http://dx.doi.org/10.18778/7525-973-5.11

Wojciech Jagodziński, Zuzanna Kupsik
(Analizy Badania Rozwój, Poznań)

Pacjenci kontra lekarze? Ewaluacja jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej – studium przypadku

Prawie każdy pacjent marzy o takim lekarzu,
Który byłby wyspecjalizowany wyłącznie w nim[1].

Wstęp

Przytoczona w powyższym cytacie obserwacja, pomimo satyrycznego rodowodu, znalazła potwierdzenie w trakcie badań jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), prowadzonych przez firmę Analizy Badania Rozwój w jednej z wielkopolskich gmin w 2012 r.[2] Kontekst ewaluacji związany był przede wszystkim z pojawieniem się niepokojących sygnałów docierających do radnych. Dotyczyły one niezadowolenia mieszkańców z usług POZ, zwłaszcza w zakresie porad lekarzy rodzinnych. Działanie Gminnej Komisji Zdrowia, dążącej do weryfikacji tych informacji, należy uznać za przykład dobrej praktyki. Zakładała ona, że proces planowania i wdrażania posunięć strategicznych w sektorze publicznym powinien być poprzedzony kompleksowym badaniem stanu wyjściowego. Jest to ważne zwłaszcza w przypadku wywiązywania się samorządu z zadań własnych, do których należy m.in. zapewnienie odpowiedniej dostępności usług medycznych.

---

[1] Cytat pochodzi ze zbioru powiedzonek, żartów, anegdot, autorstwa popularnego poety, satyryka i dziennikarza, opublikowanych w latach 1950–2002 w „Przekroju" (Kern 2002).

[2] Badania w ramach sondażu z pacjentami prowadzono w pierwszej połowie grudnia 2012 r., w okresie zwiększonej zachorowalności na grypę. Jak podaje Państwowy Zakład Higieny, w całym sezonie epidemicznym 2012–2013 zarejestrowano w kraju niemal dwukrotny wzrost liczby zgłoszeń podejrzeń zachorowań na grypę i wirusy grypopodobne, niż w analogicznym okresie poprzedniego sezonu (PZH 2012, 2013).

W związku z tym główny problem badawczy dotyczył określenia poziomu jakości usług POZ w gminie w 2012 r. Stał się on punktem wyjścia dla realizacji następujących celów: 1) ustalenia determinant satysfakcji pacjentów oraz możliwie obiektywnych wskaźników jakości usług POZ; 2) oceny funkcjonowania NZOZ; 3) wskazania praktycznych rekomendacji dla organu prowadzącego NZOZ (prywatnej spółki) oraz JST[3].

Realizacja wymienionych celów nie może ograniczać się jedynie do poznania opinii pacjentów czy analizy rozwiązań organizacyjnych ośrodków zdrowia. Niebagatelną bowiem rolę w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej (w tym POZ) odgrywają także uregulowania prawne i systemowe. Co więcej, kluczowe dla oceny jakości usług medycznych w gminie okazało się określenie i rozróżnienie zwłaszcza tych elementów usług w ramach POZ, które nie zależą bezpośrednio od uregulowań ustawowych. Tym samym należy pamiętać, że świadomość społeczna przeważającej części pacjentów zwykle nie uwzględnia niuansów podziału kompetencji między instytucjami ani następstw stosowania określonych procedur biurokratycznych NFZ[4].

Przyjęte definicje

W artykule podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest rozumiana za Międzynarodową Organizacją Zdrowia, jako „[…] pierwszy poziom kontaktu jednostek, rodzin i społeczności lokalnych z narodowym systemem ochrony zdrowia, przybliżający opiekę zdrowotną jak najbliżej miejsca życia i pracy, stanowiące pierwszy element ciągłego procesu opieki zdrowotnej" (WHO 1978: 3). W przytaczanym studium przypadku badania odnosiły się do części usług z zakresu POZ określonego w ustawach[5], które świadczone są na terenie gminy. Usługi te stanowią ugruntowaną podstawę POZ, a pozostałe można traktować w proponowanym modelu badań ewaluacyjnych jako uzupełnienie. Zakres przedmiotowy badań objął zatem ocenę świadczeń: 1) POZ dla dorosłych, dzieci i młodzieży; 2) badania profilaktyczne w ramach POZ; 3) badania laboratoryjne; 4) szczepienia ochronne[6].

---

[3] Jednostki samorządu terytorialnego, w tym przypadku na poziomie gminy (NUTS-5).

[4] Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy dla sprawności obsługi pacjentów procedury wymagane przez NFZ mogą wydawać się kontrproduktywne, to znaczy np. z perspektywy pacjentów niepotrzebnie wydłużające i komplikujące proces obsługi.

[5] Zwłaszcza w kluczowych dla omawianej problematyki aktach normatywnych: Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm. oraz Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654.

[6] Pominięto element w postaci świadczeń o charakterze pomocy doraźnej, z uwagi na ich brak na terenie gminy objętej badaniem. POZ obejmuje ponadto: pracę pielęgniarek

Pacjent, czyli świadczeniobiorca, jest ujmowany jako osoba fizyczna, korzystająca z konkretnych przychodni POZ objętych badaniem. Według definicji ustawowej (Dz.U. z 2012 r. poz. 159, art. 3) jest to osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca z tych świadczeń, udzielanych przez podmiot świadczący usługi zdrowotne lub osobę wykonującą zawód medyczny. Lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu, specjalista medycyny rodzinnej) jest rozumiany jako podstawowe ogniwo POZ. Jego zasadniczą rolą jest leczenie i prowadzenie profilaktyki oraz kierowanie do poradni specjalistycznych.

Główne założenia metodologiczne

Dla uzyskania wysokiej rzetelności wyników[7] badań posłużono się metodami ilościowymi (reprezentatywny sondaż opinii metodą wywiadów kwestionariuszowych[8]), jak i jakościowymi dla głębszego zrozumienia problemów, tj. analizą danych zastanych (*desk research*), indywidualnymi wywiadami pogłębionymi (IDI – *indywidual depth interview*) oraz obserwacją: jawną i uczestniczącą (*undisguised, participant observation*).

W kwestii doboru próby jednym z kluczowych założeń (zwłaszcza do badań ilościowych) wydaje się wybór odpowiedniej kategorii badanych. W omawianym przypadku zastosowano model najprawdopodobniej najbardziej optymalny pod względem efektywności kosztowej. Dla uzyskania pozytywnego stosunku kosztów badania względem otrzymanych rezultatów ograniczono się do pacjentów, którzy właśnie skorzystali z porady lekarskiej w poradni, jak również tych właśnie zamierzających

---

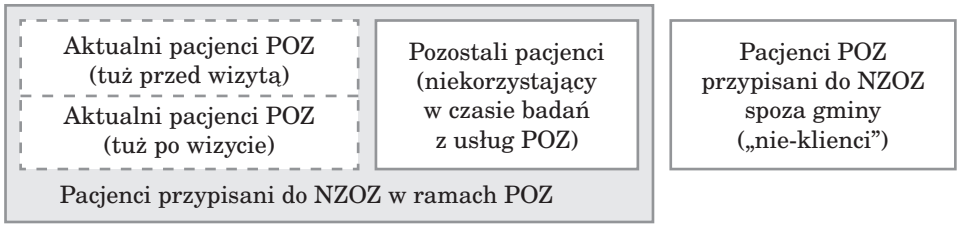
położnych i szkolnych, nocną oraz świąteczną opiekę lekarską i pielęgniarską, transport sanitarny POZ. Warto podkreślić także konieczność jednoznacznego wyłączenia z konceptualizacji badań kwestii odnoszących się do usług specjalistycznych, nawet jeśli one także są świadczone na terenie tych samych placówek.

[7] Rzetelność rozumiana jest w tym przypadku jako uzyskiwanie wiarygodnych wyników dzięki poprawności postępowania na każdym etapie realizacji badania – od konceptualizacji po fazę badań terenowych i analizy. W odniesieniu do samych badań ilościowych rzetelność rozumiana jest jako uzyskanie porównywalnych pod względem statystycznym (przy założonym poziomie ufności 95% i określonym błędzie pomiaru) wyników w przypadku ponownego pomiaru ilościowego w obrębie tej samej populacji generalnej.

[8] Warstwowana próba badawcza z elementem losowym wyniosła 358 pacjentów czterech przychodni, przy $p = 0,05$ oraz maksymalnym błędzie oszacowania 4,1%. Przyjęto ponadto założenie, że wywiady prowadzone są jedynie z pełnoletnimi pacjentami bądź pełnoletnimi opiekunami pacjentów nieletnich, jeżeli są dostępni na terenie badań i towarzyszyli wizycie.

z niej skorzystać i znajdujących się w bezpośredniej bliskości placówek. Dało to możliwość odniesienia się części respondentów do pytań o usługę, z której przed chwilą korzystali. Szczególnie tę właśnie subpopulację byłoby najtrudniej wyłonić w odpowiedniej liczebności przy innych metodach doboru próby. Natomiast osoby badane przed wizytą, w założeniach powinny wykazywać zbliżone postawy do ogółu pacjentów (przypisanych do NZOZ objętych badaniami). Na etapie analizy statystycznej zweryfikowano, czy te dwie kategorie różnią się między sobą istotnie pod względem statystycznym w przejawianych postawach i opiniach[9]. Rozróżnienie to uznano za ważne z uwagi na hipotetyczną zależność, zakładającą, że bezpośrednia styczność pacjentów z placówką w danym momencie może powodować, iż opinie pacjentów różnią się od opinii obiegowych lub dotyczących przeszłych doświadczeń.

Zgodnie z założeniami, duży nacisk położono na zapewnienie respondentom w fazie terenowej maksymalnej możliwej poufności wypowiadanych opinii. Dbano więc, by personel placówek i inni pacjenci nie mogli słyszeć wywiadów bądź ingerować w ich przebieg. W praktyce oznaczało to ich realizację na zewnątrz przychodni.



Schemat 1. Wyszczególnienie próby badawczej pacjentów objętych badaniem
Źródło: opracowanie własne ABR 2012

Kwestionariusz wywiadu zawierał pytania zarówno zamknięte, jak i otwarte – pogłębiające. W metryczce uwzględniono, poza podstawowymi cechami społeczno-demograficznymi respondentów, także okres zamieszkiwania w gminie, lokalizację przypisanego NZOZ, nazwisko lekarza rodzinnego, częstotliwość korzystania z przychodni i laboratorium oraz wspomniany wcześniej status pacjenta (przed – po wizycie).

Pytania badawcze poruszały m. in. takie zagadnienia, jak: ocenę świadczonych usług w ramach POZ i warunków oraz organizacji opieki zdrowotnej w przychodniach – także w perspektywie diachronicznej (odniesienie do stanu sprzed 5 lat), czas oczekiwania na wizytę i samej wizyty, ocenę jej

[9] Zastosowano nieparametryczne testy Manna-Whitneya (U) dla dwuwartościowych zmiennych niezależnych oraz testy niezależności Chi^2, poziom istotności alfa = 0,05.

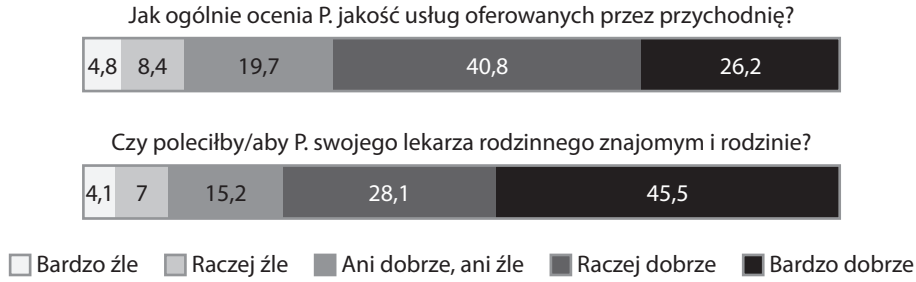
przebiegu (w tym identyfikacja celu oraz rezultatu), pożądane zmiany lub usprawnienia w funkcjonowaniu placówek i pracy lekarzy.

Jednym z elementów oceny jakości usług o charakterze obiektywizującym była weryfikacja mycia przez lekarzy rąk przed badaniem, stosowania jednorazowych rękawiczek i przyrządów diagnostycznych. Ponadto ankieterzy wypełniali arkusze obserwacji, co umożliwiło późniejszą konfrontację spostrzeżeń z wynikami ilościowymi – zwłaszcza w zakresie oferowanych warunków dla pacjentów (ilości dostępnego miejsca w poczekalni, dostępności łazienek, stopnia dostosowania obiektów do potrzeb niepełnosprawnych itd.).

Kluczowe wyniki badań

Z punktu widzenia głównego problemu badawczego najistotniejszym wnioskiem z analiz okazała się zadowalająca jakość usług medycznych w gminie z perspektywy ogółu pacjentów. 2/3 z nich (67%) było w mniejszym bądź większym stopniu zadowolonych (z czego 26,2% bardzo). Niespełna 3/4 pacjentów (72,6%, w tym aż 45,5% zdecydowanie) byłoby gotowych udzielić pozytywnej rekomendacji swojego lekarza rodzinnego.

Przedstawione wyniki wywołały spore zdumienie i zastanowienie wśród przedstawicieli zamawiającego (radnych), do których docierały od pewnego czasu negatywne opinie oraz skargi mieszkańców-pacjentów na funkcjonowanie NZOZ. To właśnie głosy niezadowolenia stały się jednym z powodów zlecenia przeprowadzenia badań weryfikujących te doniesienia.



Wykres 1. Główne wymiary satysfakcji z usług POZ w gminie: ogólna satysfakcja z usług przychodni i gotowość pacjenta do udzielenia rekomendacji swojego lekarza (%)

Źródło: opracowanie własne ABR 2012, N=358

Jednocześnie przykład ten ilustruje dobitnie, jak wyostrzone bywają sądy artykułowane przez część przedstawicieli opinii publicznej, zwłaszcza niezadowolonej. Niekiedy nie znajdują one potwierdzenia

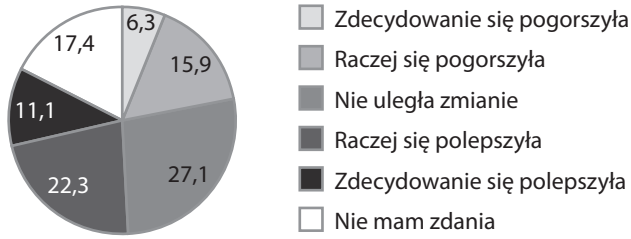
wśród ogółu – „milczącej większości". W omawianym przypadku stawką było poddanie pod obrady decyzji „czy" i ewentualnie „na jakich warunkach" przełamywać monopol spółki zarządzającej NZOZ w gminie, poprzez rozpisanie nowego przetargu i udostępnienie zasobów lokalowych konkurencji.

Nadmierny optymizm powinien być jednak poprzedzony analizą zagadnień szczegółowych oraz dodatkowych okoliczności. Po pierwsze, wyniki tego rodzaju w odniesieniu do lekarzy należy interpretować z pewną dozą ostrożności i dystansu. W badaniach uwidoczniła się wyraźna tendencja, pokazująca, że spora część pacjentów odwiedza nie „swojego", przypisanego lekarza rodzinnego, ale tego, który akurat w danym momencie jest najbardziej dostępny albo powszechnie poważany. Nie zmienia to faktu, że przy tego rodzaju praktykach wiele z fundamentalnych założeń skutecznej medycyny rodzinnej nie ma szans na zrealizowanie. Mowa tu chociażby o ciągłości kontaktu z pacjentem, wytworzeniu się zaufania na bazie długotrwałej relacji czy koordynacji opieki.

Po drugie, interesująca wydaje się również analiza powodów, którymi kierowali się badani, uzasadniając swoją decyzję o ewentualnej rekomendacji lekarza. Poza najczęstszymi wskazaniami natury ogólnej, jak postawa pozytywna (62,8%) bądź negatywna (21,8%), należy szczególnie zwrócić uwagę na duże znaczenie stażu pracy i doświadczenia (42,2%). Dopiero w dalszej kolejności wskazywano na skuteczność diagnoz (20,8%).

Najistotniejszą barierą jest natomiast brak zaufania (29,8%) czy wręcz obojętność lekarza z perspektywy pacjentów (23,8%). Badani zauważyli także, że dość istotne znaczenie w tym względzie może mieć ograniczony kontakt z lekarzem, tj. niewielka liczba godzin pracy w przychodni czy jego częste absencje. Tymczasem w praktyce funkcjonowania przychodni POZ okazuje się, że coraz trudniej jest zapewnić placówce doświadczony personel lekarski o specjalizacji lekarz rodzinny. Do najważniejszych źródeł niskiej podaży na rynku pracy tego rodzaju osób z odpowiednim stażem należy zaliczyć zwłaszcza silną konkurencję między ośrodkami w skali kraju oraz niewielką liczbę studentów wybierających tę specjalizację na uczelniach medycznych. Co więcej, jest ona zupełnie nieadekwatna do zapotrzebowania kadrowego w tym segmencie usług. Skutkiem staje się częsta praktyka czy niekiedy wręcz konieczność uzupełniania luk godzinowych w grafikach przychodni POZ stażystami, ewentualnie rezydentami – w dodatku odbywającymi inne specjalizacje niż medycyna rodzinna. Jak zauważali badani lekarze, tendencja ta pogłębia się.

Kolejnym zagadnieniem, które warto przywołać, jest ocena poziomu usług medycznych w gminie w porównaniu ze stanem sprzed 5 lat[10]. Analizując wskazania pacjentów, należy stwierdzić, że największy odsetek z nich wskazał na pozytywny kierunek zmian (38,2%) wobec 17,4% przeciwników takiego poglądu. Warto jednocześnie zwrócić uwagę na liczne grupy osób, które albo nie zauważają specjalnych zmian (27,1%), albo nie potrafią się ustosunkować do omawianej kwestii. W związku z powyższym wyniki interpretować należy jako ambiwalentne, z lekkim wskazaniem na pozytywne.



Wykres 2. Ocena poziomu usług medycznych w porównaniu ze stanem sprzed 5 lat (%)
Źródło: opracowanie własne ABR 2012, N=308 (pacjenci zamieszkujący gminę 5 lat i więcej)

Ważna konkluzja płynie natomiast ze skonfrontowania wyników z oceną strony samorządowej, jak i przedstawicieli NZOZ. Poza rozbieżnościami w interpretacji wskazań pacjentów – jako stanu rzeczy negatywnego (w najlepszym przypadku niezadowalającego) bądź pozytywnego (nie negatywnego), należy wykazać główne źródło rozbieżności. Jest nim brak punktu odniesienia w postaci wcześniejszych badań czy chociaż określenia docelowego, pożądanego poziomu wskaźników w strategii obydwu podmiotów.

Z problemem innej natury wiąże się natomiast interpretacja odsetka pacjentów deklarujących, że lekarz przed wizytą umył ręce, wypełniając swój obowiązek. Norma wskazuje, że powinni to czynić wszyscy lekarze, tymczasem 38% badanych przyznało, że zabieg ten jest dokonywany w przeciwieństwie do 7%, stwierdzających jednoznacznie, że nie. Przy tym 6,2% wskazało, że lekarz „czasem myje ręce, a czasem nie", a prawie połowa respondentów (48,7%) nie zwróciła na tę czynność uwagi. Bardzo czytelne wyniki przyniosła natomiast analiza zestawiająca deklaracje pacjentów z poszczególnymi lekarzami prowadzącymi.

[10] W analizie tego zagadnienia uwzględniono tylko opinie osób, które w tym czasie zamieszkiwały teren gminy i korzystały z usług POZ tutejszych przychodni.

Okazało się, że jedynie trzech pracowników „białego personelu" było odpowiedzialnych za większość zaniedbań na omawianym polu elementarnej higieny.

Pozostając na bardziej szczegółowym poziomie wyników, należy zwrócić uwagę na często podnoszone problemy pacjentów z dokonywaniem rejestracji. Dotyczyły one głównie formy telefonicznej, a konkretnie możliwości „dodzwonienia się". Sytuacja stawała się trudna szczególnie w poniedziałki, czyli w dzień wzmożonego ruchu pacjentów – z różnych powodów odkładających wizytę lekarską na początek tygodnia, na co w wywiadach zwracali uwagę lekarze. Dodatkowo, na tle ocen poszczególnych elementów organizacji przychodni względnie najgorzej wypadła dostępność lekarzy w dogodnym czasie oraz właśnie możliwość rejestracji w dogodnym terminie.

W związku z tym, priorytetem wydaje się pełne wdrożenie zautomatyzowanego systemu rejestracji online, wykraczającego poza zapisy zwykłą drogą mailową. Dodatkowo, część problemów powinno rozwiązać umożliwienie pacjentom zarządzania swoimi wizytami z poziomu e-konta klienta i udostępnienie w nim wglądu w dokumentację medyczną. Stanie się tak zwłaszcza w obliczu trudności z wprowadzeniem systemu preselekcji pacjentów na podstawie przypadków bardziej i mniej „priorytetowych", jeśli chodzi o termin wizyty. Przyczyną uniemożliwiającą stosowanie tego rodzaju rozwiązań okazała się niechęć pacjentów do ujawniania personelowi nielekarskiemu celu wizyty czy objawów schorzenia oraz przeświadczenie, że powinno się zostać przyjętym w „pierwszym wolnym terminie".

Tymczasem, jak wynika z badań, to właśnie nielekarski personel medyczny, znajdujący się na pierwszej linii kontaktu, jest w największej mierze odpowiedzialny za generowanie niezadowolenia i obniżenie ogólnej oceny usług w oparciu o psychologiczny „efekt świeżości". Precyzując: pacjent potraktowany nieuprzejmie, opryskliwie, przedmiotowo przez rejestratorkę bądź pielęgniarkę jeszcze przed właściwą wizytą, staje się często pacjentem niezadowolonym czy nawet roszczeniowym. Omawiany przypadek NZOZ pokazał, jak ważna jest dbałość o odpowiedni wizerunek, zwłaszcza na polu jakości obsługi klienta (także telefonicznej). Dotyczy to zarówno doboru personelu o odpowiednich cechach osobowościowych, przeszkolenia go oraz stałego monitorowania standardów.

Na tle wyników odnośnie przebiegu samej wizyty, które wydają się dość zadowalające, wyróżnia się zagadnienie wypisywania recept. O ile niezadowolenie nie odbiega specjalnie od średniej, to stosunkowo niskie zadowolenie powinno stać się przedmiotem zainteresowania organów zarządzających. Możliwymi powodami takiego stanu rzeczy

są najprawdopodobniej względnie niedawno wprowadzone przez NFZ przepisy, które nakładają na pacjenta obowiązek osobistego stawienia się po odbiór druku. Zgodność ze standardem (najpierw badanie, potem wydanie), choć wydaje się słuszne z punktu widzenia jakości usług medycznych czy unikania ryzyka powikłań, pacjentom nastręcza często wiele trudności natury logistycznej. Muszą się oni niekiedy pojawiać wielokrotnie w przychodni, co niekiedy bywa dla nich niezrozumiałe w kontekście rutynowych recept czy skierowań. Pacjenci udający się „tylko" po to, niejednokrotnie oczekują szybszej obsługi. Bywa, że generuje to dodatkowe napięcia. W kwestii wypisywania recept, ze wskazań badanych należy także przywołać sporadyczne trudności odczytania pisma lekarskiego przez farmaceutę i konieczności powrotu do przychodni z tego powodu. Wprowadzona w omawianych NZOZ procedura komputerowego wypisywania recept (z użyciem tabletów) przynosi dobre rezultaty. Jej wdrażanie powinno być kontynuowane tak, by objąć wszystkich lekarzy.

W dalszej kolejności poproszono pacjentów w pytaniu otwartym o wskazanie rozwiązań, które ich zdaniem powinny polepszyć jakość usług POZ w gminie oraz samo funkcjonowanie przychodni. Poza oczekiwaniem większej liczby wolnych terminów oraz systemu rejestracji internetowej, najliczniejsze odpowiedzi (47,1%) dotyczyły, paradoksalnie, zwiększenia liczby specjalistów[11]. Ów postulat nie miał bezpośredniego związku z przedmiotem badania. Z drugiej strony pokazuje on wyraźnie, jak w świadomości pacjentów medycyna rodzinna i usługi specjalistyczne się przenikają. Okazuje się, że niekiedy ten drugi segment usług medycznych jest postrzegany jako „potrzebniejszy", „bardziej profesjonalny".

Warto wskazać także niektóre rezultaty analizy korelacji, obrazujące siłę związku danego czynnika z satysfakcją z jakości usług medycznych oraz gotowością do rekomendacji lekarza. W odróżnieniu od przedstawionych wcześniej analiz, technika ta pozwala ocenić nie tyle natężenie występowania danego czynnika (np. odsetka pacjentów o określonej postawie), ale jego powiązanie z kształtem określonej postawy, opinii[12]. Analiza wykazała, że z oceną jakości usług oferowanych

[11] Zwłaszcza w zakresie względnie powszechnie występujących w populacji schorzeń, tj. okuliści, dermatolodzy, ortopedzi, laryngolodzy, ginekolodzy.

[12] Wartość współczynnika korelacyjnego rho Spearmana dla zmiennych porządkowych zawiera się w przedziale –1 do 1, (0 do 1 dla korelacji dodatnich, które będą omawiane). Wyniki powyżej 0,3 będą interesujące z uwagi na swój umiarkowanie silny charakter liczony od tego pułapu oraz wartości większe odnoszące się do korelacji silnych i bardzo silnych. W analizie uwzględniono tylko korelacje istotne statystycznie ($p < 0,05$). W treści artykułu przytoczono niektóre z nich.

przez przychodnię najsilniejszy związek miały te kwestie organizacyjne, które w badaniu zostały przez pacjentów ocenione względnie najsłabiej, zwłaszcza: dostępność lekarzy ($r_s = 0,526$, $p < 0,05$) oraz możliwość rejestracji w dogodnym terminie ($r_s = 0,514$, $p < 0,05$). Co godne podkreślenia, porównywalnie ważne jest także zrealizowanie celu wizyty w postaci uzyskania skierowania do specjalisty ($r_s = 0,413$, $p < 0,05$). Na postrzeganie jakości usług miała ponadto wpływ kultura osobista lekarzy ($r_s = 0,389$), ale i w niewiele tylko mniejszym stopniu pozostałego personelu.

Analizując natomiast opinie pacjentów przed i po wizycie lekarskiej, nie wykazano istotnych statystycznie różnic w ocenie kluczowych parametrów jakości usług POZ. Zidentyfikowane rozbieżności ($p < 0,05$) zakładały względnie lepsze oceny „pacjentów po wizycie" w zakresach: ocena godzin otwarcia i przyjęć lekarzy, ilość dostępnego miejsca w poczekalni, dostępność łazienki, ocena przeprowadzenia badania wstępnego, używanie jednorazowych rękawiczek oraz jednorazowych wzierników laryngologicznych[13].

Co natomiast znamienne, w kontekście czynników takich, jak kultura osobista personelu, procedury higieniczne, zaobserwowano, że osoby z wykształceniem wyższym generalnie najbardziej krytycznie odnosiły się do tych kwestii. Działo się tak zwłaszcza w porównaniu z osobami z wykształceniem zawodowym oraz niższym ($p < 0,05$).

Podsumowanie głównych wniosków i rekomendacji

Satysfakcję pacjentów POZ w badanej gminie, jak i jakość usług na najbardziej ogólnym poziomie można uznać za zadowalającą, co generalnie koresponduje z podobnymi wynikami badań medycyny rodzinnej w Polsce – zwłaszcza w opozycji do usług specjalistycznych czy ogólnie służby zdrowia (Miller i in. 2007). Zdecydowanej poprawy wymagają natomiast kwestie szczegółowe, zwłaszcza o charakterze organizacyjnym i związanym z obsługą klienta[14]. Za dobry należy natomiast uznać obraz lekarzy (darzonych w większości pewnego rodzaju estymą) w świadomości pacjentów, który wypada lepiej niż ogólna jakość usług oferowanych przez przychodnie. Tym samym na poziomie ogólnych wyników dla całej

[13] Testy Kruskalla-Wallisa (H), $p < 0,05$.

[14] Mowa tu zwłaszcza o linii personel nielekarski – pacjent. Kwestia ocen pracy lekarzy jest bardziej zindywidualizowana, zarządzanie tym segmentem personelu powinno mieć miejsce w oparciu o opracowane w ramach badania wyniki rankingów i zestawień porównawczych.

gminy nie potwierdzono występowania ostro zarysowanego konfliktu na linii pacjenci–lekarze, ale patrząc szerzej, zidentyfikowano raczej szereg utajonych napięć między JST a organem prowadzącym NZOZ.

W wymiarze organizacyjnym, najbardziej pilną zmianą wydaje się konieczność wdrożenia i upowszechnienia systemu elektronicznych kont pacjenta oraz rejestracji online. Ważne okaże się także dostosowanie systemu telefonicznej rejestracji do natężenia dzwoniących w wybrane dni i okresy zwiększonej zachorowalności.

Za niezadowolenie pacjentów w wielu aspektach w dużej mierze odpowiadają warunki funkcjonowania przychodni oraz postawy personelu (zwłaszcza nielekarskiego), szczególnie w jednej z lokalizacji placówek. Wyniki dla tej przychodni odbiegają na jej niekorzyść w sposób istotny statystycznie od pozostałych obiektów w wielu wymiarach (m. in. średniego czasu oczekiwania na rejestrację, wizytę i przed wizytą). W związku z tym postuluje się przeniesienie części ruchu pacjentów do drugiej lokalizacji w tej samej miejscowości, która wykazuje zdecydowanie mniejsze obłożenie i dysponuje wolnymi pomieszczeniami.

Przykładem zewnętrznych uwarunkowań rzutujących na jakość usług POZ w badanej gminie jest niska podaż odpowiednio wykwalifikowanych, spełniających kryteria formalne oraz zmotywowanych do pracy lekarzy rodzinnych. Kwestia dotyczy nie tyle zwiększania stanu zatrudnienia[15], ale rozwiązań harmonogramów pracy bardziej dostosowanych do potrzeb poszczególnych segmentów pacjentów zidentyfikowanych w badaniu[16].

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na przytaczane przez lekarzy (częściowo potwierdzone w badaniach) źródła utrudnień w funkcjonowaniu przychodni i wynikające z postaw części samych pacjentów: 1) roszczeniowe i instrumentalne traktowanie wizyt jako koniecznego i uciążliwego etapu dla uzyskania recepty czy skierowania do specjalisty; 2) stawianie samemu diagnoz i oczekiwanie przepisania recept zgodnych z nimi; 3) korzystanie z usług różnych lekarzy, nawet w sytuacji, gdy dolegliwość umożliwia odsunięcie w czasie wizyty u swojego lekarza prowadzącego; 4) lekceważenie zaleceń lekarzy i badań profilaktycznych; 5) zbyt częste wizyty podyktowane celami „pozazdrowotnymi" (np. potrzeba kontaktu z ludźmi); 6) opór przed podawaniem powodów

[15] Kryteria minimalnej ilości lekarzy przypadającej na określona liczbę ludności określa NFZ.

[16] Interesującą inspirację może przynieść rozwiązanie stosowane w USA w obliczu niedoborów wykwalifikowanych pielęgniarek. Wyspecjalizowane agencje zatrudnienia, ale i placówki medyczne oferują za pośrednictwem narzędzi online aukcje nieobsadzonych dyżurów (Leighton, i in.:29).

wizyty w ramach preselekcji i określenia pilności wizyty; 7) odwoływanie wizyt i niepowiadamianie przychodni, spóźnienia; 8) niechęć do korzystania z usług lekarzy rodzinnych o specjalizacji pediatria przez pacjentów dorosłych („pediatria to nie lekarz" – cyt. respondent.), bądź z usług internistów przez matki dzieci (postawa typu: „dajcie dziecku pediatrę").

W obliczu przedstawionych wyników można stwierdzić, w odniesieniu do organu prowadzącego, że część trudności może zostać rozwiązana nie tylko przez modyfikacje organizacyjne czy podnoszenie kompetencji interpersonalnych kadry. Mowa w tym przypadku zwłaszcza o szeroko zakrojonej i wdrażanej z różnych poziomów kampanii informacyjnej na temat reguł sprawnego korzystania z usług przychodni oraz działań profilaktycznych. W tym kontekście dobrym rozwiązaniem wydaje się także przeprowadzenie jakościowej analizy motywów rezygnacji z usług danych NZOZ „pacjentów nie-klientów"[17]. Powinna ona dostarczyć dobrego materiału do właściwego projektowania strategii marketingowej i komunikacji z otoczeniem czy planu „odzyskania" klientów.

Dodatkowo wręcz nieuchronnym kierunkiem wydaje się dalsza informatyzacja w wymiarze usprawniania procesów administracyjnych[18] oraz komunikacji z pacjentem[19]. Wraz z jej postępem musi iść jednak w parze „przyuczanie" i „oswajanie" klienta z nowymi rozwiązaniami przez odpowiednią informację oraz wyrozumiałość personelu na pierwszych etapach wdrożeń. Ponadto należy przewidzieć rozwiązania pozwalające uniknąć dyskryminacji w dostępie do usług medycznych na bazie „cyfrowego wykluczenia" pacjentów niekorzystających czy nie obytych z technologiami informatycznymi.

Natomiast w kontekście rozważanych posunięć strategicznych JST warto zaznaczyć, że szczególnie celowym działaniem wydaje się wsparcie

---

[17] Sugeruje się zastosowanie metody zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI), która w szybki i względnie tani sposób powinna wyczerpać zasób koniecznych do pozyskania informacji, zwłaszcza wykorzystywanych później dla celów marketingowych. Stosowana zwykle wielkość grup porównawczych, wynosząca 12–15 osób, zapewni także odpowiednią trafność i elastyczność badań (Babbie 2006: 330–331).

[18] Za przykład mogą tu posłużyć przywołane stosowane w badanych NZOZ tablety dla lekarzy do wypisywania recept. Interesujące możliwości oferują także rozwiązania informatyczne pozwalające na natychmiastową archiwizację dokumentacji (w tym także medycznej) do formy elektronicznej (urządzenia skanujące dokumenty i kody kreskowe, „elektroniczne długopisy" itp.).

[19] Chodzi o rozwiązania dedykowane potrzebom konkretnym NZOZ. Powszechnie wprowadzony z początkiem 2013 r. (pilotażowo wcześniej) system eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców) działa wadliwie i jest pełen błędów programistycznych, do czego przyznaje się sam NFZ (NFZ 2013).

rozszerzenia oferty usług specjalistycznych, na które zidentyfikowano w badaniu niejako „przy okazji" duży popyt.

Jednocześnie ewentualna zmiana stawek czynszu w lokalach gminnych, które użytkuje NZOZ, może, ale nie musi ostatecznie wpłynąć na poprawę jakości usług medycznych POZ albo automatyczne pojawienie się podmiotów konkurencyjnych. Pomimo to, w przypadku zainteresowania powinno mieć miejsce umożliwienie funkcjonowania w gminie innej spółce medycznej na podobnych zasadach. Tego rodzaju rekomendacje wynikają z realnych możliwości wpływu władz gminnych na organy prowadzące NZOZ, które to możliwości w polskich warunkach pozostają w ścisłym powiązaniu ze stosunkami własnościowymi. Kluczowym czynnikiem okazuje się publiczny charakter zasobów lokalowych, zakładający, że badana gmina jest właścicielem budynków użytkowanych przez przychodnie[20].

Tabela 1. Własność zasobów lokalowych a siła wpływu JST na NZOZ

Własność lokali przeznaczonych na usługi POZ	**Siła wpływu JST na NZOZ**
JST właścicielem lokali + organem prowadzącym	Wysoka (pełna) kontrola
JST właścicielem lokali, NZOZ organem prowadzącym	Umiarkowana
Lokale własnością prywatnego NZOZ	Niska

Źródło: opracowanie własne ABR 2012.

Badanie potwierdziło ponadto, że bywa iż sposób funkcjonowania medycyny rodzinnej w Polsce odbiega od zasadniczych warunków jej efektywności[21]. Tymczasem wielowymiarowość podejścia do diagnozy i leczenia przekłada się niejednokrotnie na większą skuteczność, a ostatecznie i obniżenie kosztów funkcjonowania POZ, szczególnie w typowym dla polskich realiów, rozbudowanym oraz skomplikowanym

[20] Choć w Polsce znane są przypadki, gdy JST prowadzą działalność medyczną (np. w woj. świętokrzyskim i mazowieckim), to sprawowanie nadzoru właścicielskiego wiąże się z ponoszonym bezpośrednio ryzykiem finansowym. Dlatego bardziej optymalnym rozwiązaniem wydaje się pozostawienie POZ podmiotom prawnym działającym na zasadach kalkulacji ekonomicznej oraz mogącym łączyć się w zespoły. Jednocześnie pozostawienie zasobów lokalowych pod nadzorem administracji samorządowej pozwoli jej realnie wpływać na sposób wywiązywania się z zadania zapewnienia ochrony zdrowia na jej terenie (Dobska, Rogoziński 2008: 180–181).

[21] Mowa tu o takich postulatach występujących jednocześnie i w ścisłym powiązaniu, jak: 1) ciągłość opieki (jeden lekarz przez długi czas), 2) współpraca na linii lekarz – pacjent i jego rodzina, 3) wszechstronność opieki, 4) koordynacja badań, leczenia i opieki, 5) prewencja (badania profilaktyczne), 6) uwzględnienie kontekstu lokalnego i potrzeb społeczności lokalnej (Lukas 2008).

systemie sprawozdawczości, przy równoczesnym braku jasnych regulacji i podziału kompetencji (Lukas 2008).

W tym kontekście przedstawione wyniki oraz model badań wydają się cenne, ponieważ stanowią praktyczny instrument służący diagnozie i poprawie jakości usług medycznych POZ zarówno dla JST, jak i organów prowadzących ośrodki zdrowia. Ma to szczególne znaczenie w związku z tendencją wzrostu napięć społecznych, wynikających ze zwiększonych oczekiwań społecznych względem systemu opieki zdrowotnej (przekraczających jej zasoby) oraz kierunkiem reform, przenoszącym akcenty z paradygmatu dominacji profesjonalnej do paradygmatu dominacji nabywców świadczeń i usług medycznych (Woźniak 2002: 261–262). Jednocześnie wydaje się, że w przedstawionym studium przypadku ogniskuje się wiele ogólnopolskich problemów POZ, a pogłębiona analiza i dyskusja nad jego wynikami może stanowić wkład do debaty o zmianach. U ich podstaw powinno znaleźć się założenie, że sednem usługi medycznej POZ jest powiązana z nią *relacja*. Ostatecznie w interesie wszystkich stron rynku jest, aby miała ona długoterminowy i partnerski przebieg. Dotyczy to zarówno pacjentów i lekarzy, jak i relacji JST – NZOZ.

W tym kontekście interesująca wydaje się rola badaczy w tego rodzaju przedsięwzięciach, która nie musi ograniczać się jedynie do „dostarczycieli zasobów" (danych, informacji) czy „poszukiwaczy" (przedstawianie z różnych stron problemów, opcji, rozwiązań). Niekiedy w polskich warunkach będą potrzebni także bardzo sprawni „hydraulicy komunikacji", „udrażniający" czy inicjujący kanały komunikacji[22].

Zbiorcze wyniki badań i model ewaluacji POZ

W załączeniu do artykułu znalazła się tabela prezentująca bardziej szczegółowo niektóre ogólne wyniki badań, a w dalszej kolejności model ewaluacji jakości usług POZ.

Rezultatem doświadczeń badawczych w zakresie funkcjonowania i jakości usług POZ jest przedstawiony model ewaluacji. Uwzględnia on komponenty badawcze w podziale na zadania, etapy realizacji oraz ich wzajemne relacje. Stworzona została w ten sposób procedura gwarantująca wykorzystanie rezultatów procesu badawczego poprzez ich wdrożenie do praktyki gospodarczej i systemu opieki zdrowotnej.

[22] Posłużono się terminologią Amerykańskiego Stowarzyszenia Arbitrażu (American Arbitration Associaton) (Moore 2009: 33–34).

Tabela 2. Zestawienia wynikowe – wybrane dane

Wiek	**n**	**% ważnych**	**Częstotliwość korzystania**	**N**	**% ważnych**
18–29	62	17,3	Kilka razy w miesiącu	96	26,9
30–44	104	29,1	Około raz na miesiąc	89	24,9
45–64	124	34,7	Kilka razy w roku	142	39,7
65 i więcej	68	19,0	Raz na rok lub rzadziej	31	8,6
Płeć	**n**	**% ważnych**	**Czas zamieszkania w gminie**	**n**	**% ważnych**
Kobieta	234	65,5	5 lat i powyżej	311	88,4
Mężczyzna	124	34,5	Mniej niż 5 lat	41	11,6
Wykształcenie	**n**	**% ważnych**	**Moment wywiadu**	**n**	**% ważnych**
Podst./ gimn. lub poniżej	29	8,2	Przez wizytą w przychodni	153	42,7
Zasadnicze zawodowe	78	22,5	Po wizycie w przychodni	193	53,9
Średnie/ średnie techniczne/ policealne	141	40,8	Kontynuacja wywiadu po wizycie*	12	3,4
Wyższe	98	28,5	* wywiad rozpoczęty i zakończony po wizycie		

Ocena organizacji pracy przychodni w poszczególnych wymiarach (%), N = 358

	Godziny otwarcia	**Godziny przyjęć lekarzy**	**Dostępność lekarzy gdy są potrzebni**	**Możliwość rejestracji w dogodnym terminie**	**Ilość miejsca dla pacjenta w poczekalni**	**Dostępność łazienki dla pacjentów**
Bardzo niedogodne	0,7	1,5	11	15,3	6,7	0,8
Raczej niedogodne	6	9,8	19,5	25,1	16,5	1,3
Trudno powiedzieć	6,2	7,6	24,2	9,9	5,9	14,6
Raczej dogodne	57,5	56	29,7	30,3	38,9	47,6
Bardzo dogodne	29,6	25,1	15,5	19,4	31,9	35,7
Ogółem	100	100	100	100	100	100

Identyfikacja elementów składowych wizyt lekarskich (%), N = 358

	Wywiad lekarski	Badanie wstępne	Uzyskanie skierowania	Przekazywanie informacji pacjentowi	Udzielanie porad zdrowotnych	Wypisywanie recept
Zdecydowanie nie ma miejsca	1,6	0,7	4	0,1	0,9	4,5
Raczej nie ma miejsca	9,8	6	11,3	6,6	10,3	10,7
Trudno powiedzieć	5,9	6,4	8,9	5,3	9,7	38
Raczej ma miejsce	34,1	30,1	25	22,3	27,6	22,7
Zdecydowanie ma miejsce	48,5	56,7	50,8	65,6	51,5	24,1
Ogółem	100	100	100	100	100	100

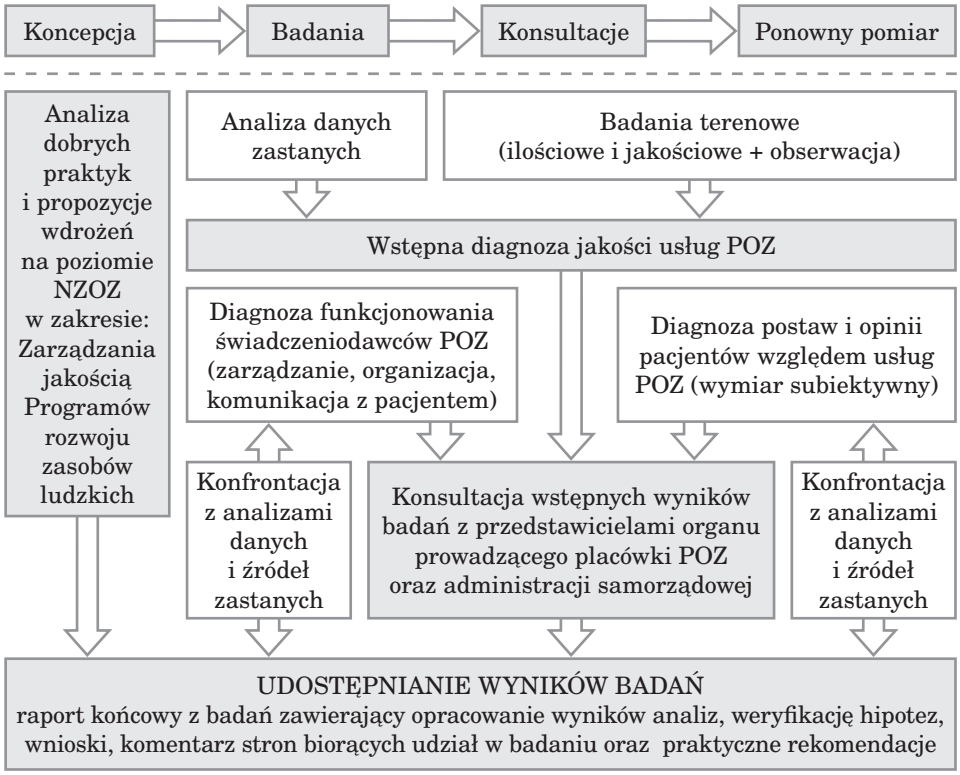
Identyfikacja czasu oczekiwania:

	Średnia	Odchylenie standardowe
Na termin wizyty od momentu rejestracji (dni)	1,88	1,56
W kolejce przed gabinetem lekarza rodzinnego (minuty)	32,16	30,40
W gabinecie lekarza rodzinnego, podczas wizyty (minuty)	13,00	6,10

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ABR 2012.

Za jedne z fundamentalnych założeń modelu należy uznać zaangażowanie interesariuszy w proces konsultacji wstępnych wyników badań oraz powtórzenie pomiaru po upływie odpowiedniej ilości czasu. W przypadku niezadawalających czy niekorzystnych wyników dla beneficjentów procesu wydaje się, że okres jednego roku do ponownego pomiaru będzie optymalny. Z jednej strony pozwoli on wdrożyć proponowane zmiany, z drugiej – krótki czas będzie czynnikiem mobilizującym organy prowadzące.

W omawianym modelu warto zwrócić jeszcze uwagę na konieczność uwzględnienia w badaniu zarówno postaw pacjentów i interesariuszy, jak również analizy systemu organizacji pracy, zarządzania, obsługi klienta oraz aranżacji przestrzeni.



Schemat 2. Model ewaluacji jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej
Źródło: opracowanie własne, W. Jagodziński, ABR 2012.

Bibliografia

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) – obowiązuje od 1.10.2006 r., uwzględniono zm. z Dz.U. nr 104 z 2006 r.

Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159).

Babbie E. (2006), *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Dobska M., Rogoziński K. (2008), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Doroszewska A. (2012), *Nauczanie komunikacji z pacjentem*, [w:] M. Synowiec-Piłat, A. Olchowska-Kotla (red.), *Socjologia i psychologia dla pacjenta*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.

Kern J. L. (2002), *O Wacusiu, czyli saga rodu Walczaków*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.

Leighton P., Syrett M., Hecker R., Holland P. (2010), *Nowoczesne formy zatrudnienia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
Miller M., Car J., Gębska-Kuczerowska A., Supranowicz P. (2007), *Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej*, „Polski Merkuriusz Lekarski", tom XXIII, Wydawnictwo MEDPRESS, Piaseczno.
Moore C. W. (2009), *Mediacje, praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
PZH (grudzień 2012), *Meldunki Epidemiologiczne. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce*, nr 12C(47), 12D(48).
PZH (styczeń 2013), *Meldunki Epidemiologiczne. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce*, nr 1B(2).
Woźniak Z. (2002), *Bariery w reformowaniu systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny", rok LXIV, z. 1, Poznań.

Netografia

Lukas W. (2008), *Rola lekarza rodzinnego w systemie opieki zdrowotnej. Doświadczenie polskie*, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/25022011_zal_3_rola_lekarza.pdf (dostęp: 3.12.2012).
Narodowy Fundusz Zdrowia (2013), *Komunikat Departamentu Informatyki z dn. 7.01.2013*, www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=9&dzialnr=4&artnr=5278 (dostęp: 20.01.2013).
World Health Organization (1978), *Declaration of Alma Ata, International conference* on PHC, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf (dostęp: 3.12.2012).

Patients vs. doctors? The evaluation of basic health care system – case study

The aim of this paper is to present main findings of social research which was carried out in 2012 in one of the communes (NUTS-5 level) in Great Poland. The study refers to the quality of medical services provided by commune's basic health care units. Research results seem to be important due to the fact that they serve to improve population's health but also create satisfactory health policy. Key findings not only shed light on the importance of medical services' users satisfaction but also show how significant it is to improve medical services quality in the context of financial and organizational rules. Finally, the study provides a starting point for an attempt to create monitoring and evaluation system used in Polish basic health care units.

Key words: sociology of medicine, assumptions and challenges of Polish basic health care system, medical care quality and patients satisfaction model of basic health care system evaluation.