

Maciej Wójcik

Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Akademia Medyczna im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie

1 WPROWADZENIE

Pośród czterech głównych trendów współczesności, tj. demokratyzacji społeczeństw, globalizacji gospodarki, informatyzacji oraz wysokiej jakości produktów i usług, właśnie jakość jest jednym z paradygmatów cywilizacji przełomu XX i XXI wieku. Stała się ona podstawowym czynnikiem decydującym o powodzeniu na rynku [12].

Krótką i czytelną definicję jakości podana przez Miśkiewicza brzmi: „satisfakcjonujące zaspokojenie życzeń i oczekiwań wyrażonych i postrzeganych potrzeb przy niskim użyciu zasobów” [10]. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie określa ją jako: „stopień doskonałości postępowania w odniesieniu do poziomu wiedzy i rozwoju technologii” [11], podczas gdy Bodenheimer definiuje ją jako: „stopień, do jakiego świadczenia medyczne dla pojedynczych pacjentów jak i populacji, pozostając w zgodzie z obowiązującą wiedzą, zwiększają możliwość uzyskania pożądanych rezultatów zdrowotnych” [1].

W niewielu dziedzinach życia jakość usług jest tak ważna, jak w opiece zdrowotnej – dotyczy ona bowiem najważniejszych wartości – życia i zdrowia człowieka. Jak w żadnej innej dziedzinie konsekwencje błędu, zaniechania czy zaniedbania mogą okazać się tragiczne i nieodwracalne w skutkach.

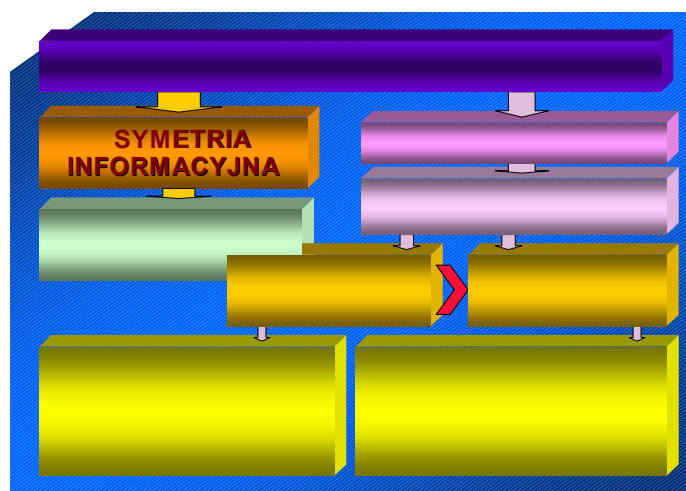
Stałe monitorowanie i podnoszenie jakości opieki staje się jednym z priorytetów usługodawców. Prowadzi to do samooceny świadczeniodawcy i poprawy metod postępowania z pacjentami, a jednocześnie pozwala określić, jakie

świadczenia i na jakim poziomie dane placówki medyczne powinny pacjentowi zapewniać.

Zapewnienie takiego poziomu jakości, który w pełni zaspokajałby potrzeby nabywców, staje się tym bardziej problematyczne, im większe jest znaczenie czynnika ludzkiego w odniesieniu do tego typu świadczeń [2]. Dotyczy to w szczególności usług profesjonalnych, jak usługa medyczna, gdzie podstawą jest specjalistyczna wiedza, doświadczenie zawodowe oraz indywidualne predyspozycje świadczeniodawcy (lekarza). Sama usługa skupia się na rozwiązywaniu problemów pacjenta, mając charakter przynajmniej doradczy, a gdzie to konieczne, wiąże się również z funkcją wykonawczą [9]. Zakup usług profesjonalnych obarczony jest dużym ryzykiem i niepewnością nabywcy. Wynika to z *asymetrii informacyjnej* [13] – usługodawca wie o oferowanym produkcie znacznie więcej niż klient, który często nie jest w stanie ocenić jakości usługi nawet po skorzystaniu z niej [9].

Należy również zwrócić uwagę na determinanty jakości [14], według których nabywca kształtuje swoją opinię o usłudze. Jakość techniczna usługi [5], czyli to, co klient otrzymuje w wyniku kontaktu z usługodawcą, nie jest jedynym wyznacznikiem jego satysfakcji. Ma na nią wpływ również sposób, w jaki ta jakość techniczna została przekazana, czyli tzw. *jakość funkcjonalna*. Pacjent nie oczekuje przecież od lekarza tylko technicznej porady, lecz pochylenia się nad jego cierpieniem, poświęcenia czasu i uwagi. Dlatego też należy pamiętać, iż w usługach profesjonalnych jakość funkcjonalna ma większe znaczenie dla postrzegania usługi przez nabywcę niż jakość techniczna, a wartością, która zadecyduje *de facto* o ocenie jakości

usługi medycznej nie będzie jej faktycznie oferowana wartość, lecz ta, którą postrzega pacjent.



Rys. 1. Ocena wartości usługi profesjonalnej przez nabywcę.

W piśmiennictwie [3-4, 6-8] spotyka się kilka określeń, które odnoszą się do pojęcia jakości świadczeń medycznych. Są to: 1/ jakość opieki medycznej (*quality of health care*), 2/ ocena jakości świadczeń (*quality assesment*), 3/ zapewnienie jakości świadczeń (*quality assurance*) [11]. Ten ostatni termin jest najszerzym i jednocześnie najczęściej stosowanym do oceny jakości. Na pojęcie jakości opieki zdrowotnej składa się kilka elementów: 1/ poziom umiejętności zawodowych lekarza, jak i innego personelu medycznego, 2/ efektywność ich działań, 3/ minimalizację ryzyka ze strony pacjenta, 4/ stopień zadowolenia pacjenta, 5/ pozytywny efekt działań na stan zdrowia populacji. Jakość systemu opieki zdrowotnej można oceniać w dwóch wymiarach: obiektywnym (klinicznym) nakierowanym na efekty medyczne i subiektywnym (z punktu widzenia pacjenta) nakierowanym na oczekiwania i satysfakcję z udzielanych usług [3-4, 6-8, 11]. Wynika to z faktu, iż system opieki zdrowotnej ma jednocześnie wpłynąć obiektywnie na stan zdrowia pacjenta, jak i zaspokoić jego subiektywne potrzeby związane ze zdrowiem, co pozostaje w bezpośrednim związku z definicją zdrowia „jako pełni dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego”, sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia [16].

Zrozumienie postrzegania jakości świadczeń medycznych przez chorego oraz znajomość strategii zarządzania jakością usług jako ważnego elementu relacji z pacjentem-klientem prowa-

dzącej do trwałej z nim więzi, uzmysłowienie sobie dynamicznej natury tej relacji i konieczności stałego monitorowania jakości świadczonych usług oraz zaspokajania zmieniających się oczekiwań pacjentów stanowią dziś ważny element marketingowego zmagania się jednostki medycznej z konkurencją na coraz bardziej wymagającym rynku usług medycznych. Sukces rynkowy mogą osiągnąć tylko te podmioty, które rozumieją potrzebę aktywnych kontaktów z klientami. Ocena jakości ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, z punktu widzenia pacjenta, nie była dotychczas często podejmowanym tematem badawczym. Tym bardziej, badania skupiające się na jakości udzielanych świadczeń dla pacjentów z chorobami układu krążenia należą do nielicznych, przy braku takowych w literaturze krajowej.

„Aby treść badań miała wartość poznawczą, badania powinny bazować na stwierdzonych oczekiwaniach pacjentów w poszczególnych grupach chorobowych (*illness group*)” [15]. Mając to na uwadze, nie można badać opinii, oczekiwań czy stopnia satysfakcji pacjenta w odniesieniu do całości opieki specjalistycznej, gdyż poszczególne grupy pacjentów, korzystające z porad określonych lekarzy specjalistów mają indywidualne cechy, a próba ujednoczenia takiej oceny na całość opieki specjalistycznej mogłaby prowadzić do przekłamań i uzyskania mało wiarygodnych rezultatów. Dlatego też istnieje konieczność dokonania świadomego wyboru określonego profilu świadczeń specjalistycznych, które mamy zamiar badać. Wybór ten może wynikać z różnych przesłanek. W niniejszym badaniu skupiono się na pacjentach korzystających z poradni kardiologicznych, z powodu zarówno specyfiki chorób układu krążenia, jak i ich społecznego problemu.

Niniejsza praca jest próbą dokonania wieloczynnikowej oceny jakości ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, udzielanych w poradniach kardiologicznych, z punktu widzenia świadczeniobiorcy.

2 CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE

Celem pracy jest poznanie opinii pacjentów na temat świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach specjalistycznej ambulatoryjnej opieki kardiologicznej. Zostanie on przedstawiony poprzez analizę następujących celów pośrednich:

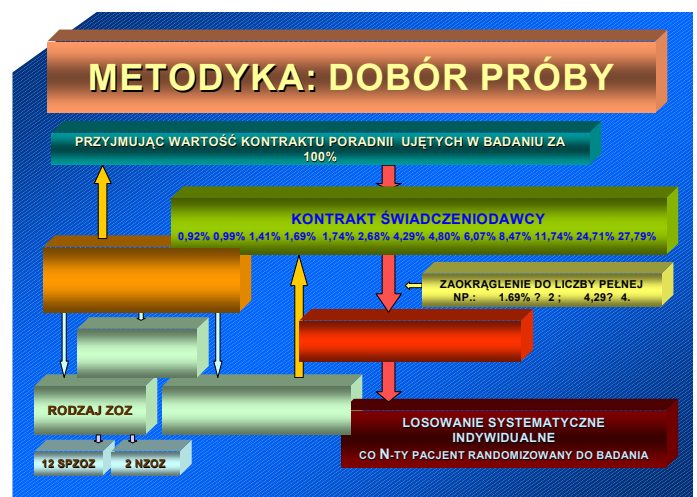
- Ocena dostępności specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń medycznych w poradniach kardiologicznych.
- Ocena przyczyn i trybu zgłaszania się pacjentów do lekarza kardiologa.
- Kryteria wyboru, jakimi kierują się pacjenci przy wyborze świadczeniodawcy.
- Analiza oczekiwań pacjentów, co do miejsca i sposobu udzielania specjalistycznych świadczeń medycznych.
- Analiza zadowolenia pacjentów z udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Uwzględniając dotychczasowy stan wiedzy i cel niniejszej pracy, postawiono następujące hipotezy badawcze:

- Dostępność do ambulatoryjnej opieki kardiologicznej oraz możliwość wyboru miejsca udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych pozostaje w ścisłym związku z miejscem zamieszkania pacjenta, zaś dostępność kardiologa w poradni uzależniona jest od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej.
- Najczęstszym trybem skierowania do kardiologa jest otrzymanie skierowania od lekarza rodzinnego, zaś najczęstszym powodem zgłoszenia się do kardiologa są dolegliwości ze strony układu krążenia.
- Kryteria wyboru, jakimi kierują się pacjenci przy wyborze świadczeniodawcy, są zgodne z ich oczekiwaniami.
- Oczekiwania chorych korzystających z poradni kardiologicznych są uwarunkowane potrzebą szybkiego i kompleksowego świadczenia zdrowotnego, zaś stopień zaspokojenia tych oczekiwań ma istotny wpływ na stopień zadowolenia ze świadczonych usług.
- Poziom satysfakcji ze specjalistycznej opieki zdrowotnej jest uzależniony od wybranych cech społeczno-demograficznych. Założono, iż wyższy stopień nastroju wykazują kobiety, mieszkańcy wsi, osoby pracujące i korzystający z niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, oraz że wraz z wiekiem, wyższym poziomem wykształcenia, wyższym stopniem nastroju, lepszym stanem zdrowia i większymi dochodami rośnie stopień zadowolenia pacjenta ze świadczonych usług.

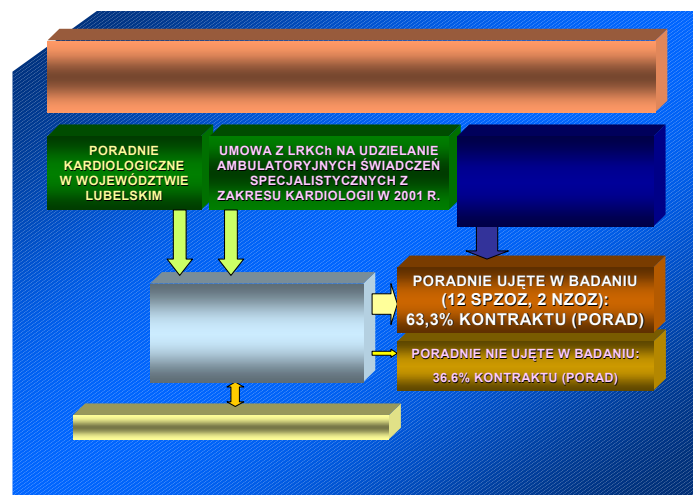
3 MATERIAŁ I METODYKA

Badanie przeprowadzono w poradniach kardiologicznych, które znajdowały się na terenie województwa lubelskiego przed reformą administracyjną kraju w 1998 roku. Do badania włączono zarówno publiczne (12), jak i niepubliczne (2) zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), które podpisały na rok 2001 umowę z Lubelską Regionalną Kasą Chorych na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii.

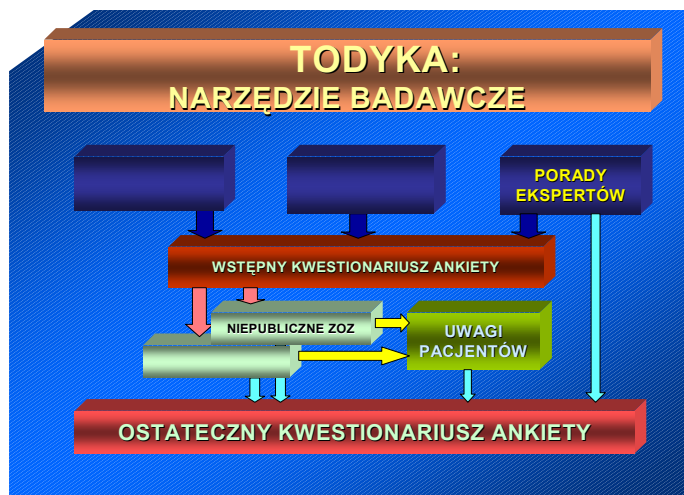


Rys. 2. Dobór próby badanej – świadczeniobiorcy.

Respondenci zostali wybrani drogą losowania systematycznego indywidualnego, z ustalonym odstępem losowania dla poszczególnych ZOZ, co pozwoliło na zmniejszenie dysproporcji pomiędzy liczbą ankietowanych w poszczególnych poradniach. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

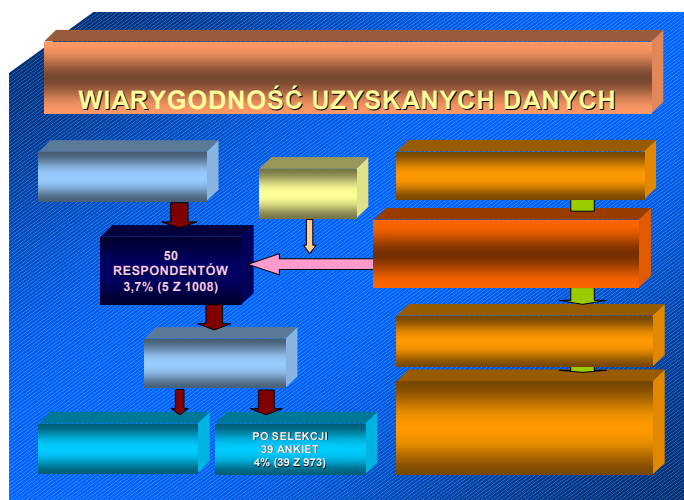


Rys. 3. Dobór próby badanej – świadczeniodawcy.



Rys. 4. Schemat opracowania kwestionariusza ankiety.

Spośród całkowitej liczby 1329 ankiet uzyskano 1008 kwestionariuszy (zwrotność 75,84%), lecz do analizy zakwalifikowano 973 kwestionariusze ankiety. Badana grupa to 511 mężczyzn i 462 kobiety; przeciętny wiek badanych to 56 lat. Przed zastosowaniem kwestionariusza, mając na względzie jego dostosowanie do próby badanej, a także cel badania, szacowano go wieloetapowo, bazując zarówno na analizie dotychczasowego piśmiennictwa, radach ekspertów oraz po zapoznaniu się z oczekiwaniami pacjentów dotyczącymi opieki kardiologicznej.



Rys. 5. Ocena wiarygodności uzyskanych danych.

Wykorzystując informacje uzyskane w drodze przeprowadzonego badania pilotażowego, uwagi pacjentów oraz w drodze dalszych konsultacji z ekspertami, opracowano zasadniczy kwestionariusz ankiety, który składał się ze 103 pytań pogrupowanych w pięć kolejnych grup tematycznych:

- Charakterystyka socjo-demograficzna grupy badanej.
- Samoocena stanu zdrowia i nastroju pacjenta, które oceniano jako zmienne mające wpływ na ocenę stopnia satysfakcji pacjenta ze świadczonych usług.
- Pytania dotyczące poradni kardiologicznej: możliwość wyboru poradni, kryteria, jakimi kierowali się pacjenci przy wyborze poradni, udogodnienia i uciążliwości w korzystaniu z poradni, oczekiwania i stopień satysfakcji pacjentów.
- Pytania dotyczące lekarza kardiologa: możliwość i kryteria wyboru, tryb skierowania, cel i przebieg wizyty, trudności w dostępie do kardiologa, oczekiwania i stopień zadowolenia z opieki kardiologicznej.
- Pytania dotyczące dotychczasowych doświadczeń respondenta z całym systemem opieki zdrowotnej, które były analizowane w aspekcie czynników mogących mieć wpływ na ocenę stopnia zadowolenia z ambulatoryjnej opieki kardiologicznej.

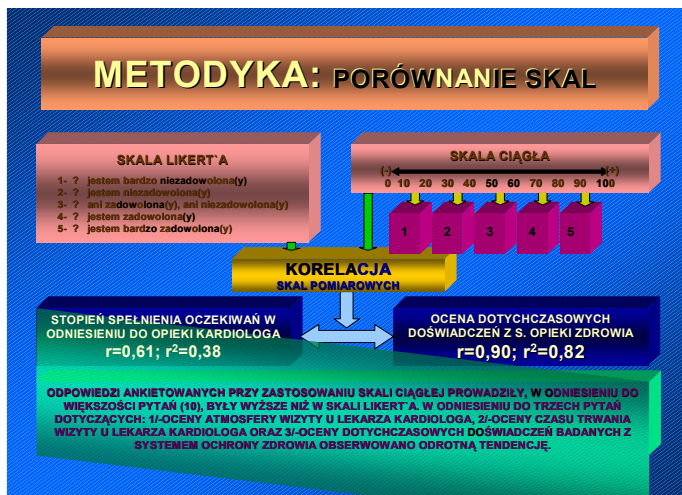
Ocenę stanu zdrowia badanych przeanalizowano poprzez wskaźniki o charakterze subiektywnym:

- Samoocena stanu zdrowia przedstawiona na skali rang.
- Ocena własnego stanu zdrowia w porównaniu z osobami w tym samym wieku i tej samej płci.
- Samoocena sprawności fizycznej opracowana na bazie klasyfikacji NYHA, CCS i Specific Activity Scale.

Do oceny stopnia satysfakcji pacjenta zastosowano skalę ciągłą odpowiedzi z wartościami od 0 do 100 punktów.

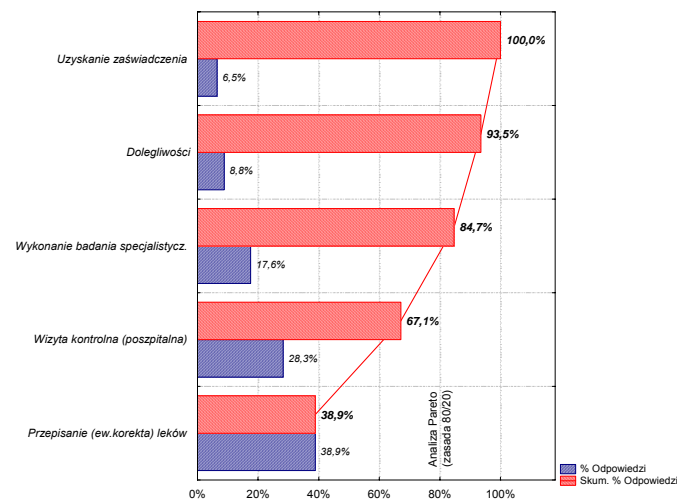
W analizie statystycznej wykorzystano następujące testy statystyczne, bazując na programie *STATISTICA*:

- Testy niezależności: test χ^2 i test χ^2 z poprawką Yatesa.
- Testy dla dwóch próbek niezależnych: test U Manna-Whitneya.
- Testy dla n próbek: test sumy rang Kruskala-Wallisa i test mediany χ^2 .
- Korelacje nieparametryczne.
- Odpowiedzi na pytania otwarte, zebrane od pacjentów, opracowano metodą klinimetryczną i poddano analizie Pareto.
- Do analizy rzetelności grup pytań do oceny sprawności fizycznej i stanu nastroju pacjenta zastosowano współczynnik α -Cronbacha.



Rys. 6. Porównanie zastosowanych skal pomiarowych.

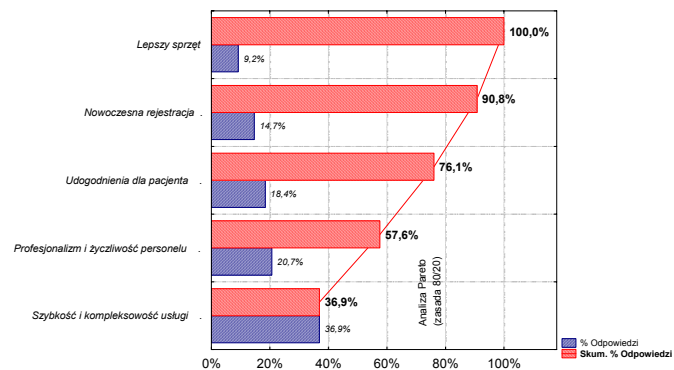
Uzyskana powtarzalność wyników dla poszczególnych grup problemowych, jak i dla całości kwestionariusza ankiety wyniosła 91%. W grupie kontrolnej dokonano porównania zastosowanej do oceny stopnia zadowolenia pacjenta skali ciągłej (kwestionariusz główny) ze skalą Likerta (kwestionariusz kontrolny), uzyskując korelację skal w odniesieniu do poszczególnych pytań od wysokiej ($r=0,61$) do prawie pełnej ($r=0,9$).



Rys. 7. Powód zgłoszenia się do lekarza kardiologa w opinii badanych.

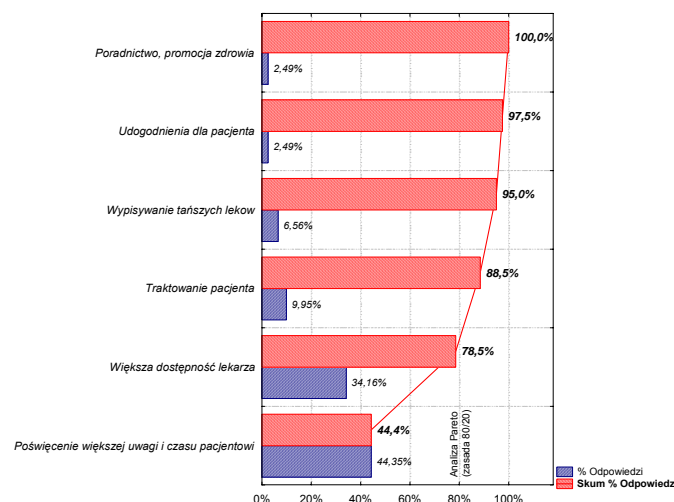
4 WYNIKI

Trudności z uzyskaniem skierowania do lekarza kardiologa miał co trzeci z badanych (29%), a najczęstszym powodem zgłoszenia się pacjenta do lekarza kardiologa była konieczność przepisania i ewentualnej korekty leków (39%).



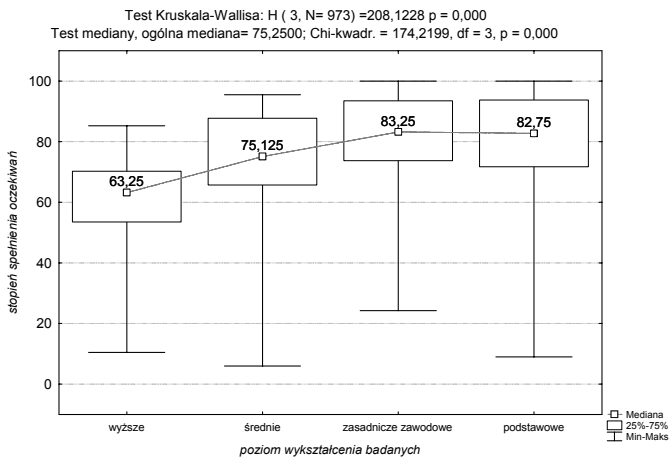
Rys. 8. Oczekiwania badanych w odniesieniu do poradni kardiologicznej. Analiza Pareto.

W ponad połowie przypadków (53%) trybem skierowania pacjenta do lekarza kardiologa było skierowanie od lekarza rodzinnego. W większości skierowanie dotyczyło objęcia pacjenta leczeniem specjalistycznym w poradni kardiologicznej (80%). Tylko co dziesiąty chory (10%) otrzymał skierowanie jednorazowe.



Rys. 9. Co należałoby zmienić, w opinii badanych, odnośnie wizyty u lekarza kardiologa, aby była ona bardziej satysfakcjonująca. Analiza Pareto.

Wymieniane trudności w dostępie do lekarza kardiologa w poradni to najczęściej: mała liczba „numerków” do lekarza (20%), odległe terminy wizyt (18%), długi czas oczekiwania w kolejce (16%) i brak możliwości rejestracji telefonicznej wizyty u lekarza kardiologa (14%). Trzy czwarte badanych (77%) skorzystało z ostatniej porady lekarza kardiologa w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, podczas gdy miejscem o najłatwiejszym dostępie do specjalisty był, w opinii badanych, gabinet prywatny (44%).



Rys. 10. Stopień spełnienia oczekiwań pacjenta dotyczących opieki lekarza kardiologa a poziom wykształcenia badanych.

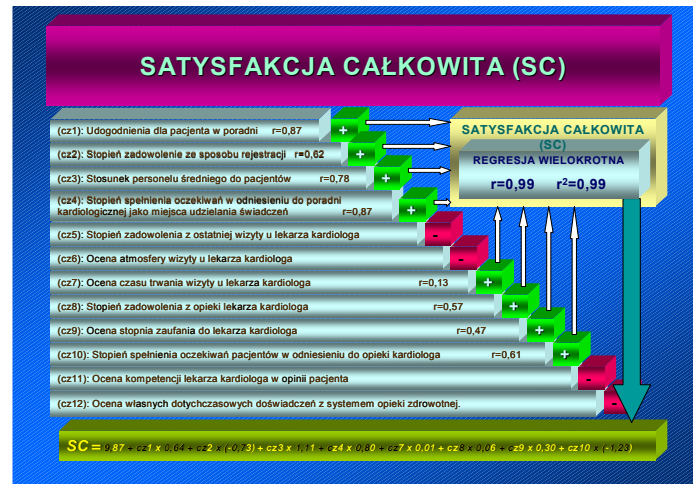
Możliwość dokonania wyboru świadczeniodawcy potwierdziło 64% ankietowanych. 16% badanych, wśród których przeważali mieszkańcy wsi, wiązało brak możliwości wyboru z faktem, iż jest to jedyna poradnia kardiologiczna w okolicy.



Rys. 11. Czynniki mające wpływ na wartość satysfakcji całkowitej (SC).

Głównymi oczekiwaniami w odniesieniu do poradni kardiologicznej jako miejsca udzielania świadczeń i zarazem kryteriami, jakimi kierowali się badani przy wyborze poradni kardiologicznej, okazały się być: szybkość i kompleksowość usługi (32%), profesjonalizm i życzliwość personelu (23%) oraz istniejące udogodnienia dla pacjenta w poradni (22%). Oczekiwania w odniesieniu do opieki lekarza kardiologa koncentrowały się na potrzebie poświęcenia większej ilości czasu i uwagi pacjentowi (44%) i większej dostępności lekarza kardiologa

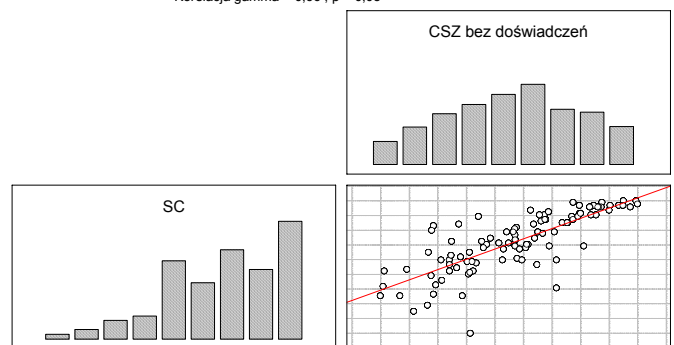
(34%). Stopień satysfakcji pacjenta z opieki kardiologa (SK) był względnie wysoki (ocena przeciętna 77 punktów).



Rys. 12. Prosty model oceny stopnia zadowolenia pacjenta.

Stopień zadowolenia pacjenta z procesu udzielania świadczenia w poradni kardiologicznej oceniano dwukrotnie: po raz pierwszy, oceniając satysfakcję całkowitą (SC), bazując na jednym ogólnym pytaniu dotyczącym stopnia zadowolenia respondenta ze świadczonych usług w poradni (ocena przeciętna 76 punktów), i po raz drugi, obliczając całkowitą satysfakcję zliczoną (CSZ) jako średnią arytmetyczną 12 badanych poszczególnych elementów satysfakcji pacjenta (ocena przeciętna 78 punktów).

Korelacja porządku rang Spearmana: $r = 0,82$; $p < 0,05$
 Korelacja tau Kendalla = $0,65$; $p < 0,05$
 Korelacja gamma = $0,66$; $p < 0,05$



Rys. 13. Korelacja dwóch metod oceniających stopień zadowolenia pacjenta: satysfakcji całkowitej (SC) i całkowitej satysfakcji zliczonej (CSZ).

Największy wpływ na SK ($r=0,9$) i SC ($r=0,8$) miał stopień spełnienia oczekiwań pacjenta. Stwierdzono bardzo wysoką ($r=0,8$) korelację pomiędzy SC a CSZ. Wykorzystując model regresji wielorakiej, opracowano

równanie umożliwiające wyznaczenie wartości SC w oparciu o cztery najistotniejsze elementy oceny jakości świadczeń w opinii pacjenta.

5 WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonego badania sformułowano następujące wnioski:

- ◆ Pacjenci korzystający z poradni kardiologicznych mają wyraźnie określone oczekiwania, zarówno w odniesieniu do opieki lekarza kardiologa, jak i do poradni jako miejsca udzielania świadczeń. Najważniejsze oczekiwania pacjenta w odniesieniu do opieki lekarza kardiologa to: potrzeba poświęcenia większej uwagi i czasu pacjentowi oraz większa dostępności lekarza w poradni. Najważniejsze oczekiwania pacjenta w odniesieniu do poradni kardiologicznych to w kolejności: szybkość i kompleksowość usługi, profesjonalizm i życzliwość personelu oraz udogodnienia dla pacjenta.
- ◆ Stopień spełnienia oczekiwań w odniesieniu do poradni kardiologicznej, jak i opieki lekarza kardiologa jest wysoki, przy czym stopień spełnienia oczekiwań w odniesieniu do poradni kardiologicznej jest niższy niż stopień spełnienia oczekiwań w stosunku do opieki lekarza kardiologa. Stopień spełnienia oczekiwań pacjentów poradni kardiologicznych zależy od: płci, wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej, deklarowanego dochodu miesięcznego przypadającego na jednego członka rodziny, stanu nastroju i rodzaju zakładu opieki zdrowotnej.
- ◆ Wysoki stopień satysfakcji badanych ze świadczonych usług daje podstawę do stwierdzenia, iż pacjenci są generalnie zadowoleni z opieki specjalistycznej świadczonej w poradniach kardiologicznych. Stopień satysfakcji pacjenta zależy przede wszystkim od stopnia zaspokojenia jego oczekiwań oraz płci, wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej, statusu zawodowego, stanu nastroju i rodzaju zakładu opieki zdrowotnej.
- ◆ Istnieje terytorialna nierówność dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w poradniach kardiologicznych – większa dostępność i możliwość wyboru świadczeniodawcy jest związana z miejscem

zamieszkania pacjenta (mniejsza dostępność dla mieszkańców wsi), zaś dostępność kardiologa w poradni jest uzależniona od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej, na korzyść zakładów niepublicznych.

- ◆ Obecne obciążenie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki kardiologicznej nie w pełni wynika z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Główną przyczyną zgłoszeń do lekarza kardiologa w poradni jest konieczność przepisania leków.

Mając powyższe na uwadze, można stwierdzić, iż:

- ◆ Konkurencyjność na rynku usług medycznych wymaga skupienia się nie tylko na potrzebach zdrowotnych pacjenta, lecz również na zaspokojeniu jego oczekiwań. Zaspokajanie oczekiwań pacjenta zwiększa z kolei stopień jego zadowolenia ze świadczonych usług, co pośrednio wpływa na poprawę efektu terapeutycznego.
- ◆ Prawidłowe funkcjonowanie poradni kardiologicznej wymaga spełnienia najważniejszych oczekiwań pacjentów, takich jak: szybkość i kompleksowość świadczonej usługi oraz profesjonalizm i życzliwość personelu.
- ◆ Stwierdzona mniejsza dostępność mieszkańców wsi do lekarza kardiologa, udzielającego świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i obciążenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nie w pełni wynikające z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów, wymagają podjęcia działań zarówno organizacyjnych, jak i edukacyjnych ze strony organizatorów opieki zdrowotnej.

Realizacja celów pośrednich pozwala również na sformułowanie szeregu wniosków dotyczących stanu zdrowia pacjentów korzystających z ambulatoryjnych porad kardiologicznych, ich opinii na temat personelu poradni kardiologicznych i ponoszonych wydatków ze środków własnych na opiekę zdrowotną:

- ◆ Chorzy korzystający z poradni kardiologicznych, których przekrój społeczno-demograficzny jest porównywalny do ogółu pacjentów z chorobami układu krążenia, są skłonni do bardziej negatywnej oceny własnego stanu zdrowia niż ogół ludności Polski.
- ◆ Zmienne opisujące subiektywny stan zdrowia badanych są silnie powiązane z wiekiem, poziomem wykształcenia, aktywnością

zawodową i deklarowanym miesięcznym dochodem przypadającym na jednego członka rodziny. Nie stwierdzono związku między płcią i miejscem zamieszkania a stanem zdrowia badanych.

- ◆ Subiektywna ocena stanu nastroju badanych, jako czynnika mającego bezpośredni wpływ na oceny stopnia satysfakcji badanych, wykazuje istotne różnicowanie w powiązaniu z płcią, poziomem wykształcenia, miejscem zamieszkania, aktywnością zawodową badanych oraz miejscem przeprowadzenia badania, tj. rodzajem zakładu opieki zdrowotnej.
- ◆ Pacjenci wysoko oceniają zarówno kwalifikacje, jak i życzliwy stosunek lekarzy i personelu średniego do chorych. Zwraca uwagę fakt dużego zaufania chorych do lekarzy, jak i wysoka ocena ich kompetencji.
- ◆ Wydatki ze środków własnych korzystających z poradni kardiologicznych na ochronę zdrowia chorych są porównywalne do wydatków związanych z chorobą ponoszonych przez ogół ludności Polski.

Dokonana szczegółowa ocena stopnia zadowolenia pacjenta z pojedynczych elementów usługi, jak i weryfikacja skali ciągłej oraz ocena dwóch samodzielnych metod oceny: stopnia satysfakcji całkowitej i satysfakcji całkowitej zliczonej, pozwalają na sformułowanie dodatkowych trzech wniosków:

- ◆ Aby poprawnie przeprowadzić pomiar stopnia całkowitej satysfakcji pacjenta ze świadczonych usług, należy wziąć pod uwagę pojedyncze elementy usługi, a nie jeden wybrany, pomimo jego możliwie najlepszej predykcji całkowitego zadowolenia pacjenta; tylko tak przeprowadzone badanie może dać najbardziej wiarygodny obraz sytuacji. Wymaga to wcześniejszej identyfikacji pojedynczych elementów usługi, przede wszystkim w drodze poznania specyficznych oczekiwań pacjentów.
- ◆ Skala ciągła użyta do oceny stopnia satysfakcji pacjenta jest równie wiarygodna jak skala Likerta. Dużą jej zaletą jest możliwość uzyskania znacznie szerszego wachlarza odpowiedzi i dzięki temu dokładniejszego opisanego zjawiska.

Badanie stopnia satysfakcji pacjenta, przy zastosowaniu jednego ogólnego pytania dotyczącego oceny stopnia całkowitej satysfakcji ze świadczonych usług, może być prostym

narzędziem badawczym, a jednocześnie dobrze weryfikującym jej rzeczywisty poziom.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bodenheimer T. 1999. The American health care system – the movement for improved quality in health care. *N. Engl. J. Med.* 340(6), 488-492.
- 2) Chłodnicki M. 2000. Jakość usług profesjonalnych. *Market. Prakt.* 2, 53.
- 3) Donnabedian A. 1980. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- 4) Donnabedian A. 1985. The Methods of Finding Quality Assessment and Monitoring. Michigan, Ann Arbor: Health Administration Press.
- 5) Drapińska A, Dominiak P. 1998. Model marketingu usług. *Market. i Rynek.* 11, 7-8.
- 6) Grol R., Thomas S., Roberts R. 1995. Development and implementation of guidelines for family practice: lessons from The Netherlands. *J. Fam. Pract.* 40(5), 435-439.
- 7) Grol R., Wensing M., Mainz J., Ferreira P., Hearnshaw H., Hjortdahl P. i wsp. 1999. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam. Pract.* 16(1), 4-11.
- 8) Kastein M. R. 1994. Developing Criteria for Evaluation of Performance in Family Medicine Using the Delphi Technique. Utrecht University.
- 9) Krawczyńska A., Trzmielak D. 2001. Jakość usług medycznych. *Prz. Org.* 2, 35-37.
- 10) Miśkiewicz M. 1993. Ocena jakości w szpitalach ogólnych – zalecenia dla kierujących szpitalami. *Zdr. Publ.* 11, 359-361.
- 11) Nizankowski R, Kozierekiewicz A, Tomasik T, Windak A, Freyer J, Krakowiak A, Kutryba B, Stanach K. 1994. Zasady oceny jakości pracy POZ z uwzględnieniem systemu kodowego. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
- 12) Nizankowski R. 2001. Kilka słów o akredytacji. *Zdr. i Zarządz.* III(3-4), 8-10.
- 13) Pietrzak J. 2000. Sektor usług profesjonalnych – modelowy wzorzec rozwiązania? *Market. i Rynek.* 4, 5.
- 14) Rudawska E, Kiecko R. 2000. Servqual – metoda badania jakości usług i jej praktyczne zastosowanie. *Market. i Rynek.* 5, 23.
- 15) Staniszevska S., Ahmed L. 1999. The concept of expectations and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *J. Adv. Nurs.* 29(2), 364-372.
- 16) World Health Organization Working Group. 1994. The WHO quality of life assessment instrument. W: Orley J., Kuyken W. (red) *Quality of life assessment in health care settings.* Heidelberg: Germany: Springer-Verlag.