



JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH A SATYSFAKCJA PACJENTA

THE QUALITY OF MEDICAL SERVICES AND THE PATIENT'S SATISFACTION

Paula Pypłacz¹, Dorota Skóra², Marcin Mikos³

¹Zakład Zarządzania Informacją i Wiedzą, Instytut Informacyjnych Systemów Zarządzania, Wydział Zarządzania, Politechnika Częstochowska w Częstochowie

²Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze

³Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.27>

STRESZCZENIE

Satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego jest kluczowym elementem pomiaru jakości usług medycznych w placówkach medycznych. W badaniu dokonano analizy satysfakcji pacjenta w powiązaniu z pomiarem jakości uzyskanych świadczeń zdrowotnych. Przeanalizowano 7360 ankiet satysfakcji pacjenta zebranych podczas badania ankietowego przeprowadzonego wśród osób hospitalizowanych w latach 2013–2016 w Wojewódzkim Centrum Medycznym Kotliny Jeleniogórskiej. Wykazano, iż satysfakcja pacjenta ma bezpośredni związek z jakością świadczeń zdrowotnych udzielanych przez daną placówkę.

Słowa kluczowe: usługa medyczna, satysfakcja pacjenta, jakość usługi medycznej.

ABSTRACT

The patient's satisfaction with hospital treatments is a key element in measuring the quality of services in medical facilities. The presented research had analysed patient's satisfaction in relation to the measurement of the quality of health services received by patients. The study analysed 7360 satisfaction surveys, completed by patients hospitalized in 2013–2016 at the Wojewódzkie Centrum Medyczne Kotliny Jeleniogórskiej. The results show that the patient's satisfaction is directly related to the quality of health services, provided by the given institution.

Keywords: medical service, patient's satisfaction, quality of medical service.

Wstęp

Zmiany gospodarcze w Polsce, które miały miejsce na przestrzeni ostatnich kilku lat spowodowały szereg przekształceń na rynku ochrony zdrowia. W bardzo szybkim tempie dokonała się transformacja sektora medycznego. Zmienili się świadczeniodawcy, płatnicy oraz pacjenci i ich oczekiwania. Zarówno placówki medyczne, jak i jakość świadczonych przez nie usług zaczęto postrzegać w kategoriach rynkowych. To spowodowało, że pacjent stał się klientem jednostek opieki zdrowotnej, a produktem, po który się zgłasza jest rozwiązanie jego problemu zdrowotnego. Cały sektor ochrony zdrowia, podobnie jak rynek usług medycznych, oparł się na zasadach konkurencyjności. Niewątpliwie sposobem na stanie się konkurencyjnym jest, jakość oferowanych usług medycznych, pojmowanych, jako działanie mające na celu spełnienie oczekiwań i wymagań konsumenta, zdobywanie uznania i zaufania pacjenta oraz zapewnienie, że wszystkie procedury medyczne przeprowadzane są w sposób bezpieczny i skuteczny. Doskonale nie procesu leczniczego powiązane jest z poprawą efektywności szpitali. Priorytetem stało się więc udzielanie usług medycznych na jak najwyższym poziomie. Jakość oferowanych usług medycznych jest czynnikiem silnie de-

terminującym satysfakcję pacjenta, która zależeć będzie od stopnia spełnienia jego oczekiwań wobec dostarczonej mu usługi medycznej w zakresie diagnostyki, leczenia czy też relacji z personelem. Należy pamiętać, że pacjent przy ocenie zawsze kieruje się kwestią indywidualną i subiektywną. Dlatego też placówki medyczne powinny pozyskać informacje, które z czynników decydować będą o satysfakcji pacjenta, a które wpływają na brak zadowolenia i w jakim stopniu. Odpowiedź na rozpatrywany problem satysfakcji w aspekcie realizowanych usług medycznych udzielić mogą systematycznie przeprowadzone badania poziomu satysfakcji pacjenta, która stanowi kluczowy element pomiaru jakości w jednostkach medycznych.

Satysfakcja klienta – pacjenta jest przedmiotem zainteresowania wielu współczesnych organizacji. Dla jednych organizacji jest wymaganiem narzuconym przez system zarządzania jakością (w normie PN-EN ISO 9000: 2000 zamieszczono definicję satysfakcji klienta, w myśl której jest to „percepcja klienta dotycząca stopnia, w jakim jego wymagania zostały spełnione”¹), dla innych natomiast ele-

¹ PN-EN ISO 9000:2000, System zarządzania jakością, Podstawy i terminologia, wrzesień 2001, pkt. 3.1.4., s.25.

mentem kultury organizacyjnej, będącym ważnym czynnikiem w jej strategicznym rozwoju. Satysfakcja jest procesem bardzo dynamicznym. Według Maisona i Bruina satysfakcja jest odczuciem względnym, a nie absolutnym i niezmiennym. Według Nowickiego i Sikory, istnieją dwie główne, powszechnie akceptowane, koncepcje satysfakcji klienta²: satysfakcja transakcyjna oraz satysfakcja skumulowana.

Pierwsza z nich podkreśla krótkotrwałość doświadczeń konsumenta z produktem lub usługą, odnosząc satysfakcję do odczuć, jakie występują w związku z oceną transakcji i skutków ich nabycia. W ocenie tej nie są zawarte doświadczenia osobiste nabywcy. Drugie podejście natomiast zwraca szczególną uwagę na skumulowanie satysfakcji pozakupowej oraz dysonansu pozakupowego. Czynniki determinującymi są reakcje konsumentów, mianowicie wygenerowane przez społeczeństwo i edukację, ale to również doświadczenia klienta, jakie nabył dotychczas na rynku zakupów. Satysfakcja w związku z tym nie jest przemijającym i krótkotrwałym stanem zadowolenia, lecz całkowitą oceną konsumpcji w określonym czasie. Koncepcja taka wydaje się być zgodna z podejściem prezentowanym w naukach ekonomicznych, łączącym satysfakcję ze zdolnością do oceny użyteczności nabytego produktu lub usługi. Pogląd ten jest również zbliżony z postrzeganiem satysfakcji na równi z subiektywnie dobrym samopoczuciem, prezentowanym w psychologii ekonomicznej (Nowicki, Sikora).³

Philip Kotler definiuje satysfakcję, jako „stan odczuwalny przez jednostkę i związany z porównywaniem postrzeganych cech produktu oraz oczekiwań jednostki dotyczących tych cech”⁴. Nigel Hill i Jim Aleksander uważają, że poziom satysfakcji „jest odzwierciedleniem tego, w jakim stopniu produkt całkowicie oferowany przez daną organizację zaspokaja zbiór wymagań klienta”⁵. Podobny ton wypowiedzi można zauważyć u B. Marciniak, która definiuje zarówno satysfakcję, jak również jej brak, jako „stan emocjonalny pojawiający się u nabywcy w wyniku dokonania zakupu, będący rezultatem konfrontacji jego oczekiwań, co do produktu z jego doświadczeniem z produktem”⁶.

² P. Nowicki, T. Sikora, Czynniki kształtujące satysfakcje oraz korzyści z pomiaru satysfakcji klienta w procesie doskonalenia, jakością, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, zeszyt naukowy.

³ P. Nowicki, T. Sikora, Czynniki kształtujące satysfakcje oraz korzyści z pomiaru satysfakcji klienta w procesie doskonalenia, jakością, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, zeszyt naukowy

⁴ Ph. Kotler, Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola, Gebethner i Ska, Warszawa 1994, s. 35.

⁵ Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta, Strategia-Pomiar- Zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 52.

⁶ Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta, Strate-*

gii-Pomiar-Zarządzanie, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 51

Poziom zadowolenia klienta z pozyskanego produktu lub dostarczonej usługi zależy od⁷:

- rzeczywistych cech produktu lub usługi,
- indywidualnych cech nabywcy,
- wymagań nabywcy dotyczących produktu lub usługi,
- polityki komunikacyjnej organizacji dotyczącej doświadczeń klienta.

Przedstawione czynniki wpływają na postrzeganie produktu lub usługi przez nabywcę kształtując jego oczekiwania i w rezultacie określając jego satysfakcję⁸.

Wydaje się, że kluczowa determinanta satysfakcji klienta przebiega pomiędzy subiektywną oceną poziomu wykonanej usługi, a oczekiwaniem klienta, zatem satysfakcja powstaje w sytuacji, gdy subiektywna ocena z poziomu wykonanej usługi przynajmniej równa się oczekiwaniu.

Na satysfakcję klienta wpływa także poprawa wewnętrznej struktury usług; mówimy tutaj o poprawie dotyczącej zadowolenia pracowników i definiowanej jakości, bo wszystkie te czynniki razem przyczyniają się do poprawy wyników biznesowych⁹.

Do całościowego przedstawienia satysfakcji stosuje się modele oczekiwanej niezgodności, teoria sprawiedliwości, model emocjonalny (więcej^{10, 11}). Jednak satysfakcja jest pojęciem na tyle złożonym, że najbliższe prawdy wydaje się być połączenie ww. modeli.

Istnieje zależność między jakością a zadowoleniem, co z kolei silnie koreluje z lojalnością.

Warto przedstawić również odmienną opinię, dotyczącą satysfakcji klienta, mówiącą, że nie zawsze jednak satysfakcja przekłada się na zysk. Wprawdzie od niezadowolonych klientów nie można oczekiwać trwałego związku z organizacją, ich wierności i lojalności, jednak satysfakcja nie gwarantuje wypracowania wysokiego zysku, a jedynie mu sprzyja, ponieważ:¹²

- zadowolony klient nie zawsze jest lojalny wobec organizacji,

gia-Pomiar-Zarządzanie, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 51

⁷ K. Mazurek-Łopacińska, *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*, PWE Warszawa 2003, s. 308.

⁸ K. Mazurek-Łopacińska, *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*, PWE Warszawa 2003, s. 309.

⁹ L. Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta. Strategia-Pomiar-Zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 57.

¹⁰ L. Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta. Strategia-Pomiar-Zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 59.

¹¹ Satysfakcja klienta w systemie zarządzania jakością, https://cytaty.mfiles.pl/index.php/book/1096/0/Satysfakcja_klienta_w_systemie_zarz%C4%85dzania_jako%C5%9Bci%C4%85, [dostęp: 13.12.2016]

¹² J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowania*, C. H. Beck, Warszawa 2004, s. 92.

- zadowolony klient nie zawsze dokonuje powtórnych zakupów,
- nie zawsze zadowolony klient jest organizacją potrzebną,
- niezadowolony klient nie musi oznaczać braku lojalności.

Ta sytuacja wymusza na organizacjach stałe analizowanie wielowymiarowego, bardzo trudnego procesu oceny satysfakcji klienta.

Satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego stała się kluczowym elementem pomiaru jakości w placówkach medycznych. Pacjent przebywając na oddziale staje się nabywcą usługi medycznej i oceniającym stopień, w jakim zaoferowana usługa zaspokaja jego potrzeby. Tak więc dochodzi do konfrontacji oczekiwań pacjenta z tym, co właśnie zostało mu dostarczone.

Materiał i metody

W badaniu dokonano analizy satysfakcji pacjenta w powiązaniu z pomiarem jakości uzyskanych świadczeń zdrowotnych. W badaniu dokonano analizy 7360 ankiet satysfakcji pacjenta hospitalizowanych w latach 2013-2016 w Wojewódzkim Centrum Medycznym Kotliny Jeleniogórskiej. Największa liczba pacjentów uczestniczących w badaniu - 29,8%, obejmowała przedział wiekowy przewyższający 60 lat, a osoby pomiędzy 21-40 lat stanowiły 26,3% pacjentów. Pacjenci najmłodszy do 10 lat stanowili grupę 5,5%, a w wieku 11-20 lat 6,25% ogółu chorych. kwestionariusz ankiety składał się z 15 pytań odnoszących się do 6 obszarów charakterystycznych dla usługi medycznej: wymiaru materialnego, wymiaru niezawodności, reakcji na oczekiwanie pacjenta, kompetencji oraz empatii.

Tabela 1. Ankieta zadowolenia pacjenta – ocena przy przyjęciu

Ocena długości oczekiwania na przyjęcie do szpitala:						
Lata	Bez oczekiwania	Od 1–2 Tygodni	Od 2 tygodni do miesiąca	Powyżej 1 do 2 m-cy	Powyżej 2 m-cy	Dłużej niż pół roku
Rok 2013	61%	9%	7%	8%	8%	7%
Rok 2014	57%	17%	8%	6%	8%	4%
Rok 2015	53%	11%	11%	10%	9%	5%
Rok 2016	55%	19%	10%	7%	4%	5%

Tabela 2. Ocena powodów wyboru szpitala

Ocena powodów wyboru szpitala:	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016
Wysoko kwalifikowana kadra	16%	14%	16%	15%
Dogodna lokalizacja	21%	23%	26%	19%
Nie miałem wpływu na wybór	20%	18%	14%	18%
Polecenie przez rodzinę/znajomego	9%	10%	9%	12%
Sugestia lekarza prowadzącego	26%	27%	27%	28%
Nowoczesna diagnostyka	8%	8%	8%	8%

Tabela 3. Ankieta zadowolenia pacjenta – ocena opieki lekarskiej

Ocena przekazywanie informacji na temat choroby i leczenia przez lekarza prowadzącego:			
Lata	dobrze i bardzo dobrze	w normie	źle i bardzo źle
Rok 2013	88%	11%	2%
Rok 2014	85%	13%	2%
Rok 2015	84%	14%	2%
Rok 2016	88%	11%	2%

Tabela 4. Ankieta zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej

Ocena dostępność pielęgniarki na dyżurze:			
Lata	bardzo duża i duża	w normie	mała i bardzo mała
Rok 2013	88%	10%	2%
Rok 2014	88%	11%	1%
Rok 2015	88%	11%	1%
Rok 2016	91%	7%	2%

Tabela 5. Ankieta zadowolenia pacjenta – rekomendacja

Czy poleciliby Pani/Pan nasz szpital rodzinie, przyjaciołom:			
Lata	tak i raczej tak	nie i raczej nie	nie mam zdania
Rok 2013	75%	25%	Brak pytania
Rok 2014	78%	22%	Brak pytania
Rok 2015	81%	19%	Brak pytania
Rok 2016	81%	4%	15%

Wyniki

Wybór szpitala w najczęstszych przypadkach następował na podstawie skierowania do szpitala wydawanego przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i wyniósł 27%. Kolejnym czynnikiem, którym kierują się pacjenci, przy wyborze placówki medycznej jest dogodna lokalizacja – 22,3%. 17,5% deklaruje brak wpływu na możliwość wyboru szpitala.

Kryterium wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej wzięta pod uwagę 15% grupa badanych, a dostępem do nowoczesnej diagnostyki kierowało się zaledwie 8% pacjentów. Sugestiami znajomych, czy rodziny kierowało się 10% hospitalizowanych.

57% badanych zostało przyjętych bez oczekiwania, najczęściej były to przypadki nagłe. 14% oczekiwało od 1 do 2 tygodni, do 2 miesięcy okres oczekiwania to 7,8%, powyżej 2 miesięcy na przyjęcie do szpitala oczekiwało 7% pacjentów, a dłużej niż pół roku czekało 5% pacjentów.

Tylko 1,5% pacjentów określiło czas załatwiania formalności przy przyjęciu, jako źle i bardzo źle, w normie ocenili 14%. Poziom zadowolenia wśród przyjętych pacjentów był wysoki, gdyż aż 85% udzieliło odpowiedzi dobrze i bardzo dobrze. Jeszcze bardziej pozytywnie została oceniona życzliwość personelu przy przyjęciu. Tylko 1,3% pacjentów było niezadowolonych, w normie 7,8%, natomiast 91% pacjentów było zadowolonych w tym obszarze.

Na etapie przyjęcia zapoznanie pacjenta przez personel medyczny z jego prawami, które wynikają z ustawy o Prawach Pacjenta stanowi tendencję wzrostową. Z roku na rok procent odpowiedzi potwierdzających rośnie.

W roku 2013 odpowiedzi *tak* udzieliło 70%, a odpowiedzi *nie* 30%. W kolejnych latach odpowiedzi kształtowały się następująco: 2014 roku *tak*-76%, *nie*-24%, 2015 roku *tak*-80%, *nie* 20%, 2016 roku *tak*-85%, *nie*-15%.

Ocena pobytu pacjenta na oddziale dotyczyła czystości sal chorych. 89% pacjentów oceniło czystość w sposób pozytywny, w normie 11%, zastrzeżenia miała zaledwie 1% przebywających na oddziale pacjentów. Jakość posiłków źle i bardzo źle oceniło 10% badanych, w normie 25%, dobrze i bardzo dobrze aż 67% badanych.

Ocenię poddana została praca lekarzy, która wywiera kluczowy wpływ na budowanie satysfakcji pacjenta z hospitalizacji. Na pytanie o sposób przekazywania informacji na temat choroby i sposób leczenia, 86% pacjentów wywarło pozytywną opinię, 12% określiło normę, a 2% było pacjentów niezadowolonych wskazując na odpowiedzi źle i bardzo źle.

Z analizy badanego obszaru dotyczącego rzetelności i czytelności informacji udzielanych pacjentowi przez lekarza wynika, że dla 76% pacjentów ocenia je pozytywnie.

Natomiast 24% ankietowanych oceniła ten obszar negatywnie stwierdzając, że przekazywane informacje były dla nich niezrozumiałe.

Czas, który został poświęcony przez lekarza dla pacjenta w całym okresie badawczym kształtował się na podobnym poziomie. Najwięcej odpowiedzi uzyskała ocena normy (46%), dobrze i bardzo dobrze oceniło 40%, źle i bardzo źle 14%.

Podobnie jak personel lekarski ocenie poddano pracę pielęgniarek. Życzliwość pielęgniarek oceniona została wysoko. 90% ankietowanych oceniło ją na poziomie dobrym i bardzo dobrym, w normie 8%. Wśród badanych pojawiły się sporadyczne negatywne oceny na poziomie 2%. Dostępność pielęgniarki na dyżurze kształtuje się podobnie. 89% to ocena dobra i bardzo dobra, 10% w normie, tylko 1% oceniło na poziomie źle i bardzo źle.

Ocenę pozytywną z poszanowania zasad intymności i poszanowania godności pacjenta podczas leczenia udzieliło 89% ankietowanych, norma to 10% udzielonych odpowiedzi, a 1% stanowią pacjenci niezadowoleni.

Na pytanie dotyczące momentów trudnych dla pacjenta, czy udzielono pacjentowi wsparcia w postaci możliwości odbycia rozmowy z wybraną osobą z personelu, 11,5% badanych odpowiedziało, że nie miało takiej możliwości. Porównywalnie, bo 12% pacjentów mogło porozmawiać

z psychologiem lub inną osobą z personelu. Rozmowę z księdzem odbyło 4,8% pacjentów w badanych latach. Najwięcej badanych (26%) udzieliło odpowiedzi o możliwości porozmawiania w sytuacjach dla nich trudnych z lekarzem, a z pielęgniarkami aż 47%.

W kwestii rekomendacji szpitala aż 79% badanych deklaruje chęć polecenia szpitala rodzinie i znajomym, natomiast 17,5% uważa, że raczej nie poleciłaby usług szpitala.

Wnioski

Otrzymane wyniki badań satysfakcji pacjenta pozwalają stwierdzić, że Wojewódzkie Centrum Medyczne Kotliny Jeleniogórskiej cieszy się wysokim poziomem zadowolenia pacjenta. Dowodem tego są pozytywne opinie pacjentów wystawione dla poszczególnych obszarów działania spełniające w dużym stopniu ich oczekiwania.

Wyznacznikiem sukcesu danej jednostki ochrony zdrowia jest satysfakcja pacjenta z jakości pozyskanej usługi medycznej, którą należy systematycznie badać i udoskonalać.

W świetle przeprowadzonych badań satysfakcja pacjenta ma bezpośredni związek z jakością świadczeń zdrowotnych udzielanych przez daną placówkę.

Piśmiennictwo

1. PN-EN ISO 9000:2000, System zarządzania jakością, Podstawy i terminologia, wrzesień 2001, pkt. 3.1.4., s. 25.
2. P. Nowicki, T. Sikora, Czynniki kształtujące satysfakcję oraz korzyści z pomiaru satysfakcji klienta w procesie doskonalenia, jakością, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, zeszyt naukowy.
3. Ph. Kotler, Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola, Gebethner i Ska, Warszawa 1994, s. 35.
4. Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, Satysfakcja klienta, Strategia-Pomiar-Zarządzanie, Wydawnictwo Naukowe, Toruń 2010, s. 52.
5. K. Mazurek-Łopacińska, Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe, PWE Warszawa 2003, s. 308.
6. Satysfakcja klienta w systemie zarządzania jakością, https://cytaty.mfiles.pl/index.php/book/1096/0/Satysfakcja_klienta_w_systemie_zarz%C4%85dzania_jako%C5%9Bci_%C4%85, [dostęp:13.12.2016]
7. J. Otto, Marketing relacji. Koncepcja i stosowania, C. H. Beck, Warszawa 2004, s. 92.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:

Marcin Mikos
Department of Emergency Medical Services, Faculty of Medicine
Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Poland
Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
30-705 Kraków, Poland
e-mail: marcin.mikos@mp.pl
(+48) 12 252 45 05