego też jej badanie znajduje swoje uzasadnienie w wielu opracowaniach. Monitorowanie jej poziomu i ewentualnych zmian jest narzędziem skutecznego zarządzania jakością w placówce świadczącej usługi medyczne. Szczególnie istotne znaczenie ma to w warunkach rynkowej konkurencji podmiotów, gdzie pacjent jest klientem, podmiotem rynku usług medycznych, a wysoki poziom satysfakcji pacjentów jest nadrzędnym celem funkcjonowania tych organizacji.

W niniejszym opracowaniu posłużono się m.in. wynikami badań poziomu satysfakcji pacjentów, przeprowadzonymi przez Szpital im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdrój, z wykorzystaniem zaproponowanych kryteriów oceny, istotnych z punktu widzenia zarządzania tą placówką. Tego rodzaju badania niosą ze sobą możliwość zidentyfikowania opinii pacjentów (klientów) na temat poziomu jakości oferowanych im usług, ale również pozwalają wskazać ewentualne słabości w analizowanych obszarach funkcjonowania szpitala. Możliwe jest również podjęcie odpowiednich działań marketingowych oraz przygotowanie placówki medycznej do wdrożenia systemów zarządzania jakością. Publikacja stanowi pewnego rodzaju wprowadzenie do złożonego jednak tematu, jakim jest poprawa jakości usług medycznych, osiągnięcie zadowalającego poziomu satysfakcji pacjenta czy też dostosowywanie standardów jakości do specyfiki usług.

1. Pojęcie i cechy jakości w usługach medycznych

Wysoka jakość usług medycznych, nieustanne jej doskonalenie i dopasowanie do potrzeb pacjentów to jeden z najistotniejszych problemów współczesnej ochrony zdrowia. Termin „jakość” jest określeniem powszechnie używanym, wszechobecnym zarówno w wielu publikacjach, jak też życiu codziennym. Wieloznaczność tego pojęcia powoduje jednak nieścisłości i niewłaściwą interpretację jego znaczenia. Inaczej powinna być rozumiana jakość dóbr materialnych, a inaczej jakość usług czy jakość życia. Pojęcie „jakość w usługach medycznych” w krajach europejskich zyskało zainteresowanie polityków i władz państwowych w połowie lat 80. XX wieku. Na ten okres należy wskazać początek prawnego wdrażania systemów zarządzania opieką zdrowotną w publicznej służbie zdrowia. W Polsce możliwe było to dopiero po transformacji systemowej, zaznaczyć należy przy tym, że wpływ na kierunki i intensywność działań projakościowych zależny był przede wszystkim od kondycji budżetowej, reform oraz procesów urynkowienia opieki zdrowotnej (Dobska, Dobski, 2016).

Kształtowanie definicji jakości opieki zdrowotnej, rozumianej jako rodzaj usługi świadczonej dla klienta, nie doprowadziło jednak do przyjęcia jednej, powszechnej i uniwersalnej formuły rozumienia tego terminu. Autorzy znaczących publikacji z tego zakresu formułują jednak wiele istotnych definicji stosowanych. Na potrzeby niniejszego opracowania przytoczone zostaną jedynie wybrane definicje, wykorzystywane zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Należy jednak podkreślić, że zdefiniowanie, a tym samym operacjonalizacja tego pojęcia narażona jest na wiele trudności. Jest to termin złożony, składający się z wielu komponentów i przede wszystkim interdyscyplinarny. Ponadto, jakość usług, w szczególności medycznych, jako problem badawczy pojawił się w Polsce stosunkowo niedawno, głównie w wyniku komercjalizacji rynku usług medycznych i nasilającej się konkurencji. Ważną kwestią jest również fakt, że ocena jakości opieki zdrowotnej jest uzależniona przede wszystkim od podmiotu oceniającego. Z jakością usług medycznych wiążą się także sprzeczności interesów różnych uczestników rynku. Płatnik publiczny szuka odpowiedniej jakości usługi przy możliwie najmniejszych kosztach, konsument

oczekuje wolności wyboru jednostki i wysokich standardów, a świadczący usługę chce utrzymać lub zwiększyć dochody. Ten sposób rozumienia jakości uzależniony jest od podmiotu zainteresowanego oceną jakości – pacjenta, świadczeniodawcy lub płatnika. Każdy z wymienionych podmiotów oceniających jakość świadczonych usług stosuje zatem inne kryteria.

Pionierem teoretycznych rozważań nad problematyką jakości w opiece zdrowotnej był A. Donabedian – jeden z twórców podstaw nowoczesnego systemu jakości w medycynie. Według jego koncepcji, jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach. Zwracał on uwagę na takie aspekty, jak sposób interakcji personelu medycznego z pacjentem, zaangażowanie pacjenta w opiekę zdrowotną, dostępność i wyposażenie placówek świadczenia opieki, dostęp do opieki w różnych grupach społecznych oraz poprawa stanu zdrowia w wyniku procesu opieki zdrowotnej w różnych grupach społecznych (Wiśniewska, 2016).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje termin „jakość w usługach medycznych” jako złożenie cech produktu usługowego, zakładając jednocześnie, że na jakość składają się wszystkie te cechy produktu usługowego, które zebrane razem sprawiają, że produkt może zaspokoić wypowiedziane i nieświadome potrzeby nabywcy. Jakość w obszarze opieki medycznej to rezultat oraz sposób użycia środków i organizacji usług, a także satysfakcja pacjenta. To stopień, do jakiego usługi zdrowotne, obejmujące jednostki i populacje, zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia i wykazują zgodność z aktualną, profesjonalną wiedzą. Wielu autorów wskazuje, że satysfakcja pacjenta z leczenia jest, obok wiedzy i doświadczenia personelu, jak również dostępu do coraz nowocześniejszych metod diagnostycznych, warunkiem koniecznym do uzyskania dobrych wyników leczenia (Ibidem).

Inne nieco podejście stosuje się np. Wielkiej Brytanii, gdzie przyjęto definicję Departamentu Zdrowia, skoncentrowaną głównie na ocenie czynności realizowanych przez pracowników i personel placówek medycznych, gdzie jakość usług medycznych oznacza profesjonalizm w działaniu, dbałość o wysokie kwalifikacje personelu, wykonanie czynności we właściwym czasie. Oba te podejścia łączy definicja jakości w usługach medycznych, którą sformułowała z kolei Narodowa Szwedzka Rada Zdrowia i Opieki Społecznej, gdzie jakość opieki zdrowotnej to poziom realizacji wewnętrznych systemów ochrony zdrowia, które mają na celu poprawę zdrowia oraz wrażliwość na uzasadnione oczekiwania społeczeństwa. Jakość to także rezultat (jakość techniczna), sposób użycia środków (wydajność ekonomiczna), organizacja usług oraz satysfakcja pacjenta (Dobska, Dobski, 2016).

Na bardzo ogólne ujęcie tego terminu wskazuje K. Opolski i E. Szymborska, wyrażając pogląd, że jakość można zdefiniować jako ogół cech i właściwości produktu bądź usługi, które to cechy decydują o zdolności tego wyboru lub usługi do zaspokojenia stwierdzonych lub też przewidywanych potrzeb odbiorcy. W niniejszym artykule jakość usługi medycznej rozumiana będzie jako szereg czynności o charakterze niematerialnym – począwszy od pierwszego kontaktu pacjenta z placówką opieki zdrowotnej aż do momentu jej opuszczenia – podejmowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia lub wzbogacenia walorów osobistych. Przebieg usługi medycznej zależeć będzie znacząco od charakteru relacji między personelem a pacjentem i aktywności każdej ze stron (Krot, 2008). Jak wynika z tej definicji, istotną cechą usługi medycznej jest relacja powstająca w trakcie jej świadczenia, która decyduje o całym procesie usługowym, wpływając na jego kształt, jakość oraz zadowolenie pacjenta. Uwzględniając dotychczasowy dorobek w zakresie badania jakości usług oraz przyjmując jako nadrzędną perspektywę pacjenta, jakość świadczenia medycznego można zdefiniować jako realizację

spełniająca lub przekraczająca oczekiwania nabywcy. Według takiego podejścia usługa cechuje się odpowiednią jakością, jeśli została wykonana przynajmniej z oczekiwaniami klienta. W rezultacie jakość staje się coraz bardziej elastycznym atrybutem produktu, zmieniającym się pod wpływem oczekiwań pacjenta i nabierającym charakteru personalistycznego.

Stosowanie różnych definicji wiąże się ściśle z prowadzeniem monitorowania jakości opieki zdrowotnej w oparciu o odmienne kryteria oceny zadowolenia i satysfakcji pacjentów w ramach ustalonych systemów kontroli jakości. Na tle definicji jakości ważne staje się wyodrębnienie jej atrybutów pod kątem oceny ze strony pacjenta jako klienta. Istotne stało się zatem odpowiednie zarządzanie placówką medyczną, w sposób pozwalający na spełnienie tych cech jakości usługi, które w największym stopniu decydują o jej powodzeniu.

Na kanwie tych rozważań należy wskazać pionierskie podejście w omawianej kwestii. Istotny bowiem wkład w naukę mieli: Instytut Pickera i Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego. Instytut Pickera wyróżnił oceny opieki zdrowotnej zarówno dla opieki zamkniętej, jak też otwartej, podając, że ocenie powinny podlegać takie elementy, jak informacja i komunikacja, respekt i zainteresowanie, koordynacja i ciągłość opieki, zaangażowanie rodziny i przyjaciół, wsparcie psychiczne, kompleksowe leczenie bólu. Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego wyodrębniła z kolei aspekty wyłącznie do opieki otwartej, tj. dostępność usług, satysfakcję i jakość kliniczną. W praktyce polskiej, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie w odniesieniu do opieki szpitalnej wyodrębniło trzy komponenty wpływające na postrzeganie i ocenę jakości: relacje interpersonalne między pacjentem a personelem, warunki lokalowe i żywieniowe oraz realizacja procedur formalnych (Dobska, Dobski, 2016).

Istotne stało się zatem odpowiednie zarządzanie jednostką medyczną, w sposób pozwalający na spełnienie tych cech jakości usługi, które w największym stopniu decydują o jej powodzeniu. Zgodnie z opinią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), należą do nich:

- skuteczność – by zapewniając opiekę, przyczyniać się do poprawy wyników w zakresie skutków zdrowotnych dla osób i społeczeństwa, w zależności od potrzeb;
- efektywność – by, zapewniając opiekę, maksymalizować wykorzystanie zasobów i nie dopuszczać do strat, wynikających w ich niewłaściwego wykorzystania;
- dostępność – by, świadcząc opiekę zdrowotną, czynić to tak, by była sprawiedliwie dostępna, a w nagłych wypadkach natychmiastowa, wykonana terminowo przy uwzględnieniu warunków, w jakich była wykonana;
- ukierunkowanie na pacjenta – ponieważ zapewniając opiekę, należy brać pod uwagę preferencje i aspiracje poszczególnych użytkowników usług i kulturę ich społeczności;
- sprawiedliwość, równość – aby zapewnić opiekę, która nie różni się jakością z powodu cech osobowych, takich jak płeć, rasa, pochodzenie etniczne, położenie geograficzne czy też status społeczno-ekonomiczny;
- bezpieczeństwo – aby, zapewniając opiekę, minimalizować ryzyko i szkody wyrządzone pacjentom (Wiśniewska, 2016).

Równolegle, liczni badacze w różny sposób odnoszą się do propozycji agregatu pożądanых cech w tym zakresie. M. Armstrong uznaje, że jakość usługi medycznej postrzegana jest jako wypadkowa trzech komponentów: jakości projektu, zgodności projektu z oczekiwaniami konsumenta – pacjenta oraz jakości wykonania.

R. Nizankowski (2003) wśród głównych składowych jakości w obszarze usług medycznych wymienia z kolei przede wszystkim bezpieczeństwo, efektywność i akceptowalność. Jak widać, zaprezentowane cechy jakości usług medycznych odzwierciedlają bardzo szeroki zakres oczekiwań

stawianych przez różne grupy interesariuszy tych usług i z pewnością nie wyczerpują zbioru wszystkich wymagań.

Kompleksowo zagadnienie składowych jakości usług medycznych ujmują K. Opolski, B. Dykowska, M. Możdżonek (2003), którzy wskazują m.in. na niezawodność, wrażliwość, wygląd, dostępność, kompetencje, uprzejmość, przejrzystość, odpowiedzialność, komunikatywność oraz bezpieczeństwo, satysfakcję, jakość kliniczną usługi, zasadność i wdrożenie.

Na tym tle warto odnieść się do pewnych kategorii cech jakości usługi medycznej, wskazanych przez G. Philipa i S.A. Hazletta, którzy na podstawie analizy jej różnorodnych, pożądanych składowych, wskazali na:

- cechy podstawowe, które związane są bezpośrednio z oczekiwanym wynikiem leczenia i mają bezpośredni wpływ na wybór danej jednostki medycznej przez pacjenta;
- cechy centralne, czyli połączenie zasobów materialnych, ludzkich, zarządczych oraz organizacyjnych, które umożliwiają świadczenie usługi medycznej w sposób pełny, transparentny, oparty na zaufaniu, wzajemnej komunikacji, podmiotowości pacjenta;
- cechy peryferyjne, mniej zauważalne przez pacjenta, np. obsługa administracyjna, jednak bardzo ważne z punktu widzenia wizerunku placówki, niezawodności jej działania, dostępności (Wiśniewska, 2016).

Obok zbioru przedstawionych składowych, odnoszących się do jakości w opiece medycznej, w literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na to, że na odbiór usługi przez pacjenta wpływa również zbiór takich wymiarów, jak:

- gotowość – stan przygotowania do dostarczania usługi zdrowotnej, zgodnej z oczekiwaniami wszystkich interesariuszy usługi, tj. lekarzy, pielęgniarek, pacjentów oraz społeczeństwa;
- cykl poprawy – zastosowanie określonych metod do cyklicznej poprawy jakości;
- efektywność – wynik wdrożonych metod leczenia, mierzony również poziomem satysfakcji pacjentów;
- wskaźnik opieki – określona zmiana zdrowia pacjenta lub społeczności;
- doskonalenie jakości, czyli procesy ukierunkowane na ciągłe działania, służące poprawie jakości.

Podsumowując, można stwierdzić, że w usłudze medycznej występuje duża różnorodność cech tak, że nie można i nie powinno się stosować metod pomiaru porównujących usługę medyczną do innych usług, ponieważ każda usługa medyczna jest niepowtarzalna. Celem podstawowym wszystkich procedur kontroli jakości w zarządzaniu placówką medyczną powinno być podniesienie jakości świadczeń i poziomu satysfakcji pacjenta. Niniejsze opracowanie koncentruje się wyłącznie na aspekcie satysfakcji pacjenta z oferowanej usługi. Ujęcie takie może znaleźć zastosowanie jako pierwszy punkt we wdrażaniu Total Quality Management wg Oaklanda (TQM) w zarządzaniu placówką medyczną przez jakość. Zgodnie z tym podejściem, kluczowym dla podnoszenia poziomu usług jest poznanie oczekiwań klienta oraz ocena jego zadowolenia. Badanie ankietowe, jako podstawowe narzędzie oceny, służy do opracowania rekomendacji zmiany procedur lub standardów postępowania (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003). Jednocześnie, przy właściwej konstrukcji, może zostać wykorzystane do kolejnego etapu wdrażania TQM, czyli poznania rzeczywistego postępowania pracowników i skuteczności stosowania przyjętych procedur i standardów.

2. Pacjent jako podmiot rynku

Procesy zachodzące w organizacjach, w tym zakładach opieki zdrowotnej, realizowane są dla zaspokojenia potrzeb klientów – pacjentów. W systemach zarządzania jakością zwraca się szczególną uwagę na dwa rodzaje klientów: zewnętrznych (pacjent, rodzina) i wewnętrznych (pracowników, dostawców). W sektorze ochrony zdrowia, w placówkach opieki zdrowotnej, podobnie jak w innych organizacjach, kluczową rolę odgrywa klient zewnętrzny, czyli – w przypadku wymienionych jednostek – pacjent. Opierając się na wielu definicjach, można ustalić, że w ujęciu bardzo szerokim klientem zakładu ochrony zdrowia jest każdy, kto od tej organizacji w jakimś stopniu zależy i na kogo organizacja oddziałuje swoim zachowaniem. Ze względu jednak na główny cel niniejszej publikacji pod uwagę zostaną wzięci jedynie pacjenci sprawnie i dobrze funkcjonującej placówki. Przemiany rynkowe doprowadziły do transformacji postawy pacjenta, który stał się klientem opieki zdrowotnej bardziej świadomym swoich praw, wymagającym, aktywnym, dokonującym stosunkowo racjonalnej oceny oraz posiadającym możliwość swobodnego wyboru placówki. Ten wolny wybór oznacza także możliwość rezygnacji z usług placówki lub lekarza niespełniającego oczekiwań, a wybranie tego, który zaoferuje wyższą użyteczność końcową. Tego rodzaju rynkowe zachowania pacjenta stanowią wskaźnik jakości usług i skuteczności postępowania danej jednostki. Decyzje klienta opierają się na dostępnej oraz posiadanej przez niego wiedzy, przetworzonych danych i zgromadzonych informacjach. Dotyczą usług medycznych z uwzględnieniem cech technicznych, warunków jej nabywania, dostępności czy cen. W trakcie dokonywania wyboru klient uwzględnia swoją sytuację domową oraz warunki ekonomiczne. Zmiany zachodzące w otoczeniu mogą stanowić dla klienta bodziec do modyfikacji lub poszukiwania nowych środków dla zaspokojenia oczekiwań.

Zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definicja pacjenta wskazuje na to, by traktować go jako usługobiorcę świadczeń oferowanych przez szeroko pojętą służbę zdrowia. Nie jest przy tym istotny stan zdrowia takiej osoby, a jedynie skorzystanie z opieki zdrowotnej. Dodatkowo należy wskazać, że podejście to implikuje stosunek do relacji, jaka występuje między pacjentem a podmiotem świadczącym na jego rzecz usługę, tak jak do relacji pomiędzy klientem i przedsiębiorstwem (Matysiewicz, Smyczek, 2012).

Zgodnie z obowiązującą ustawą, w Polsce definiuje się go w podobny sposób, odnosząc się do relacji między pacjentem a placówką lub też osobą wykonującą zawód medyczny. Nie odrzuca się również podejścia rynkowego, ale podkreśla jednak prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych, finansowanych bądź współfinansowanych ze środków publicznych, mających za zadanie leczyć, przeciwdziałać rozwojowi chorób, utrzymać prawidłowy stan zdrowia, jak najszybszą diagnostykę oraz uniemożliwiać lub hamować już istniejącą niepełnosprawność (Ibidem). Należy zatem z tego punktu widzenia rozpatrywać poziom satysfakcji pacjenta równorzędnie jak poziom satysfakcji klienta. Ma to znaczenie dla zarządzania jakością w placówce medycznej, ponieważ utrzymanie jego wysokiego poziomu będzie kluczowe dla oceny funkcjonowania całości organizacji, dla której będzie to celem podstawowym działania oraz narzędziem konkurencji z innymi podmiotami, jak wcześniej zaznaczono w niniejszym artykule. Podejście to znajduje potwierdzenie w stanowiskach organów międzynarodowych i krajowych do opisu relacji wiążących pacjenta z placówką medyczną i jest jednym z elementów oceny funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. Zaznaczyć należy, że do tego celu stosuje się różne metodologie i definicje, przedstawione w części pierwszej opracowania.

3. Poziom zadowolenia pacjenta jako istotny element jakości usług medycznych

Badania satysfakcji pacjentów mają na celu rozpoznanie stanu opieki zdrowotnej poprzez opinię pacjentów w standaryzowanym pomiarze ilościowym lub (rzadziej) jakościowym oraz służą poprawie jakości opieki zdrowotnej. Drugim rodzajem pomiaru są badania opinii publicznej, gdzie badani wyrażają swoje opinie na temat funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej.

Poprawą jakości usług medycznych powinny być zainteresowane różne podmioty, począwszy od władz centralnych, samorządu terytorialnego, poprzez płatnika usług medycznych – NFZ, dostawców w zakresie sprzętu, leków, skończywszy zaś na sądownictwie. Jakość usług w opiece zdrowotnej, jak żaden inny obszar działalności ludzkiej, ma ogromny wpływ na kondycję zdrowotną społeczeństwa, na jego jakość życia. Ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jednak skomplikowanym zadaniem. Nie istnieje jedna, doskonała metoda badania jakości usług medycznych, którą można by zastosować w przypadku każdej organizacji. Konieczne jest indywidualne podejście do każdego zakładu opieki zdrowotnej, uwzględniające jego wielkość, lokalizację, zakres świadczonych usług, zmiany dokonujące się wewnątrz lub na zewnątrz jednostki. Wybór odpowiednich czynników, określenie ich relatywnej wagi, pomiar i monitorowanie konkretnych wartości czy też porównanie systemów o różnej strukturze organizacyjnej stanowi duże wyzwanie dla badaczy. Pomimo niedoskonałości porównywanie różnych rozwiązań, zwłaszcza stosowanych w innych krajach jest jednak użyteczne, chociażby ze względu na możliwość czerpania inspiracji co do zmian możliwych do przeprowadzenia lokalnie, a także monitorowania występowania niepokojących trendów, gdy wskaźniki kraju w konkretnych aspektach stale się pogarszają. Jednym z popularniejszych wskaźników porównujących systemu ochrony zdrowia różnych krajów jest Euro Health Consumer Index (EHCI), publikowany przez organizację Health Powerhouse. Ideą indeksu nie jest porównanie samych systemów ochrony zdrowia, lecz ocena przyjazności systemu dla pacjenta. Biorąc pod uwagę te badania, Polska uplasowała się na 25. miejscu wśród wybranych 30 europejskich krajów, zdobywając 59% możliwych do uzyskania punktów. Choć zamożność kraju nie jest jedynym czynnikiem warunkującym jakość opieki zdrowotnej, korelacja pomiędzy tymi wielkościami jest bardzo silna – kraje o wyższym dochodzie, mierzonym produktem krajowym brutto, rozwijają bardziej efektywne systemy opieki zdrowotnej nad swoimi obywatelami. Porównując pozycję w rankingu EHCI z rankingiem krajów pod względem PKB per capita, można zauważyć wspomnianą prawidłowość. Polska plasuje się na 24. miejscu w PKB per capita, co w odniesieniu do 25. pozycji w EHCI sugeruje, że rozwój w zakresie ochrony zdrowia przebiega w Polsce proporcjonalnie, choć wciąż istnieje wiele elementów do poprawy (Raport CBOS, 2018).

System opieki zdrowotnej w Polsce cyklicznie poddawany jest ocenie społecznej. W ciągu ostatnich lat, mimo wprowadzenia licznych reform, mających na celu rozszerzenie zakresu ochrony zdrowotnej oraz poprawę opieki nad pacjentem, odnotowywany jest niski poziom zadowolenia z systemu ochrony zdrowia zarówno pacjentów, jak również lekarzy. Pacjent jest beneficjentem świadczeń (usługi, leki, sprzęt medyczny), finansowanych w całości lub współfinansowanych ze środków publicznych, jak i samodzielnym nabywcą komercyjnym, a w obu tych przypadkach klientem. Rozróżnienie ze względu na sposób finansowania jest istotne w interpretacji ocen poziomu zadowolenia z opieki zdrowotnej (Ankiel, Kuczyńska, 2017). Badania zadowolenia pacjentów z opieki zdrowotnej w Polsce pokazują silną zależność jego poziomu od sposobu finansowania usługi. Pacjenci korzystający z usług w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej deklarują znacząco wyższy poziom zadowolenia (39%) niż pacjenci

współfinansujący usługę (27%). Jak pokazują badania, najmniej zadowolone z funkcjonowania systemu opieki są osoby, które korzystały z ubezpieczenia dodatkowego lub finansujący tego rodzaju usługi samodzielnie (17%). Opisane dane przedstawione zostały w tabeli 1.

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) prowadzi w Polsce systematycznie sondaże ankietowe, mające na celu poznanie opinii respondentów na temat funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. CBOS w swoich badaniach wyróżnił 9 najważniejszych składowych tych ocen, tj. jakość leczenia, podejście do pacjenta i sprawność obsługi, dostępność usług lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych, dostępność opieki nocnej i świątecznej, wykorzystywanie nowoczesnych rozwiązań, ułatwienia dla korzystających z opieki zdrowotnej (dobra informacja, dogodne godziny), dogodna lokalizacja oraz dostępność usług lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, brak dodatkowych opłat i liczba personelu medycznego w szpitalach. Ocena poziomu satysfakcji dokonana przez pacjentów jest oceną realizacji usług medycznych i ich oczekiwań co do jakości ich świadczenia. Według badań CBOS, 3 na 10 ankietowanych, tj. 30%, pozytywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce, zaś aż 66% negatywnie, w tym 27% zdecydowanie negatywnie. Pozytywne jest jednak, że w ostatnich 2 latach przybyło klientów zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej, i to aż o 7%. Niezadowolenie z systemu opieki zdrowotnej najczęściej wyrażają badani w wieku 25-34 lata. Według CBOS krytycyzm w postrzeganiu opieki zdrowotnej spada po 55. roku życia, a najbardziej zadowoleni są najstarsi ankietowani, w wieku 65 lat i więcej. Badanie opracowane przez CBOS, dotyczące badania satysfakcji pacjentów pokazuje też, że poziom zadowolenia ankietowanych ze świadczonych usług medycznych jest wyższy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego niż w przypadku usług samodzielnie finansowanych (tabela 1).

Tabela 1

Poziom zadowolenia pacjentów korzystających z usług medycznych według źródła finansowania w roku 2018

Badani, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż korzystali z usług medycznych	Poziom zadowolenia pacjentów z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce		
	zadowolony	niezadowolony	trudno powiedzieć
wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	39%	58%	3%
w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i jednocześnie z usług świadczonych poza tym systemem – w całości samodzielnie finansowanych lub dostępnych w ramach posiadanego dodatkowego ubezpieczenia (abonamentu, polisy)	27%	70%	3%
wyłącznie w całości samodzielnie finansowanych lub dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego	17%	72%	11%
niekorzystający z usług medycznych	25%	68%	7%

Źródło: Raport z badania *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*, 2018, Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.

Samorząd Województwa Małopolskiego, realizując zadania własne z zakresu ochrony oraz promocji zdrowia, standaryzuje politykę zdrowotną w ujęciu regionalnym i prowadzi systematyczne analizy, które służą określaniu potrzeb zdrowotnych Małopolan. Działania te pozwalają na wykreowanie i konsekwentne realizowanie dostępu do opieki medycznej o wysokim standardzie, w szczególności usług specjalistycznych, w zależności od potencjałów i potrzeb poszczególnych subregionów, priorytetów służących poprawie stanu zdrowia populacji, a także poprawę jakości usług medycznych. Celem władz samorządowych województwa małopolskiego jest zapewnienie poprawy stanu zdrowia, jakości świadczonych usług oraz bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców regionu. Ten kierunek działań realizowany będzie zgodnie z założeniami Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2011-2020 (Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego, 2011). Realizacja tego założenia wymaga zagwarantowania sprawnych oraz efektywnie zarządzanych podmiotów leczniczych, które dysponować będą odpowiednim zapleczem kadrowym, sprzętowym i lokalowym oraz będą jednostkami ochrony zdrowia o stabilnej sytuacji ekonomiczno-finansowej.

W ten nurt zadań, związanych z poprawą stanu zdrowia, profilaktyką i satysfakcją ze świadczonych usług medycznych, wpisuje się Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Szpital im. Józefa Dietla w Krynicy-Zdrój, którego celem nadrzędnym jest stałe spełnianie wymagań pacjentów poprzez osiągnięcie i utrzymanie wysokiego poziomu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych¹.

Szpital zapewnia pacjentom kompleksową jakość udzielanych świadczeń, opartą na połączeniu i umiejętnym wykorzystaniu profesjonalnej wiedzy medycznej oraz doświadczeniu zatrudnionego personelu. Cel ten realizowany jest w szczególności poprzez:

- indywidualne i rzetelne podejście do pacjenta oraz zdobycie jego trwałego zaufania, w tym prowadzenie badań satysfakcji pacjenta;
- udzielanie świadczeń zdrowotnych, zaspokajających w najszerszym stopniu potrzeby pacjentów;
- ścisłą kontrolę procesu udzielania świadczeń zdrowotnych na każdym ich etapie, z wykorzystaniem nowoczesnych metod badań, pomiarów i przesyłania informacji;
- zakup specjalistycznego sprzętu i urządzeń służących do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- systematyczne szkolenie personelu i podnoszenie kwalifikacji zawodowych;
- ugruntowanie przekonania, że odpowiedzialność za jakość udzielanych świadczeń jest podstawowym obowiązkiem pracownika;
- oparcie się na wartościach etycznych i wymaganiach dotyczących jakości oraz na właściwościach jakościowych oraz ciągłe doskonalenie świadczonych usług oraz skuteczności Systemu Zarządzania Jakością (Przewodnik po Systemie Zrządzana Jakością, 2018).

W związku z tym, że oczekiwania pacjentów są bardzo różnorodne i zmienne w czasie, należy systematycznie monitorować ich satysfakcję z udzielanych im usług. Satysfakcja pacjenta postrzegana jest zatem jako stopień, w jakim akceptuje on opiekę zdrowotną, przy uwzględnieniu swoich potrzeb i oczekiwań. Realizując zadania wynikające z wewnętrznego

¹ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdrój powstał w październiku 1955 roku. Rozbudowa i modernizacja placówki zakończona w 2011 roku oraz wdrożenie projektu „E-Szpital w Krynicy-Zdroju” znacznie przyczyniły się do poprawy standardu i jakości leczenia, czyniąc krynicki szpital nowoczesnym centrum medycznym. Szpital zapewnia stacjonarne, całodobowe i ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu oraz poprawie zdrowia pacjenta.

Systemu Zarządzania Jakością w omawianej jednostce, przeprowadzane są zatem cykliczne anonimowe badania ankietowe, dotyczące poziomu zadowolenia pacjentów z opieki zdrowotnej i różnych aspektów związanych z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi.

Rzetelne przeprowadzenie badań i odpowiednia analiza uzyskanych wyników pozwalają na lepsze dostosowanie funkcjonowania szpitala do rzeczywistych wymagań i preferencji pacjentów.

W celu oceny stopnia zadowolenia pacjentów z usług medycznych posłużono się wynikami badań ankietowych, przeprowadzonych przez Szpital im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdrój w latach 2015-2018.

Wyniki prezentowanych badań dotyczą stopnia zadowolenia pacjentów wyłącznie z trzech wybranych oddziałów: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (274 osoby), Chirurgii Ogólnej (355 osób) i oddziału Ginekologiczno-Położniczego (372 osoby), co dało ogółem 1001 respondentów². Kwestionariusz ankiety składał się z 7 pytań, które dotyczyły pozyskania opinii pacjentów w zakresie:

- oceny kontaktów z Izbą Przyjęć – stosunek do pacjenta oraz komunikatywność w bezpośrednim kontakcie – wyczerpujący i kompetentny sposób przekazania informacji (pytanie 1);
- kontaktów z lekarzem – stosunek do pacjenta – punktualność, życzliwość, zaangażowanie, wrażliwość na problemy pacjenta oraz komunikatywność – jasność diagnozy i zaleceń (pytanie 2);
- oceny kontaktów z pielęgniarkami – stosunek do pacjenta – życzliwość, zaangażowanie, komunikatywność – wyczerpujący i zrozumiały sposób przekazania informacji, jak również fachowość wykonywanych badań i zabiegów (pytanie 3);
- oceny oddziału – czas oczekiwania na zabieg, jakość sprawowanej opieki pooperacyjnej, jakość usług, zakres usług, standard wyposażenia (pytanie 4).

Pytanie 5 dotyczyło oceny ogólnej badanego oddziału, a dwa ostatnie pytania miały na celu identyfikację słabych i mocnych stron objętego badaniem oddziału. Pięć pierwszych pytań miało formę zamkniętą, zawierającą możliwości odpowiedzi, określające poziom oceny danego zagadnienia według 5-stopniowej skali. Dwa ostatnie pytania miały formę otwartą, dającą możliwość swobodnego opisu respondentom.

Ważne znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa oraz ogólnego poziomu zadowolenia pacjenta ma pierwszy etap pobytu w szpitalu, tj. kontakt z Izbą Przyjęć. Z przedstawionych danych wynika (tabela 2), że poziom zadowolenia ankietowanych, dotyczący kontaktu pacjenta z Izbą Przyjęć, jest bardzo wysoki. Należy jednak zwrócić uwagę, że w kwestii dotyczącej stosunku do pacjenta, w ostatnim badanym roku, najwyżej ocenili go ankietowani, którzy przyjęci byli kolejno na oddział Chirurgii Ogólnej (100%), Oddział Ginekologiczno-Położniczy (95%) i Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (73%). Z przeprowadzonej analizy wynika, że pacjenci stają się coraz bardziej wymagający i oczekują jasnej oraz zrozumiałej informacji od personelu szpitala na każdym etapie hospitalizacji, w tym również na Izbie Przyjęć. Ważny jest aspekt komunikatywności, indywidualnego podejścia do pacjenta, wyczerpujący i kompletny sposób przekazania informacji oraz wprowadzenie pacjenta w oddział docelowy. W oparciu o zebrane dane można stwierdzić, że hospitalizowani pacjenci, którzy mieli pierwotnie kontakt z Izbą Przyjęć w analizowanej placówce, w zdecydowanej większości nie mają zastrzeżeń w kwestii uzyskanych informacji.

² Udostępnione przez szpital wyniki badań dotyczą wyłącznie trzech oddziałów.

Tabela 2

Udział poziomu zadowolenia pacjentów w kontakcie z Izbą Przyjęć w latach 2015-2018

Badany oddział szpitala		Rok 2015					Rok 2016					Rok 2017					Rok 2018									
		Ocena w skali 1-5 (1 – najgorsza, 5 – najlepsza)																								
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Chirurgia Urazowo- Ortopedyczna	1A*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	10	10	76	-	7	7	13	73					
	1B*	1	-	-	13	86	6	-	-	19	75	4	-	-	12	84	8	-	-	5	87					
Chirurgia Ogólna	1A*	-	-	-	9	91	-	-	-	7	93	-	-	8	12	80	-	-	2	4	94					
	1B*	-	-	-	20	80	-	-	-	3	97	-	-	-	11	89	-	-	-	-	100					
Ginekologia – Położnictwo	1A*	-	3	6	11	80	-	-	-	14	86	-	-	10	8	82	-	-	-	2	98					
	1B*	3	-	9	22	66	-	-	-	2	98	-	-	10	11	79	-	-	-	5	95					

1A* stosunek do pacjenta
1B* komunikatywność w bezpośrednim kontakcie

Źródło: opracowanie własne na podstawie udostępnionych przez Dyrektora Szpitala wyników badań ankietowych w latach 2015-2018.

Czynnikiem silnie determinującym satysfakcję pacjenta z otrzymanych usług medycznych jest relacja na płaszczyźnie pacjent – lekarz. Ocena kontaktów z personelem lekarskim ma kluczowe znaczenie dla ogólnego poziomu zadowolenia pacjenta. Z dokonanej analizy można wnioskować, że dla pacjentów hospitalizowanych w badanych oddziałach największe znaczenie mają: stosunek do pacjenta – punktualność, życzliwość, zaangażowanie, wrażliwość na problemy pacjenta oraz komunikatywność – jasność diagnozy i zaleceń (tabela 3). W wymienionych zakresach, w ostatnim badanym roku, kontakt z personelem lekarskim oceniony został pozytywnie we wszystkich badanych oddziałach (ponad 92% ankietowanych oceniło ten kontakt na poziomie 5). Można zauważyć jednak, że w analizowanym okresie ocena ta ulegała znacznej poprawie. Dla porównania, w 2015 roku tylko ponad 70% ankietowanych oceniło ten kontakt na poziomie 5, a ok. 3% pacjentów udzieliło odpowiedzi negatywnych (na poziomie 1).

Tabela 3

Udział poziomu zadowolenia pacjentów w kontakcie z personelem lekarskim w latach 2015-2018

Badany oddział szpitala		Rok 2015					Rok 2016					Rok 2017					Rok 2018									
		Ocena w skali 1-5 (1 – najgorsza, 5 – najlepsza)																								
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Chirurgia Urazowo-Ortopedyczna	2A*	-	-	16	84	-	-	13	14	73	-	-	-	33	67	-	-	-	4	96	-					
	2B*	-	7	14	79	-	-	9	13	78	-	-	20	15	65	-	-	-	8	92	-					
Chirurgia Ogólna	2A*	-	-	12	87	1	-	-	67	32	-	-	7	11	82	-	-	-	4	96	-					
	2B*	-	1	12	87	-	-	1	1	98	-	-	5	14	81	-	-	-	5	95	-					
Ginekologia – Położnictwo	2A*	2	3	-	75	-	-	-	4	96	-	-	10	9	81	-	-	-	3	97	2					
	2B*	1	3	22	72	-	-	-	18	82	-	-	13	17	70	-	-	-	4	96	1					
2A* stosunek do pacjenta																										
2B* komunikatywność																										

Źródło: opracowanie własne na podstawie udostępnionych przez Dyrektora Szpitala wyników badań ankietowych w latach 2015-2018.

Stosunek personelu pielęgniarskiego do pacjentów, szanowanie ich godności, pomoc w czynnościach dnia codziennego mają zdecydowany wpływ na poziom satysfakcji z pobytu w oddziale szpitalnym. W przeprowadzonym badaniu kontakt z personelem pielęgniarskim został oceniony przez ankietowanych na równie wysokim poziomie jak z personelem lekarskim (tabela 4). Ocenie została poddana kwestia stosunku do pacjenta, tj. życzliwość, zaangażowanie, a także komunikatywność – wyczerpujący i zrozumiały sposób przekazania informacji, jak również fachowość wykonywanych badań i zabiegów. Personel pielęgniarski we wszystkich wspomnianych zakresach uzyskał największą ocenę od ponad 88% respondentów. Warto podkreślić, że żaden z ankietowanych pacjentów nie ocenił tej grupy zawodowej na poziomie 1.

Tabela 4

Udział poziomu zadowolenia pacjentów w kontakcie z personelem pielęgniarskim w latach 2015-2018

Badany oddział szpitala		Rok 2015					Rok 2016					Rok 2017					Rok 2018									
		Ocena w skali 1-5 (1 – najgorsza, 5 – najlepsza)																								
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Chirurgia Urazowo-Ortopedyczna	3A*	-	-	1	6	93	-	-	6	13	81	-	-	-	27	73	-	-	-	4	96					
	3B*	-	-	1	13	86	-	-	6	19	75	-	-	-	33	67	-	-	-	12	88					
	3C*	-	-	-	9	91	-	-	-	3	97	-	-	2	18	80	-	-	-	4	96					
Chirurgia Ogólna	3A*	1	1	1	1	96	-	1	3	5	91	1	1	3	5	90	-	-	-	9	91					
	3B*	-	-	1	7	92	-	-	-	1	99	-	-	-	18	82	-	-	-	1	99					
	3C*	-	-	-	3	97	-	-	-	4	96	-	-	-	8	92	-	-	-		100					
Ginekologia – Położnictwo	3A*	-	-	2	11	87	-	-	2	10	88	-	-	2	17	81	-	-	-	2	98					
	3B*	-	2	-	18	80	-	4	-	4	92	-	-	4	17	79	-	-	1	4	95					
	3C*	-	-	1	11	88	-	-	10	10	80	-	-	9	8	83	-	-	-	1	99					

3A* stosunek do pacjenta
3B* komunikatywność w bezpośrednim kontakcie
3C* fachowość wykonywania badań i zabiegów

Źródło: opracowanie własne na podstawie udostępnionych przez Dyrektora Szpitala wyników badań ankietowych w latach 2015-2018.

Pytanie 4 w kwestionariuszu ankiety dotyczyło oceny oddziału (tabela 5). W skali 5-punktowej pacjenci oceniali czas oczekiwania na zabieg, jakość sprawowanej opieki pooperacyjnej, jakość usług, zakres usług i standard wyposażenia. Niezmiernie ważnym aspektem, wpływającym na zadowolenie pacjenta z jakości usług medycznych, jest czas oczekiwani na zabieg. W latach 2015-2018 ocena na poziomie 5 w tym zakresie została wskazana przez ankietowanych średnio na poziomie 89%. Niewiele mniej, 87%, ankietowanych wskazało najwyższą ocenę na Oddziale Chirurgii Ogólnej. Relatywnie wysoko ankietowani ocenili również Oddział Ginekologiczno-Położniczy – 79% pacjentów wskazało ocenę najwyższą. Ocena na poziomie 1 pojawiła się tylko w jednym badanym roku (2%), na jednym z badanych oddziałów – Chirurgii Ogólnej. W przedmiotowym badaniu jakość sprawowanej opieki pooperacyjnej stanowiła kolejny element oceny oddziału. Średnio 89% przyznało jej najwyższą ocenę.

Kolejnym badanym aspektem oceny analizowanych w badaniu oddziałów była jakość usług. Należy jednak podkreślić, że pacjent – klient ocenia na podstawie własnych subiektywnych kryteriów. Trzeba pamiętać, że to on i jego potrzeby, a także oczekiwania powinny być w centrum uwagi personelu medycznego oraz kierownictwa szpitala – to pacjent jest główną postacią procesu zarządzania jakością placówki medycznej. Ma on prawo do współdecydowania zarówno o przebiegu procesu leczenia i pielęgnowania, a także do oceny i decydowania o jakości tej opieki. W oparciu o zebrane dane można stwierdzić, że w badanej jednostce pacjenci nie mają zastrzeżeń co do jakości oferowanych usług, oceniając ten aspekt na najwyższym poziomie

– średnio 89% badanych. Zakres usług ma znaczący wpływ na poziom satysfakcji pacjentów, najniżej respondenci (1%) ocenili go w roku 2015, a najwyżej w 2018. Tylko 1% pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej w roku 2015 oceniło zakres usług na poziomie najniższym.

W subiektywnej ocenie jakości usług medycznych pacjent zwraca uwagę nie tylko na jakość zapewnianych świadczeń, lecz również na otoczenie, w którym przebywa. Standard wyposażenia został poddany ocenie jako ten wariant, który ma wpływ na komfort pacjenta w czasie sprawowanej opieki i w czasie jego przebywania. Wyniki badań pozwalają stwierdzić, że pacjenci w zdecydowanej większości są zadowoleni z warunków oddziału, w którym przebywali. Aż 90% respondentów wskazało wysoki stopień zadowolenia (ocenę 5) na oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, nieco mniej, tj. 89%, ankietowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej, a najmniej, 81%, na oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

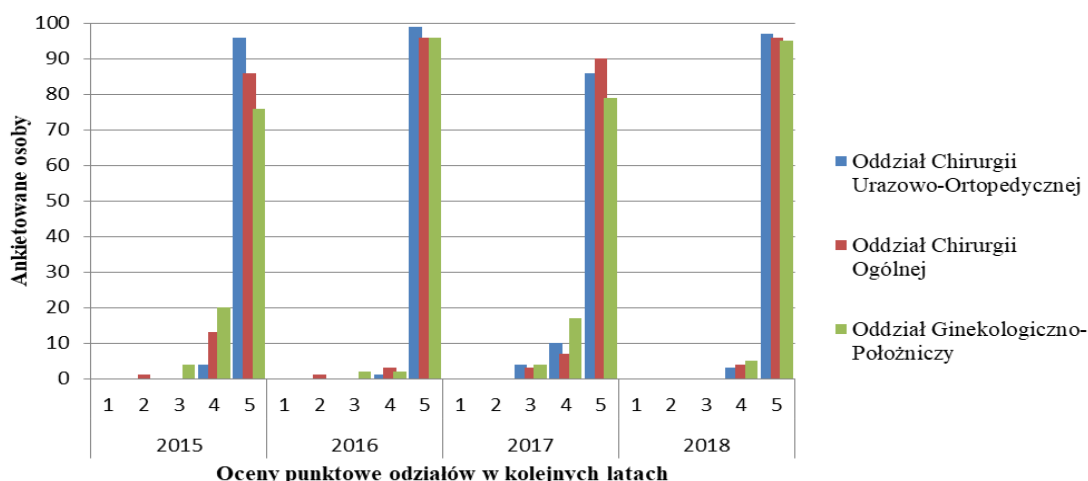
Tabela 5

Udział oceny oddziałów Szpitala im dr. J. Dietla w Krynicy-Zdrój w latach 2015-2018

Badany oddział szpitala		Rok 2015					Rok 2016					Rok 2017					Rok 2018									
		Ocena w skali 1-5 (1 – najgorsza, 5 – najlepsza)																								
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Chirurgia Urazowo-Ortopedyczna	4A*	-	-	3	4	93	-	-	3	6	91	-	-	6	20	73	-	-	-	1	99					
	4B*	-	-	7	14	79	-	-	13	6	81	-	-	2	20	78	-	-	-	1	99					
	4C*	-	-	1	6	93	-	-	4	13	84	-	-	10	10	80	-	-	-	-	100					
	4D*	-	-	-	9	91	-	-	-	-	100	-	-	-	18	82	-	-	-	7	93					
	4E*	-	-	3	14	83	-	-	-	10	90	-	-	6	10	84	-	-	1	7	92					
Chirurgia Ogólna	4A*	2	1	1	22	74	-	-	-	7	93	-	-	2	10	88	-	-	2	4	94					
	4B*	1	-	2	7	89	-	-	-	-	100	-	-	6	5	89	-	-	-	1	99					
	4C*	1	-	2	8	88	1	-	-	-	99	-	2	3	5	90	-	-	-	4	96					
	4D*	1	-	1	15	83	-	-	1	5	93	-	-	1	15	84	-	-	-	1	99					
	4E*	1	1	-	13	85	1	-	-	7	92	-	-	5	10	85	-	-	1	6	93					
Ginekologia – Położnictwo	4A*	-	3	3	17	76	-	-	4	10	86	-	-	18	17	66	-	-	-	11	89					
	4B*	-	-	1	9	89	-	-	-	6	94	-	-	17	8	75	-	-	-	10	90					
	4C*	1	-	4	19	75	-	-	4	4	92	-	-	7	19	74	-	-	-	5	95					
	4D*	-	2	2	20	76	-	-	10	4	86	-	-	5	22	73	-	-	-	12	88					
	4E*	-	2	4	31	63	-	-	-	4	96	-	2	8	25	65	-	-	-	12	88					

4A* Czas oczekiwania na zabieg
4B* Jakość sprawowanej opieki pooperacyjnej
4C* Jakość usług
4D* Zakres usług
4E* Standard wyposażenia

Kolejne pytanie w ankiecie dotyczyło ogólnej oceny oddziału. Przeprowadzone badanie wykazało, że zdecydowana większość pacjentów wystawiła badanym oddziałom szpitala pozytywną ocenę końcową. Wśród ankietowanych nie było osób, które swój pobyt w omawianej placówce oceniło na najniższym poziomie, zaś ocena 2 pojawiła się jedynie 2-krotnie w przypadku Oddziału Chirurgii Ogólnej (rysunek 1).



Rysunek 1. Ogólna ocena oddziałów Szpitala im dr. J. Dietla w Krynicy-Zdrój w opinii pacjentów. Źródło: opracowanie własne na podstawie udostępnionych przez Dyrektora Szpitala wyników badań ankietowych w latach 2015-2018.

Należy zauważyć, że w roku 2017 pacjenci nieco niżej ocenili wszystkie badane oddziały, co pokazuje wzrost liczebności ocen 3 (neutralne) i 4 w porównaniu do 2016 roku.

Można również zauważyć, że w 2018 roku nastąpiła poprawa ogólnej oceny w każdym z trzech badanych oddziałów. Aż 97% ankietowanych oceniło oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej na poziomie 5 (najwyższym), tylko 3% wybrało ocenę 4, a niższych ocen nie zanotowano (tabela 6).

Tabela 6

Udział ogólnej oceny oddziałów Szpitala im dr. J. Dietla w Krynicy-Zdrój w latach 2015-2018

Badany oddział szpitala	Rok 2015					Rok 2016					Rok 2017					Rok 2018				
	Ocena w skali 1-5 (1 – najgorsza, 5 – najlepsza)																			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Chirurgia Urazowo-Ortopedyczna	-	-	-	4	96	-	-	-	1	99	-	-	4	10	86	-	-	-	3	97
Chirurgia Ogólna	-	1	-	13	86	-	1	-	3	96	-	-	3	7	90	-	-	-	4	96
Ginekologia – Położnictwo	-	-	4	20	76	-	-	2	2	96	-	-	4	17	79	-	-	-	5	95

Źródło: opracowanie własne na podstawie udostępnionych przez Dyrektora Szpitala wyników badań ankietowych w latach 2015-2018.

Dodatkowo, w celu zidentyfikowania szeregu aspektów funkcjonowania jednostki przeprowadzono analizę mocnych i słabych stron wybranych oddziałów, wskazanych przez pacjentów w latach 2015-2018. Celem analizy była próba zidentyfikowania elementów, które mogły wpłynąć na poprawę poziomu zadowolenia pacjentów. Pominięto realizację procedur formalnych, jako elementu, którego nie ocenia się na podstawie opinii pacjentów wyrażonej w ankietach, skoncentrowano się głównie na kontakcie interpersonalnym między pacjentem, a personelem oraz warunkach lokalowych i żywieniowych. Celem była identyfikacja zmian oraz wskazanie słabych i mocnych stron o charakterze stałym, które wskazali pacjenci. Uzyskane w badaniu wyniki uwidaczniają, że ogólne zadowolenie respondentów z jakości świadczonych usług na wszystkich trzech oddziałach jest zadowalające. Należy jednak zwrócić uwagę na wskazane przez ankietowanych czynniki, będące najczęstszymi przyczynami niezadowolenia świadczeniobiorców. Do kwestii wymagających dalszego doskonalenia w szpitalu, według pacjentów objętych badaniem, należą:

- modernizacja infrastruktury sanitarnej i technicznej;
- poprawa jakości oferowanego żywienia;
- poszerzenie oferty leczniczej;
- zwiększenie uwagi na aspekt dotyczący przekazywania szerszej informacji pacjentom o stanie ich zdrowia oraz proponowanego i prowadzonego aktualnie leczenia, ryzyku związanym z tym leczeniem, a także skutkach ubocznych stosowanych leków.

Potencjalne korzyści z monitorowania systemu jakości w badanym szpitalu obejmują usprawnienie zarządzania, zwiększenie świadomości występowania problemów, usprawnienie procesów, racjonalizację czasu świadczenia usług oraz procesów im towarzyszących, aktywizację pracowników, wzrost satysfakcji pacjentów oraz poprawę wizerunku, a tym samym konkurencyjności placówki. Analiza czynników wywołujących niezadowolenie wśród pacjentów daje możliwość wprowadzenia właściwych zmian i efektywnego rozwoju placówki medycznej, zgodnych z oczekiwaniami i potrzebami świadczeniobiorców.

Podsumowanie

Wyniki oceny jakości usług zdrowotnych są jedną z podstaw ich doskonalenia, a przy tym warunkują realizację zasady orientacji na klienta (pacjenta). W dobie społeczeństwa konsumpcyjnego podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych pacjenci oczekują podobnego poziomu jakości usług i możliwości dokonywania wyboru jak w trakcie zakupu towarów czy korzystania z innego rodzaju usług. Satysfakcja pacjenta jest jednym z elementów oceny jakości opieki zdrowotnej, dlatego też jego poziom zadowolenia jest istotnym czynnikiem wpływającym na sukces zarządzania placówką medyczną. Prowadzone badania satysfakcji pacjentów niosą ze sobą możliwość poznania opinii pacjentów o oferowanych im usługach, ale również pozwalają zdefiniować słabości w analizowanych obszarach funkcjonowania szpitala. Wyniki tego rodzaju badań dają możliwość podjęcia odpowiednich działań marketingowych, ale także przygotowania placówki medycznej do wdrożenia i realizacji systemów zarządzania jakością.

Należy jednak pamiętać, że spełnienie oczekiwań klientów, po pierwsze, nie jest łatwe, a po drugie, uwarunkowane jest przez wiele czynników. Na poziom jakości świadczonych usług składa się bowiem jakość funkcjonowania całej jednostki. W związku z tym kadra zarządzająca powinna podejmować:

- wszelkie działania zmierzające do uzyskania informacji o oczekiwaniach oraz wymaganiach pacjentów celem lepszego dostosowania oferty swoich usług i podniesienia ich jakości;
- działania udoskonalające narzędzie badawcze, uwzględniające również opinię personelu medycznego – ponieważ pełne i spójne badania satysfakcji pacjentów oraz opinii pracowników dają kompleksowy obraz sytuacji w szpitalu;
- udoskonalenie ankiety o pytanie pacjentów o skłonność polecenia szpitala znajomym i bliskim, w celu zbadania wskaźnika rekomendacji, istotnego z punktu widzenia badania satysfakcji pacjentów danej jednostki, chociaż badania wskazują na wysoki poziom zadowolenia pacjentów, więc można wnioskować, że wskaźnik uplasuje się na b wysokim poziomie.

Należy pamiętać, że rolą badań satysfakcji nie jest szukanie błędów, a jedynie identyfikowanie dobrych praktyk. Służy jako narzędzie zmiany, wskazując tym samym kierunki rozwoju zgodnie z oczekiwaniami zarówno pacjentów, jak i pracowników.

Należy przy tym stwierdzić, że hierarchizacja oczekiwań klienta może być niezwykle ważna ze względu na podejmowanie działań doskonalących w warunkach dość znacznie ograniczonych zasobów. Pozwoli ona na określenie obszarów, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności, tak aby zwiększać poziom jakości tych, które stają się kluczowe z perspektywy pacjenta.

W niniejszym artykule przedstawiono wyniki badań na temat opinii pacjentów Szpitala im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdrój, podsumowujących poziom satysfakcji pacjentów, a także wskazano mocne i słabe strony, które mogą mieć największy wpływ na zadowolenie pacjentów w badanej jednostce. W wyniku analizy danych zaobserwowano relatywną poprawę oceny jakości szpitala w 2018 roku w stosunku do lat poprzednich, a dodatkowo zastosowane narzędzia badawcze pozwoliły wskazać kluczowe czynniki, które mogły wpłynąć na wskazaną zmianę. Zidentyfikowano także czynniki mogące świadczyć o trudnościach w stosowaniu standardów w kontaktach interpersonalnych, które mogą być z kolei podstawą do przekazania zalecenia do podjęcia działań zaradczych w ramach wewnętrznego systemu jakości.

Bibliografia

- Ankiel, M., Kuczyńska, A. (2017). *Wyznaczniki satysfakcji klientów korzystających z usług medycyny estetycznej*. Studia Ekonomiczne. Katowice: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.
- Dobbska, M., Dobski, P. (2016). *Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Górski, A. (red.). (2012). *Leksykon prawa medycznego*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Krot, K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Matysiewicz, J., Smyczek, S. (2012). *Modele relacji jednostek medycznych z pacjentami w otoczeniu wirtualnym*. Warszawa: Placet.
- Nizankowski, R. (2003). Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena. *Zdrowie i Zarządzanie*, 6, 7-17.
- Opolski, K., Dykowska, G., Możdżonek, M. (2003). *Zarządzanie przez jakość w usługach medycznych*. Warszawa: Cedetu.
- Przewodnik po Systemie Zarządzania Jakością wg PN-EN ISO 9001:2015; PN-EN 15224:2017, Szpital im. Dr J. Dietla w Krynicy-Zdrój, Krynica-Zdrój 2018.
- Raport CBOS. (2018). *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*. Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Rogoziński, K. (2000). *Nowy marketing usług*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.

-
- Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego 2011-2020, Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr XII/183/11 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 26 września 2011 roku.
- Szpringer, M., Chmielewski, J., Kosecka, J., Sobczyk, B., Komendacka, O. (2015). *Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej*. Lublin: Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.
- Wiśniewska, M. (2016). *Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele*. Warszawa: CeDeWu.
- Wiśniewska, M., Zieliński, G. (2014). *Wielowymiarowe aspekty doskonalenia podmiotów leczniczych*. Gdańsk: Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej.