

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowci
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

Urszula Religioni

Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
e-mail: urszula.religioni@gmail.com,

Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer

Warszawski Uniwersytet Medyczny

e-mails: ola_czerw@wp.pl; malgorzata.krajewska@wum.edu.pl;
katarzyna.krawczykowska@wum.edu.pl; alicja.langer@wum.edu.pl

METODYKA BADANIA SATYSFAKCJI PACJENTÓW

METHODOLOGY OF PATIENTS SATISFACTION SURVEY

DOI: 10.15611/pn.2015.410.12

JEL Classification: I19

Streszczenie: Pomiar satysfakcji pacjentów z udzielanych im świadczeń zdrowotnych jest istotnym elementem zarządzania jakością w podmiotach leczniczych i może być stosowany jako miernik jakości świadczeń wykonywanych przez daną jednostkę. Wprowadzenie zasad zarządzania jakością w placówkach medycznych, w tym badań zadowolenia pacjentów z oferowanych usług, przyczynia się do poprawy konkurencyjności danej placówki na rynku usług medycznych. Celem artykułu jest zaprezentowanie pośrednich oraz bezpośrednich metod badania satysfakcji pacjentów. Poza charakterystyką wybranych metod, autorzy zwrócili uwagę na powiązanie zadowolenia pacjenta ze świadczeń zdrowotnych z poziomem ich jakości oraz przedstawili korzyści dla placówki wynikające z wdrożenia badań satysfakcji pacjentów.

Słowa kluczowe: satysfakcja pacjenta, usługa medyczna, jakość świadczenia.

Summary: Measuring patients satisfaction with provided health services is an important part of quality management in medical entities and may be used as a measure of the services quality provided by the entity. The introduction of the quality management principles in health care facilities, including surveys of patient satisfaction, contribute to improving the competitiveness of the entity in the medical services market. The aim of this article is to present the indirect and direct methods of patient satisfaction surveys. Apart from the characteristics of the selected methods, the authors pay attention to the relation between patient satisfaction with health care services and the level of their quality. The benefits to the medical entities, resulting from the implementation of patient satisfaction surveys are also presented in this article.

Keywords: patients satisfaction, health service, quality of health service.

1. Wstęp

Norma ISO serii 9000:2000 definiuje satysfakcję jako zadowolenie klienta, jego percepcję odnośnie do stopnia, w jakim jego wymagania zostały zaspokojone¹. Satysfakcja jest odczuciem subiektywnym, zależnym od indywidualnych cech każdego człowieka. Analizując satysfakcję w kontekście klienta, a tym samym również pacjenta, można uznać ją za skutek psychologicznego procesu, w którym indywidualnie porównuje się rzeczywistą jakość otrzymanych usług z obowiązującymi standardami lub jakością wzorcową, oczekiwaną. Niezadowolenie lub obniżenie satysfakcji klienta może wynikać więc ze zbyt dużych oczekiwań świadczeniobiorcy albo zbyt niskiej jakości udzielanych świadczeń.

2. Satysfakcja pacjenta a jakość w ochronie zdrowia

Problematyka jakości w kontekście świadczeń medycznych zaczęła być analizowana w XX wieku przez Avedisa Donabediana. W 1966 roku w pracy *Evaluating the Quality of Medical Care* uzasadnił on konieczność badania jakości w opiece medycznej. Powodem, dla którego zainteresował się tym tematem, była różnica między poziomem i rodzajem świadczeń medycznych oferowanych przez świadczeniodawców a wzrastającymi nakładami na rzecz instytucji ubezpieczeniowych finansujących te świadczenia².

Definicja jakości według ISO zakłada, że jakość to ogół właściwości obiektu wiążących się z jego zdolnością do zaspokajania stwierdzonych i przewidywanych potrzeb³. Jednakże posługiwanie się klasyczną definicją jakości w obszarze ochrony zdrowia nie jest całkowicie możliwe. Pojęcie jakości zazwyczaj odnosi się do przedmiotów, które łatwo można opisać, scharakteryzować czy też zmierzyć za pomocą odpowiednich przyrządów. Zdrowie natomiast jest dobrem niematerialnym, a usługi świadczone w jego obszarze są subiektywnie postrzegane zarówno przez świadczeniobiorców, jak i przez świadczeniodawców. Inne jej aspekty ważne są dla pacjenta, a jeszcze inne dla płatnika czy też świadczeniodawcy.

Definicja jakości sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wskazuje, że jakość to rezultat (jakość techniczna), sposób użycia środków (wydajność ekonomiczna) oraz organizacja usług i satysfakcja pacjenta⁴, przy czym jakość nie jest stanem idealnym, lecz obiektywnym celem, do którego zawsze należy dążyć.

¹ L. Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta: strategia, pomiar, zarządzanie: koncepcja wewnętrznego urynkowania współczesnej organizacji*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2010, s. 53.

² Z. Hupert, *Jakość w opiece medycznej – koncepcja pomiaru*, IMW, Lublin 2003, s. 9.

³ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 83.

⁴ H. Legido-Quigley, M. McKee, E. Nolte, I.A. Glinos, *Assuring the Quality of Health Care in the European Union*, World Health Organization, Copenhagen 2008, s. 31.

Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy podaje zagadnienia, które łącznie stanowią podstawę oceny jakości. Wśród nich wyróżnić można: wyniki opieki medycznej w porównaniu z celami, jakie ta opieka miała zrealizować, działania zmierzające do osiągnięcia tych celów, zasoby, które zostały wykorzystane w toku działań. Sam proces dokonywania oceny jakości powinien polegać zaś na określeniu stopnia realizacji założonych wcześniej celów, ocenie sposobu ich osiągnięcia oraz zbadaniu relacji między uzyskanymi wynikami a nakładami i zużytymi zasobami⁵. Zatem proces oceny jakości obejmuje monitorowanie wszystkich czynności personelu medycznego realizującego określone cele zdrowotne oraz analizę otrzymanych wyników.

3. Metody pomiaru satysfakcji pacjenta

Wśród metod pomiaru satysfakcji pacjenta wyróżnić można metody bezpośrednie i pośrednie. Celem metod bezpośrednich jest ocena poziomu świadczeń opieki zdrowotnej dostarczanych przez konkretnego świadczeniodawcę. Metody te pozwalają również bezpośrednio zbadać odczucia i reakcję świadczeniobiorców. Natomiast metody pośrednie nie odnoszą się do odczuć i reakcji świadczeniobiorców, ale badają zachowania klientów (pacjentów) na rynku usług medycznych.

3.1. Metody bezpośrednie

3.1.1. Systemy skarg i sugestii

Dzięki systemom skarg i sugestii możliwe jest lepsze poznanie oczekiwań pacjenta względem jakości otrzymywanych świadczeń zdrowotnych oraz pracy personelu medycznego. Należy jednak pamiętać, iż brak zażaleń odnośnie do otrzymywanych świadczeń nie oznacza w pełni usatysfakcjonowanego pacjenta, bowiem nie wszyscy pacjenci niezadowoleni z wykonanej usługi zgłaszają swoje skargi. Sytuacja ta w znacznej mierze uzależniona jest od tego, czy dany pacjent nadal zamierza korzystać ze świadczeń udzielanych przez daną placówkę. Pacjenci, którzy planują zmianę świadczeniodawcy, nie składają reklamacji.

System skarg i sugestii nie pozwala na dokładne oszacowanie poziomu zadowolenia pacjentów, ale umożliwi określenie słabych stron świadczeniodawcy, które mogą zostać wyeliminowane, co z kolei przełoży się na zwiększenie satysfakcji pacjentów z oferowanych w placówce usług.

3.1.2. Badania ankietowe pacjentów

Badanie ankietowe pacjentów oparte jest na zastosowaniu odpowiednio sporządzonego kwestionariusza i ma charakter jedynie okresowy. Kwestionariusz dostarcza

⁵ Z. Hupert, *op. cit.*, s. 10.

danych jakościowych i ilościowych odnośnie do opinii pacjentów. Dzięki wykorzystaniu tej metody można określić poziom zadowolenia pacjentów. Badanie ankietowe należy przeprowadzać w pewnych określonych odstępach czasu, aby poznawać i analizować trendy zmian satysfakcji pacjenta związane z wprowadzonymi udogodnieniami.

3.1.3. Wywiady osobiste lub telefoniczne

Wywiady pozwalają na zebranie danych jakościowych dotyczących satysfakcji pacjentów z oferowanych usług. Wywiad może być przeprowadzony w dwóch formach. Pierwsza polega na dokładnym poznawaniu przyczyn niezadowolenia pacjentów (np. po otrzymaniu skargi ze strony pacjenta osoba przeprowadzająca wywiad pyta o możliwość zrekompensowania przyczyny niezadowolenia). Druga ma na celu utrwalenie więzi z pacjentem oraz pozyskanie jego lojalności. Polega na okresowym badaniu satysfakcji losowo wybranych pacjentów.

3.1.4. CIT (*Critical Incidence Technique*) – metoda zdarzeń krytycznych

Metoda CIT po raz pierwszy została opisana przez psychologa z Uniwersytetu w Pittsburgu Johna C. Flangan w 1954 roku. J.C. Flangan zdefiniował metodę CIT jako zestaw procedur używanych do zbierania informacji o zachowaniu człowieka, które mogą zostać wykorzystywane do rozwiązywania praktycznych problemów i formułowania psychologicznych mechanizmów⁶. Metoda ma na celu wytypowanie zdarzeń (tzw. zdarzeń krytycznych), które miały kluczowy wpływ na osiągnięcie sukcesu bądź porażki.

Flangan wyróżnił cztery etapy metody CIT:

- 1) Określenie głównego celu badania (problemu).
- 2) Wskazanie zdarzeń, które miały pozytywny lub negatywny wpływ na powstanie badanego problemu.
- 3) Gromadzenie obiektywnych danych (na podstawie ankiet, wywiadów czy raportów zebranych w czasie obserwacji).
- 4) Analiza i opis zebranych danych⁷.

W latach 90. XX wieku metoda CIT zaczęła być używana do badania opinii klientów na temat świadczonych im usług, a następnie znalazła zastosowanie w identyfikacji zdarzeń, które wpływają na satysfakcję pacjenta w sektorze usług medycznych. Zdarzenie, aby mogło podlegać analizie, musi spełniać trzy podstawowe warunki:

1. Zdarzenie miało miejsce między pacjentem a personelem.
2. Zdarzenie istotnie wpłynęło na zmianę poziomu satysfakcji pacjenta.

⁶ L. Niezurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *op. cit.*, s. 76-77.

⁷ D. Gremler, *The critical incident technique in service research*, Journal of Service Research, August 2004, s. 164-165.

3. Ilość danych dotyczących zdarzenia jest wystarczająca do przeprowadzenia analizy.

Informacje o zdarzeniach wpływających na zmianę poziomu satysfakcji pacjentów z realizowanych w danej placówce usług uzyskać można za pomocą kwestionariuszy, które zawierają pytania dotyczące opisu sytuacji, podczas której pacjent był szczególnie zadowolony bądź niezadowolony z usług świadczonych przez placówkę.

3.1.5. Metoda Servqual

Metoda Servqual polega na pomiarze różnicy między oczekiwaniami pacjenta dotyczącymi usługi medycznej a jej realnym poziomem. Metoda jest ukierunkowana na dostrzeżenie obszarów, w których poziom zadowolenia pacjenta odbiega w sposób negatywny od jego oczekiwań⁸.

Wyróżnia się pięć głównych przyczyn niezadowolenia pacjentów:

1) różnica między rzeczywistymi oczekiwaniami pacjentów a tym, jak postrzegane są one przez zarządzających placówką medyczną,

2) niedostateczne zaangażowanie kadry zarządzającej w osiągnięcie jakości,

3) wykonanie usługi w sposób niezgodny z formalnymi standardami,

4) nadmierne obietnice personelu co do jakości wykonania usługi i jej efektów,

5) różnica między usługą oczekiwaną przez pacjenta a otrzymaną⁹.

Pomiar opinii pacjentów dokonywany jest na podstawie analizy przeprowadzonych wśród nich kwestionariuszy, dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych. Opinia pacjentów może być wyrażona za pomocą skali Likerta (zakres możliwych odpowiedzi: zdecydowanie się zgadzam, raczej się zgadzam, nie mam zdania, raczej się nie zgadzam, zdecydowanie się nie zgadzam) bądź skali punktowej. Kwestionariusz powinien składać się z części zawierającej zagadnienia dotyczące oczekiwań leczonych względem usługi oraz oceny wykonania tej usługi w danej placówce przez pacjenta.

3.1.6. Metoda Six Sigma

Metoda Six Sigma została stworzona w celu ulepszania procesów produkcyjnych, ale aktualnie używana jest również m.in. w ocenie jakości świadczonych usług medycznych. Six Sigma opiera się na całkowitym zrozumieniu potrzeb klientów, odpowiednim wykorzystaniu faktów i analizie statystycznej. Przywiązuje ogromną uwagę do zarządzania w organizacji.

Wśród wielu korzyści, jakie płyną z metody Six Sigma, można wyróżnić: poprawę jakości, redukcję kosztów, poprawę produktywności, wzrost udziału w rynku,

⁸ D. Chmielewski, *Servqual – metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, Zarządzenie Jakością 4/2008, s. 82.

⁹ M. Sobkowski, M.D. Głowacka, *Zastosowanie modelu Servqual w procesie oceny jakości usług medycznych*, *Nowiny Lekarskie* 2005, 74(2), s. 154-165.

utrzymanie klientów, wzrost satysfakcji klientów, skrócenie czasu wykonania usługi, rozwój usług, rozwój pracowników. Wielkość tych korzyści zależy od podatności organizacji na zmiany, skłonności do ryzyka oraz umiejętności zrozumienia potrzeb klientów.

Realizację metody Six Sigma podzielić można na kilka etapów:

- 1) Identyfikacja podstawowych procesów i kluczowych klientów.
- 2) Zdefiniowanie wymagań klientów (za pomocą ankiet lub wywiadów).
- 3) Pomiar bieżących wyników działalności w kontekście oceny dotychczasowego spełniania wymagań klientów.
- 4) Wybór, analiza i wprowadzanie projektu udoskonalenia.
- 5) Rozszerzenie i zintegrowanie systemu Six Sigma – wprowadzenie i zachowanie działań utrzymujących poprawę, określenie obowiązków kierownictwa, nastawienie organizacji na ciągłą poprawę jakości świadczonych usług.

Rosnące zainteresowanie tą metodą w ostatnich latach wynika z jej wysokiej skuteczności oraz bezpośredniego zorientowania na klienta (pacjenta). Należy jednak pamiętać, że zastosowanie Six Sigma w organizacji wiąże się z koniecznością poniesienia znacznych nakładów finansowych.

3.1.7. Analiza Pareto

Analiza Pareto została stworzona przez włoskiego ekonomistę V. Parteo. Oparta jest na twierdzeniu, że w działalności człowieka około 20% czynników decyduje o 80% skutków¹⁰. Używana w badaniu satysfakcji pacjenta pozwala na identyfikację przyczyn niezadowolenia pacjentów ze świadczonych im usług, obrazując rozkład ich ważności. Zastosowanie analizy Pareto wymaga realizacji pięciu etapów:

1. Zebranie informacji dotyczących badanego zjawiska i przygotowanie listy przyczyn mogących je powodować.
2. Przeprowadzenie badania ankietowego wśród pacjentów, którego celem jest zebranie danych dotyczących opinii pacjentów o wyróżnionych wcześniej domniemych przyczynach negatywnej oceny placówki.
3. Analiza przyczyn niezadowolenia pacjentów i uszeregowanie przyczyn pod względem liczby uzyskanych negatywnych opinii.
4. Obliczenie procentu osób negatywnie oceniających każde ze zdarzeń, a następnie obliczenie procentu skumulowanego każdego z nich.
5. Sporządzenie wykresu liniowo-kolumnowego na podstawie otrzymanych danych.

Analiza wykresu ułatwi identyfikację obszarów, w których występuje najwięcej negatywnych ocen pacjentów, a zatem tych, które przynoszą pacjentom najmniejszą satysfakcję.

¹⁰ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *op. cit.*, s. 154.

3.1.8. Analiza utraty pacjentów

Analiza utraty pacjentów pozwala na identyfikację przyczyn niezadowolenia pacjentów ze świadczonych w placówce usług, co w konsekwencji wpływa na decyzję pacjenta o wyborze innego miejsca realizacji świadczeń. Przyczyną utraty pacjentów jest zwykle niezadowolenie spowodowane rozbieżnością między oczekiwaniami pacjenta a rzeczywistą jakością świadczeń zdrowotnych oferowanych przez daną placówkę. Rozbieżność może obejmować rozumienie potrzeb pacjentów, percepcję sytuacji, zachowania personelu czy procedury świadczenia usług. Za pomocą tej techniki określić można straty i obszary wymagające poprawy jakości. Aby tego dokonać, należy oszacować liczbę pacjentów, którzy w ostatnim czasie (np. w ciągu 3 miesięcy) zrezygnowali z usług danej placówki, oraz przeprowadzić analizę powodów tych decyzji. Uzyskane w ten sposób informacje są wskazówką dla podmiotu leczniczego odnośnie do obszarów świadczenia usług, które wymagają natychmiastowej poprawy.

3.1.9. Analiza lojalności pacjentów

Analiza lojalności pacjentów zakłada, że pacjent usatysfakcjonowany z otrzymanej usługi jest lojalny, a niezadowolony – odchodzi do konkurencji. Mimo iż sytuacja ta nie jest regułą, analizę lojalności względem danej placówki traktuje się jako pierwszą z przesłanek o satysfakcji pacjenta. Wiara w sens tego założenia motywuje personel medyczny, który nie ma kompleksowej wiedzy na temat liczby pacjentów rezygnujących ze świadczeń i związanych z tym strat dla podmiotów leczniczych. Analiza lojalności powinna więc być przeprowadzana wśród pacjentów korzystających ze świadczeń danej placówki w określonym czasie. Badanie powinno mieć charakter ilościowy oraz być przeprowadzone na celowej próbie. Inną z metod jest badanie reakcji pacjenta po uzyskaniu świadczenia przez pozyskiwanie jego opinii, skarg czy zażaleń.

3.1.10. Badania jakości personelu

Tego rodzaju badania oparte są na analizie kwestionariuszy regularnie przeprowadzanych wśród pacjentów. Pytania zawarte w kwestionariuszach dotyczą jakości i satysfakcji wynikającej z pracy personelu medycznego. Im praca personelu jest wyżej oceniana, tym wyższa jest jakość udzielanych świadczeń oraz poziom zadowolenia świadczeniobiorcy. Istotną rolę odgrywa nie tylko jakość i rzetelność wykonanej usługi zdrowotnej, ale również wygląd, zachowanie i stosunek usługodawcy do pacjenta.

3.1.11. Zogniskowane grupy dyskusyjne (*focus groups*) i grupy użytkowników (*user groups*)

Metody zogniskowanych grup dyskusyjnych oraz grup użytkowników stosowane są przez zarządzających podmiotami leczniczymi dość rzadko. Metody te umożliwiają pozyskanie danych jakościowych podczas spotkań organizowanych dla niewielkich grup pacjentów. Do głównych zalet zastosowania prezentowanych metod zaliczyć należy możliwość bezpośredniego uzyskania informacji od pacjenta oraz poznanie propozycji rozwiązania zaistniałych problemów.

Podczas organizowanych spotkań niezwykle ważne jest skierowanie uwagi uczestników na problem jakości oferowanych świadczeń oraz sprawdzenie poziomu zadowolenia pacjentów. Prowadzącym spotkanie może być odpowiednio przeszkolony pracownik danej placówki albo osoba z zewnątrz. Zadaniem prowadzącego jest dbałość o właściwy przebieg dyskusji oraz zapewnienie, by panująca między uczestnikami atmosfera umożliwiła swobodną wymianę uwag i poglądów.

3.2. Metody pośrednie

3.2.1. Pozorne zakupy (*mystery shopping*)

Metoda pozornych zakupów ma na celu określenie pierwszoplanowych cech danej oferty oraz jakości pracy personelu. Oparta jest na anonimowej obserwacji pracownika personelu medycznego oraz na symulacji polegającej na udawaniu wymagającego, wręcz trudnego pacjenta. Dzięki zastosowaniu tej metody można bardzo szybko stwierdzić, jak dany pracownik radzi sobie podczas pierwszego kontaktu z pacjentem.

Wadą tej techniki jest to, że wiedza na temat satysfakcji pacjenta czerpana jest wyłącznie z oceny jakości pracy personelu, a nie z jakości otrzymywanych świadczeń. Poza tym metoda pozornych zakupów nie dostarcza informacji na temat lojalności pacjenta. Pozwala jedynie zmierzyć ogólny standard (zachowanie personelu, jego nastawienie do pacjenta itp.) oraz warunki panujące w danej placówce (czystość, wyposażenie). Aby metoda pozornych zakupów dawała pełen obraz poziomu satysfakcji pacjenta, powinna być stosowana w połączeniu z innymi technikami.

3.2.2. Powtórni klienci – pacjenci

Wskaźnik powtórnych klientów informuje o tym, ilu pacjentów ponownie korzysta z usług danego świadczeniodawcy. Ponowne korzystanie ze świadczeń oferowanych przez tę samą placówkę oznacza, iż wcześniej otrzymane świadczenie usatysfakcjonowało pacjenta. Z punktu widzenia świadczeniodawcy wskazany jest wzrost tego wskaźnika, jego spadek zaś jest dla zarządzających sygnałem ostrzegawczym.

3.2.3. Benchmarking zewnętrzny i wewnętrzny

Benchmarking jest metodą polegającą na porównywaniu jakości świadczeń oferowanych przez daną placówkę z jakością świadczeń placówki, która wykonuje je najlepiej na rynku. Celem metody jest udoskonalenie w jak najwyższym stopniu oferowanych przez dany podmiot świadczeń medycznych.

Wyróżnia się dwa rodzaje benchmarkingu:

- zewnętrzny (konkurencyjny) – analiza działań konkurencji na rynku;
- wewnętrzny – prowadzenie analiz funkcjonowania poszczególnych działów danej placówki (np. oddziałów szpitalnych).

3.2.4. Analizy trendów sprzedaży świadczeń

Do metod pośrednich szacowania satysfakcji klientów (pacjentów) należą analizy trendów sprzedaży poszczególnych świadczeń zdrowotnych. O satysfakcji można wnioskować na podstawie wyników sprzedaży z poprzednich okresów przy założeniu, że pacjent posiadający negatywną opinię nie wybierze już danej usługi. Jednak na decyzje świadczeniobiorcy nie wpływa tylko satysfakcja wywołana z użytkowania danego przedmiotu, dlatego dokonywanie analiz za pomocą tego narzędzia powinno być uzupełnianie innymi wskaźnikami, np. retencji – stosunkiem procentowym liczby pacjentów na koniec danego okresu w stosunku do liczby osób na początku wybranego okresu.

3.2.5. Raporty pracowników pierwszego kontaktu

Analizie można poddawać również raporty pracowników bezpośrednio kontaktujących się z klientami. Ich opinie mogą być pomocne ze względu na fakt, iż pracownicy pierwszego kontaktu zazwyczaj najlepiej zdają sobie sprawę ze słabych obszarów funkcjonowania placówki. Podczas planowania tego badania należy brać pod uwagę zarówno perspektywę klienta, koncepcję marketingową placówki, jak i pozycję podmiotu leczniczego na rynku usług medycznych względem innych działających w nim jednostek.

4. Podsumowanie

Okresowe badania satysfakcji i lojalności pacjentów przynoszą placówkom medycznym wiele korzyści. Do najważniejszych zaliczyć należy zrozumienie potrzeb pacjenta i jego wymagań względem świadczeniodawcy, znajomość opinii świadczeniobiorców względem mocnych i słabych stron placówki medycznej, wiedzę na temat ocenianej przez pacjenta jakości oferowanych usług, znajomość czynników gwarantujących sukces w zdobywaniu lojalności pacjenta, możliwość dostosowania oferty świadczeń do warunków panujących na rynku, a przez to podniesienie konkurencyjności placówki.

Rzetelny pomiar poziomu satysfakcji pacjenta, udostępnienie wyników do wiadomości wszystkich pracowników, a w efekcie aktualizowanie badań i monitorowanie wyników przyczyniają się także do uświadomienia wszystkim pracownikom istoty satysfakcji klientów. Istnieje wiele dowodów świadczących o tym, że już same pomiary motywują pracowników do działania ukierunkowanego na poprawę jakości obsługi pacjentów. Podejście, w którym zadowolenie pacjentów oraz jakość usługi są determinantami wpływającymi na lojalność pacjentów, jest najczęściej wskazywane w literaturze oraz badaniach lojalności pacjentów¹¹.

Literatura

- Chmielewski D., *Servqual – metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, „Zarządzanie Jakością” 4/2008.
- European Commission, *Patient safety and quality of Healthcare*, TNS Opinion & Social, Brussels 2010, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf.
- Gremler D., *The critical incident technique in service research*, „Journal of Service Research”, August 2004.
- Hupert Z., *Jakość w opiece medycznej – koncepcja pomiar*, IMW, Lublin 2003.
- Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos A., *Assuring the Quality of Health Care in the European Union*, World Health Organization, Copenhagen 2008.
- Niezurawski L., Pawłowska B., Witkowska J., *Satysfakcja klienta: strategia, pomiar, zarządzanie: koncepcja wewnętrznego urynkwienia współczesnej organizacji*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2010.
- Opolski K., Dykowska G., Moździoń M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydanie II, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Sobkowski M., Głowacka M. D., *Zastosowanie modelu Servqual w procesie oceny jakości usług medycznych*, „Nowiny Lekarskie” 2005, 74(2).
- Szyszkowska J., *Ocena jakości usług medycznych – badanie satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu*, <http://www.frpp.org.pl/pobieranie/Szyszkowska.pdf>.

¹¹ J. Szyszkowska, *Ocena jakości usług medycznych – badanie satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu*, <http://www.frpp.org.pl/pobieranie/Szyszkowska.pdf> (data wejścia: 20.10.2012); European Commission, *Patient safety and quality of Healthcare*, TNS Opinion & Social, Brussels 2010, s. 53-58, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf (data wejścia: 20.10.2012).