

JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OPINII PACJENTÓW Z OBSZARU POLSKI WSCHODNIEJ

QUALITY OF SPECIALIST HEALTH CARE SERVICES ACCORDING TO PATIENTS FROM EASTERN POLAND

Zbigniew Tarkowski, Olga Dąbska, Joanna Monastyrska, Ewa Humeniuk

Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.4>

STRESZCZENIE

Wstęp. Badanie opinii obrazujące stopień realizacji potrzeb pacjentów przez system opieki zdrowotnej pozwala na skuteczną identyfikację tych potrzeb, a także wyznaczenie obszarów wymagających poprawy i wprowadzenie udoskonaleń.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej określona na podstawie opinii pacjentów z obszaru Polski Wschodniej.

Materiał i metody. Przeprowadzając badania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz służący do oceny jakości i stopnia satysfakcji z usług specjalistycznej opieki zdrowotnej. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu programu SAS Enterprise Guide. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Posłużono się testami χ^2 Pearsona, t-Studenta, r-Spearmana. Grupę badaną stanowiło 144 pacjentów poradni udzielających specjalistycznych świadczeń.

Wyniki. Na poziom zadowolenia pacjentów ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej wpływały wiek i wykształcenie oraz czas oczekiwania i dostępność usług. Najwyższy odsetek osób nieusatysfakcjonowanych występował wśród badanych do 20. r.ż. i z wykształceniem podstawowym. Im czas oczekiwania na wizytę był krótszy, a dostępność do usług wyższa, tym pacjent odczuwał większe zadowolenie ze świadczeń. Satysfakcji z usług medycznych nie determinowały płeć i miejsce zamieszkania respondentów.

Wnioski. Jakość usług medycznych jest sposobem na konkurencyjność wśród świadczeniodawców na rynku medycznym, lecz głównie wiąże się z możliwością poprawy satysfakcji i realizacją oczekiwań pacjentów.

Słowa kluczowe: jakość, satysfakcja, opieka medyczna, pacjent.

ABSTRACT

Introduction. Opinion research showing the degree of meeting patients' requirements by health care allows for the successful identification of needs and for the focus on the areas that should be improved and further developed.

Aim of the study. Assessment of specialist health care services' quality by patients from Eastern Poland was the goal of work.

Material and methods. Diagnostic poll method, survey technique was used when conducting this study. Authorial questionnaire which was used to assess the quality level and the level of satisfaction with specialist health care services was the research tool. SAS Enterprise Guide software was used to analyze the gathered data. Statistical significance of $p < 0.05$ was assumed which indicated statistically important differences or correlations. χ^2 Pearson, t-Student and r-Spearman tests were used. The surveyed group consisted of 144 patients using medical services in specialist clinics.

Results. Age and education as well as waiting time and accessibility of services had influence on patients' satisfaction with specialist health care services. The most unsatisfied patients were below 20 years old and had primary education. The shorter the waiting time and the better the quality of services the more satisfied the patient was. Sex and place of residence had no influence on patients' satisfaction with medical services.

Conclusions. Quality of medical services is one of the means of competitiveness on the medical market but it is mostly related to improving patients' satisfaction with medical services and meeting patients' expectations.

Keywords: quality, satisfaction, medical care, patient.

Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania badaniami związanymi z jakością usług zdrowotnych. Jakość w obrębie ochrony zdrowia można określać na wiele sposobów, jednakże najczęściej „(...) definiowana jest jako stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi,

dostarczona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów” [1]. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość jako świadczenia odpowiadające konkret-

nym kryteriom, aktualnemu stanowi wiedzy medycznej i posiadanym zasobom, które zapewniają z jednej strony maksymalny zysk zdrowotny, a z drugiej – minimalne ryzyko utraty zdrowia. Według WHO jakość usług zdrowotnych należy postrzegać przez pryzmat trzech składowych: a) jakości projektu – specyfika struktury organizacyjnej, infrastruktura lokalowa, wykształcenie personelu, sprzęt medyczny; b) jakości zgodności – przyjęte sposoby postępowania, procedury wykonywania badań, zabiegów, sposób komunikacji personel medyczny ↔ pacjent; c) jakości wykonania – kontakt z personelem medycznym po zakończeniu terapii, niezawodność usługi medycznej [2].

Osiągnięcie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych gwarantuje „(...) skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, prowadzi do zadowolenia pacjentów z otrzymanych usług, satysfakcji pracowników z wykonywanej pracy, ograniczenia kosztów prowadzonej działalności, lepszego i bardziej skutecznego wykorzystania posiadanych zasobów materialnych, ludzkich, finansowych (...)” [3]. Odpowiednia jakość usług pozwoli też pozyskać nowych pacjentów, zapewni odpowiedni standard usług medycznych, ograniczy skalę zagrożeń dla pacjenta, zmniejszy koszty naprawy błędów, zredukuje liczbę roszczeń odszkodowawczych. Pojęcie jakości stało się nadzieją dla pacjentów na leczenie w lepszych i bezpieczniejszych warunkach [4]. Przekłada się nie tylko na stan zdrowia, poziom zaufania i bezpieczeństwa, lecz zwłaszcza na życie pacjenta [5].

Badanie opinii obrazujące stopień realizacji potrzeb pacjentów przez system opieki zdrowotnej pozwala na skuteczną identyfikację tych potrzeb, a także wyznaczenie obszarów wymagających poprawy i wprowadzenie udoskonaleń [6]. Niezależnie od rodzaju świadczonych usług pożądane jest, aby sposób ich realizacji przewyższał oczekiwania pacjenta [7]. „Dlatego starając się sprostać wymaganiom jak największej grupy pacjentów, należy poszukiwać standardów, które pozwolą na bieżąco identyfikować oczekiwania pacjentów oraz umożliwiać szybkie wdrażanie ich w życie” [8].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej określona na podstawie opinii pacjentów z obszaru Polski Wschodniej. Autorzy pracy pragnęli uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy zmienne socjodemograficzne, jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, determinują poziom zadowolenia pacjentów ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej?

2. W jakim stopniu czas oczekiwania i dostępność usług specjalistycznej opieki zdrowotnej wpływają na satysfakcję świadczeniobiorców?

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 144 pacjentów poradni udzielających specjalistycznych świadczeń: NZOZ Terapia Kuracja Przychodnia Specjalistyczna w Radzynie Podlaskim, NZOZ Przychodnia Specjalistyczna Bio-Medical w Lublinie. Zdecydowaną większość (78%, $n = 112$) respondentów stanowiły kobiety. Badani reprezentowali grupy wiekowe do 20 lat (22%, $n = 31$), 21–35 lat (42%, $n = 60$), 36–50 lat (17%, $n = 25$), ponad 50 lat (19%, $n = 28$), przy czym średnia wieku wynosiła 33,97 roku. Najmłodszy badany miał 18 lat, a najstarszy liczył 86 lat. Blisko połowa (46%, $n = 67$) respondentów miała wyższe wykształcenie. Pozostałą część badanej grupy stanowiły osoby z wykształceniem średnim (33%, $n = 47$), podstawowym (11%, $n = 16$), zawodowym (10%, $n = 14$). Aż 76% ($n = 109$) osób mieszkało w mieście.

Przeprowadzając badania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz służący do oceny jakości i stopnia satysfakcji z usług specjalistycznej opieki zdrowotnej. Poruszał kwestie dotyczące m.in. dostępności, czasu oczekiwania i zadowolenia ze świadczeń. Narzędzie opatrzone metryczką z pytaniami o czynniki socjodemograficzne. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu programu SAS Enterprise Guide. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Posłużono się testami χ^2 Pearsona, t-Studenta oraz r-Spearmana.

Wyniki

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnej statystycznie zależności między płcią a zadowoleniem pacjentów ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej ($p = 0,7799$). Większość zarówno kobiet, jak i mężczyzn deklarowała zadowolenie z realizowanych usług medycznych (**Tabela 1**). Uzyskane za pomocą testu χ^2 Pearsona wyniki potwierdził rezultat testu t-Studenta ($p = 0,8936$).

Wystąpiła istotna statystycznie zależność między wiekiem a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej ($p = 0,0060$). Badani ogólnie deklarowali dość wysoki poziom satysfakcji z usług lekarzy specjalistów. Wyjątek stanowiła grupa osób do 20. r.ż., wykazująca bardzo duże niezadowolenie z uzyskanego świadczenia. Zaobserwowano, iż wraz z wiekiem rósł poziom satysfakcji z usług medycznych (**Tabela 2**).

Tabela 1. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od płci

Płeć	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej					
	tak			nie		
	n	%	n	%	n	%
kobieta	73	65	39	35		
mężczyzna	20	63	12	37		

Analiza χ^2 Pearsona: DF = 1, $\chi\text{-sq}$ = 0,0781, p = 0,7799

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, $\chi\text{-sq}$ – wynik testu χ^2

Tabela 2. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od wieku

Wiek	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej					
	tak			nie		
	n	%	n	%	n	%
≤ 20 lat	12	39	19	61		
21–35 lat	41	68	19	32		
36–50 lat	18	72	7	28		
≥ 50 lat	22	79	6	21		

Analiza χ^2 Pearsona: DF = 3, $\chi\text{-sq}$ = 12,4383, p = 0,0060

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, $\chi\text{-sq}$ – wynik testu χ^2

Tabela 3. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od poziomu wykształcenia

Poziom wykształcenia	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej					
	tak			nie		
	n	%	n	%	n	%
wyższe	47	70	20	30		
średnie	30	64	17	36		
zawodowe	11	79	3	21		
podstawowe	5	31	11	69		

Analiza χ^2 Pearsona: DF = 3, $\chi\text{-sq}$ = 9,8890, p = 0,0195

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, $\chi\text{-sq}$ – wynik testu χ^2

Tabela 4. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej					
	tak			nie		
	n	%	n	%	n	%
miasto	71	65	38	35		
wieś	22	63	13	37		

Analiza χ^2 Pearsona: DF = 1, $\chi\text{-sq}$ = 0,0602, p = 0,8061

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, $\chi\text{-sq}$ – wynik testu χ^2

Uzyskano istotną statystycznie zależność między poziomem wykształcenia a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej (p = 0,0195). Najwyższy odsetek osób nieusatysfakcjonowanych występował wśród badanych z wykształceniem podstawowym (69%). Pozostali respondenci w większości byli zadowoleni z uzyskanego świadczenia (**Tabela 3**).

Brak jest istotnej statystycznie zależności między miejscem zamieszkania a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej (p = 0,8061). Bez względu na pochodzenie blisko dwie trzecie badanych było usatysfakcjonowanych z oferowanych usług (**Tabela 4**). Uzyskane za pomocą testu χ^2 Pearsona wyniki potwierdził rezultat testu t-Studenta (p = 0,9161).

Tabela 5. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zależności od oceny czasu oczekiwania na wizytę lekarską

Ocena czasu oczekiwania na wizytę lekarską	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej			
	tak n	nie %	n	%
bardzo krótki lub krótki	69	81	16	19
długi lub bardzo długi	24	41	35	59

Analiza χ^2 Pearsona: DF = 1, χ^2 = 24,9723, $p < 0,0001$

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, χ^2 – wynik testu χ^2

Tabela 6. Różnice w zadowoleniu ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej względem oceny czasu oczekiwania na wizytę lekarską

Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej	Ocena czasu oczekiwania na wizytę lekarską						Analiza test t-Studenta		
	bardzo krótki lub krótki			długi lub bardzo długi			DF	t	p
	n	M	SD	n	M	SD			
	85	4,01	0,63	59	3,25	0,88	97,45	-5,67	< 0,0001

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, t – wynik testu t-Studenta

Tabela 7. Analiza korelacji między oceną czasu oczekiwania na wizytę lekarską a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej

Korelacja	n	M	SD	Me	Min.	Maks.	Analiza test r-Spearmana	
							p	r
Ocena czasu oczekiwania na wizytę lekarską	144	2,69	0,84	3,0	1,0	5,0	< 0,0001	-0,53329
Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej	144	3,70	0,83	4,0	1,0	5,0		

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna, p – współczynnik istotności statystycznej, r – współczynnik korelacji

Tabela 8. Zależności między oceną dostępności opieki specjalistycznej a zadowoleniem z tego typu świadczeń

Ocena dostępności opieki specjalistycznej	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej			
	tak		nie	
	n	%	n	%
bardzo dobrze	11	100	0	0
dobrze	40	89	5	11
średnio	35	60	23	40
nisko	6	33	12	67
negatywnie	1	8	11	92

Analiza χ^2 Pearsona: DF = 4, χ^2 = 42,3948, $p < 0,0001$

n – liczebność, % – odsetek, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, χ^2 – wynik testu χ^2

Wystąpiła wysoce istotna statystycznie zależność między oceną czasu oczekiwania na wizytę lekarską a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej ($p < 0,0001$). Znacznie większy odsetek usatysfakcjonowanych pacjentów występował wśród osób postrzegających czas oczekiwania na wizytę jako krótki i bardzo krótki (**Tabela 5**).

Uzyskane za pomocą testu χ^2 Pearsona wyniki potwierdził rezultat testu t-Studenta ($p < 0,0001$). Średnia ocena zadowolenia z oferowanych usług była znacznie wyższa w grupie oceniającej czas oczekiwania na wizytę jako krótki lub bardzo krótki ($M = 4,01$) niżeli wśród badanych określających go jako długi lub bardzo długi ($M = 3,25$) (**Tabela 6**).

Tabela 9. Różnice w zadowoleniu ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej względem oceny dostępności tego typu opieki

Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej	Ocena dostępności opieki specjalistycznej						Analiza test t-Studenta		
	bardzo dobrze, dobrze			nisko, negatywnie			DF	t	p
	n	M	SD	n	M	SD			
	56	4,20	0,59	88	3,39	0,81	139,57	-6,96	< 0,0001

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – współczynnik istotności statystycznej, DF – stopnie swobody, t – wynik testu t-Studenta

Tabela 10. Analiza korelacji między oceną dostępności opieki specjalistycznej a zadowoleniem z tego typu świadczeń

Korelacja	n	M	SD	Me	Min.	Maks.	Analiza test r-Spearmana	
							p	r
Ocena dostępności opieki specjalistycznej	144	3,17	1,03	3,0	1,0	5,0	< 0,0001	0,59905
Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej	144	3,70	0,83	4,0	1,0	5,0		

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna, p – współczynnik istotności statystycznej, r – współczynnik korelacji

Potwierdzeniem powyższych wyników jest rezultat testu r-Spearmana, który także wskazuje na występowanie wysoce istotnej statystycznie korelacji między oceną czasu oczekiwania na wizytę lekarską a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej ($p < 0,0001$). Uzyskany związek był silny i ujemny ($r > 0$ oraz $|r| < 0,5$), co oznacza, że im czas oczekiwania na wizytę był krótszy, tym pacjent odczuwał wyższe zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej (**Tabela 7**).

Uzyskano wysoce istotną statystycznie zależność między oceną dostępności opieki specjalistycznej a zadowoleniem pacjenta z tego typu świadczeń ($p < 0,0001$). Wszystkie osoby bardzo dobrze oceniające dostępność specjalistycznych usług wskazały na zadowolenie z uzyskanych świadczeń. Wraz z obniżającą się oceną dostępności spadał poziom satysfakcji. Osoby negatywnie oceniające dostęp do świadczeń aż w 92% wykazały niezadowolenie z usługi zdrowotnej (**Tabela 8**).

Uzyskane za pomocą testu χ^2 Pearsona wyniki potwierdził rezultat testu t-Studenta ($p < 0,0001$). Średnia ocena zadowolenia z oferowanych usług była znacznie wyższa w grupie pozytywnie oceniającej dostępność świadczeń ($M = 4,20$) w porównaniu z badanymi, którzy postrzegali ją negatywnie ($M = 3,39$) (**Tabela 9**).

Powyższe wyniki potwierdza rezultat testu r-Spearmana, który wskazuje na występowanie wysoce istotnej statystycznie korelacji między oceną dostępności opieki specjalistycznej a zadowoleniem z tego typu świadczeń ($p < 0,0001$). Uzyskany związek był silny i dodatni ($r > 0$ oraz $|r| < 0,5$), co oznacza, że wraz ze wzrostem dostępu do usług rośnie poziom zadowolenia z nich (**Tabela 10**).

Dyskusja

Priorytetem działań systemu ochrony zdrowia jest dążenie do zachowania dobrego zdrowia i życia pacjentów dzięki wysokiej jakości świadczonych usług. „Wysoka jakość powinna być obowiązkową cechą usług zdrowotnych” [3]. Jakość w ochronie zdrowia to zjawisko wielce złożone, które według Maxwella uwarunkowane jest spełnieniem oczekiwań pacjentów z zakresu dostępności świadczeń, proporcjonalności usługi względem potrzeby, wydajności, równości oraz społecznej akceptacji [9]. Zdaniem Treli jakość świadczeń zdrowotnych opiera się na uwzględnianiu wymagań pacjentów z zakresu „(...) zapewnienia ciągłości świadczenia usług oraz skuteczności w działaniu, empatii poprzez okazywanie pomocy i wrażliwości wobec pacjentów, dostępności usług poprzez niesienie pomocy wtedy, kiedy pacjenci jej potrzebują, kompetencji i aktualnej wiedzy personelu medycznego, skuteczności oraz łatwości komunikowania się z pacjentem, odpowiedzialności za czynności, które wykonuje się w placówce medycznej, ale przede wszystkim odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjenta, bezpieczeństwa i profilaktyki zakażeń, zapewnienia sprawnego i nowoczesnego sprzętu i urządzeń medycznych, uprzejmości personelu” [8].

Kamińska-Rosner i wsp. zaobserwowali, iż wyższy poziom zadowolenia z oferowanych usług medycznych wykazują pacjenci płci żeńskiej [10]. Do takiego wniosku doszli także Naskręt i wsp., wskazujący na wyższą satysfakcję w grupie badanych kobiet [11]. Przeważające zadowolenie z usług zdrowotnych wśród pań zaobserwowano ponadto w badaniach Wierzińskiej-Karakuły i wsp. [12]. Odmienne wyniki uzyskano na podstawie autorskiej analizy. Płeć nie

determinowała stopnia zadowolenia ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej, które zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn kształtowało się odpowiednio na poziomie 65% i 63%.

W ramach wielu badań analizowano zależność między wiekiem pacjentów a zadowoleniem z oferowanych usług zdrowotnych. Ciekawych danych w tym zakresie dostarczają Naskręt i wsp. Badacze odnotowali najwyższy poziom satysfakcji ze świadczeń medycznych u osób w wieku 18–30 lat, a najniższy w grupie wiekowej 41–50 lat [11]. Z kolei Kamińska-Rosner i wsp. nie zaobserwowali, aby wiek różnicował stopień zadowolenia pacjentów z oferowanych usług [10]. Do odmiennych wniosków doszli Łukomska i wsp. – zdaniem tych badaczy wraz z wiekiem pacjenta zwiększa się liczba pozytywnych ocen na temat otrzymanych świadczeń. Pozytywne opinie wśród seniorów autorzy tłumaczą otrzymywaniem przez badanych większego wsparcia emocjonalnego [13]. Podobne wyniki uzyskano w ramach autorskiej analizy, gdzie wystąpiła istotna statystycznie zależność między wiekiem a zadowoleniem świadczeniobiorców ze specjalistycznej opieki zdrowotnej. Zaobserwowano, iż wraz z wiekiem rósł poziom satysfakcji, którego najwyższy zakres (79%) odnotowano wśród najstarszych respondentów.

Często analizowany jest także wpływ wykształcenia pacjentów na poziom satysfakcji z otrzymanych świadczeń. Na brak takiej zależności wskazali Kamińska-Rosner i Zdun-Ryżewska [10], podczas gdy Naskręt i wsp. podkreślają powiązanie wykształcenia pacjenta z zadowoleniem z usług zdrowotnych. Donoszą, iż osoby z wykształceniem wyższym wykazały większe usatysfakcjonowanie w przeciwieństwie do pacjentów o niższym wykształceniu [11]. Także Szpringer i wsp. uzyskali istotną statystycznie zależność między poziomem wykształcenia pacjentów a okazywaną przez nich satysfakcją z opieki medycznej. Niezadowolone wyrażali najczęściej badani mający wykształcenie wyższe [14]. Także w badaniach własnych wystąpiła istotna statystycznie zależność między wykształceniem a stopniem zadowolenia ze świadczeń medycznych. Najwyższy odsetek osób nieusatysfakcjonowanych występował wśród badanych z wykształceniem podstawowym (69%). Należy zasygnalizować, iż miejsce zamieszkania okazało się czynnikiem niemającym wpływu na satysfakcję z opieki zdrowotnej. Brak związku między miejscem zamieszkania a zadowoleniem pacjentów podkreślili także Naskręt i wsp. [11].

Bardzo ważnym elementem rzutującym na poziom zadowolenia z usług medycznych jest ich dostępność. W ramach badań własnych pacjenci oceniający dostępność na poziomie bardzo dobrym byli w największym

stopniu zadowoleni ze świadczeń. Do podobnych wniosków doszli Naskręt i wsp., wykazując silną korelację ($r = 0,8374$) między tymi zmiennymi [11]. Z kolei w badaniach Prot i wsp. obszarem, w którym satysfakcja pacjentów była najniższa, okazała się dostępność usług (74,5%) [15]. Stoi to w sprzeczności z wynikami badań Leźnickiej i wsp. – dostępność lekarza źle i bardzo źle oceniło tylko 4,4% badanych [16]. Zdaniem Lisieckiej instytucje ochrony zdrowia powinny postrzegać „(...) realizację swoich usług jako wartość oferowaną klientowi – pacjentowi. A wartością dla pacjenta jest dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz uzyskanie dobrych, tj. bezpiecznych i prawidłowych świadczeń” [17].

Dla pacjentów istotną rolę odgrywają także czas i odpowiednie warunki oczekiwania na usługę. Frankowska podkreśla tu rolę recepcjonistki, której zadaniem jest „zabawianie rozmową, gdy oczekiwanie na wizytę bardzo się przedłuża (w przypadku większych instytucji udzielania informacji o ewentualnym czasie dłuższego oczekiwania i prawdopodobnego czasu przyjęcia)” [18]. W badaniach Skowron i wsp. niezadowolonych z czasu oczekiwania na usługę medyczną było aż 83% ankietowanych. Nie wpłynęło to jednak negatywnie na poziom zadowolenia z pracy personelu medycznego, ponieważ usatysfakcjonowanych z tej kwestii było 87% badanych. W opinii badaczy krótki czas oczekiwania na usługę wpływa pozytywnie na jakość podmiotu leczniczego [19]. Zdaniem Skrzypczak długi czas oczekiwania na usługę medyczną może być traktowany jako pośredni wskaźnik istnienia ograniczeń w dostępie do świadczeń udzielanych przez sektor publiczny, w związku z tym rośnie skala zjawiska korzystania z prywatnych usług medycznych [20]. W badaniach własnych znacznie większy odsetek usatysfakcjonowanych pacjentów występował wśród osób postrzegających czas oczekiwania na wizytę jako krótki i bardzo krótki, na który wskazało 59% respondentów.

Ankietowani przez Mamos i Jeziorską pracownicy medyczni uważają, iż aby poprawić jakość świadczonych usług, należy zwiększyć liczbę pracowników służby zdrowia i ich wynagrodzenie oraz dostępność do usług medycznych, poprawić poziom higieny, standard pomieszczeń szpitalnych (zakupić nowy sprzęt, poprawić wyposażenie sal chorych), ulepszyć funkcjonowanie kadry kierowniczej czy zmniejszyć biurokrację [21]. Ponadto w większym stopniu respektować intymność pacjenta, zapoznać go z przysługującymi mu prawami i możliwością składania skarg, sprawniej wyznaczać terminy planowanych zabiegów, badań i skrócić czas oczekiwania pacjenta na wykonanie tych usług [22]. Podobnego zdania są Tomasik i wsp., którzy twierdzą, że dla zapewnienia wysokiej jakości usługi ko-

nieczne jest ciągłe podnoszenie przez personel medyczny wiedzy oraz umiejętności, zgodność postępowania z obowiązującymi standardami, normami, maksymalnie szybko uzyskiwanie poprawy w stanie zdrowia chorego [23].

Wnioski

1. Jakość usług medycznych jest sposobem na konkurencyjność wśród świadczeniodawców na rynku medycznym, lecz głównie wiąże się z możliwością poprawy satysfakcji i realizacją oczekiwań pacjentów.
2. Na poziom zadowolenia pacjentów ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej wpływały wiek i wykształcenie. Najwyższy odsetek osób nieusatysfakcjonowanych występował wśród badanych do 20. r.ż. i osób z wykształceniem podstawowym. Satysfakcji z usług medycznych nie determinowały płeć i miejsce zamieszkania respondentów.
3. Czas oczekiwania i dostępność usług specjalistycznej opieki zdrowotnej w znacznym stopniu wpływają na satysfakcję świadczeniobiorców. Im czas oczekiwania na wizytę był krótszy, a dostępność do usług była wyższa, tym pacjent odczuwał większe zadowolenie ze świadczeń.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Kulik TB, Latański M. Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Lublin: Czelej; 2002. 117.
2. Opolski K, Dykowska G, Mozdzonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka. Warszawa: CeDeWu; 2005. 36–42.
3. Kędra E, Chudak B. Jakość usług medycznych a efektywność medyczna. Piel Zdr Publ. 2011; 1(1): 83–87.
4. Hoffman K. Rozwój badań nad jakością usług medycznych. Now Lek. 2008; 77(3): 251–254.
5. Rybarczyk A, Marczak M. Quality assessment of health care services in patients' and medical staff's opinion. Zdr Publ. 2011; 121(2): 111–116.
6. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis SA. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. Health Technol Assess. 2012; 16(30): i-xii.
7. Jachimowicz-Gaweł D, Weber A, Leksowski K, Leźnicka M. Wpływ wybranych czynników na poziom oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów. Hygeia Public Health. 2013; 48(4): 494–499.
8. Trela A. Zarządzanie jakością w placówce medycznej. Warszawa: Wiedza i Praktyka; 2014. 5.
9. Maxwell RS. Quality Assurance in health. Brit Med J. 1984; 288: 49–52.
10. Kamińska-Rosner J, Zduń-Ryżewska A. Satysfakcja pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej i jej uwarunkowania. Med Rodz. 2013; 3: 83–86.
11. Naskręt K, Biskupska M, Niewiadomski TJ, Stachowska M. Zadowolenie pacjenta ze świadczeń lekarza specjalisty – badanie wstępne. Hygeia Public Health. 2014; 49(3): 617–623.
12. Wierzińska-Karakuła S, Binkowska-Bury M, Burzyńska J, Januszewicz P. Respektowanie oczekiwań i praw pacjentów w podkarpackich jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej jako element jakości usług zdrowotnych. Prz Med Uniw Rzeszow. 2015; 1: 19–30.
13. Łukomska A, Szrajda J, Nowakowska I. Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. Gerontol Pol. 2012; 20(2): 68–72.
14. Szpringer M, Chmielewski J, Kosecka J, Sobczyk B, Komendacka O. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(2): 132–137.
15. Prot K, Anczewska M, Indulska A, Raduj J, Pałyska M. Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe. Psychiatr Pol. 2011; XLV(6): 799–809.
16. Leźnicka M, Warunek A, Hartwich E, Kryn P. Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. Hygeia Public Health. 2014; 49(4): 787–792.
17. Lisiecka K. Czas na jakość. Menedżer Zdr. 2004; 2: 74–76.
18. Frankowska A. Rola recepcjonistki (rejestratorki medycznej) w budowaniu tożsamości podmiotu leczniczego. Piel Pol. 2011; 2(40): 114–117.
19. Skowron K, Mocigemba A, Osiał P. Jakość obsługi pacjenta we współczesnym podmiocie leczniczym na przykładzie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II. Organizacja i Zarządzanie. 2016; 1: 1131–1144.
20. Skrzypczak Z. Opinie polskiego społeczeństwa o systemie ochrony zdrowia. Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management. 2011; 38: 219–231.
21. Mamos AR, Jeziorska M. Jakość usług medycznych w ocenie personelu zakładu opieki zdrowotnej – cz. II. Ogólnopol Prz Med. 2012; 12: 61–64.
22. Mamos AR, Jeziorska M. Jakość usług medycznych w ocenie personelu zakładu opieki zdrowotnej – cz. I. Ogólnopol Prz Med. 2012; 11: 58–60.
23. Tomasiak T, Windak A, Król Z, Jacobs M. Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Kraków: Vesaliusz; 1996. 20.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:

Olga Dąbska
Gózd Lipiński 49A
23-425 Biszczka
tel. kom.: 511 413 167
e-mail: olga.dabska@umlub.pl