PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE
TOM XI, ZESZYT 7

PROBLEMY ORGANIZACJI I ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Ocena i zachowanie świadczeniobiorców usług medycznych

Redakcja naukowa:
Jan Krakowiak, Andrzej Marjański

Łódź 2010

Redaktor naukowy: Jan Krakowiak, Andrzej Marjański

Recenzent: Iwona Stelmach

Skład i łamanie tekstu: Barbara Lebioda

Redakcja techniczna: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© Copyright: SWSPiZ w Łodzi

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo
Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości
i Zarządzania w Łodzi:
e-mail: **wydawnictwo@swspiz.pl**
tel. 42 632 50 23, 42 632 50 26 w. 39

www.swspiz.pl/wydawnictwo

Druk i oprawa: Drukarnia „GREEN", Plac Komuny Paryskiej 4, 90-007 Łódź,
tel./fax. 042 632 2713, 0 604 507 082, e-mail: wydawnictwo@post.pl

Spis treści

Jan Krakowiak, Andrzej Marjański, *Wstęp* 5

Jan Krakowiak, Agnieszka Kaźmierczak, Aleksandra Grzelewska, Joanna Sułkowska, Włodzimierz Stelmach, *Dostosowanie systemu* jednorodnych Grup Pacjentów do warunków panujących w polskich szpitalach 9

Adjusting of the system of Homogeneous Groups of Patients to the conditions on Polish hospitals

Jan Krakowiak, Agnieszka Kaźmierczak, Aleksandra Grzelewska, Joanna Sułkowska, Włodzimierz Stelmach, *System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP): historia powstania, główne zasady funkcjonowania na świecie i w Polsce, cele wdrożenia* 29

System of Homogeneous Groups of Patients: origin, main principles of operation, purpose of implementation

Jan Krakowiak, Wojciech Kocemba, Andrzej Marjański, Alina Kowalska, *Ocena jakości opieki lekarskiej w oddziale szpitalnym w opinii pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w latach 1999 i 2004* .. 55

Evaluation of quality of medical care in the County Hospital in Brzeziny in the eyes of patients admitted in 1999 and 2004

Jan Krakowiak, Wojciech Kocemba, Andrzej Marjański, Alina Kowalska, *Ocena jakości pobytu w oddziale szpitalnym w opinii pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 1999 i 2004 roku* 65

Evaluation of quality of hospital stay of patients admitted to the County Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004

Jan Krakowiak, Wojciech Kocemba, Włodzimierz Stelmach, Alina Kowalska, Andrzej Marjański, *Czynniki socjalno-demograficzne a ocena jakości pobytu w oddziale szpitalnym w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach* 77

Social and demographic factors and the evaluation of stay in the County Hospital in Brzeziny

Jan Krakowiak, Wojciech Kocemba, Andrzej Marjański, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, *Miejsce zamieszkania a struktura socjalno-demograficzna respondentów biorących udział w badaniu satysfakcji pacjentów z leczenia szpitalnego w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 2007 roku* 91

Place of residence and social and demographic structure of respondents participating in the patient opinion survey on the treatment in the County Hospital in Brzeziny in 2007

Jan Krakowiak, Wojciech Kocemba, Włodzimierz Stelmach, Alina Kowalska, Andrzej Marjański, *Opinie pacjentów dotyczące szpitalnej izby przyjęć Szpitala Powiatowego w Brzezinach w 2004 roku przy uwzględnieniu czynników socjalno-demograficznych* 101

Opinions of patients on the hospital infirmary of the County Hospital in Brzeziny in 2004 with the consideration of social and demographic factors

Jan Krakowiak, Wojciech Kocemba, Andrzej Marjański, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, *Szpitalna izba przyjęć w opinii pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 1999 i 2004 roku* 111

Hospital infirmary in the opinions of patients admitted to the County Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004

Jan Krakowiak, Wojciech Kocemba, Andrzej Marjański, Krystyna Bogus, Alina Kowalska, *Wpływ czynników socjalno-demograficznych na ocenę opieki lekarskiej w oddziałach szpitalnych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach* 119

Influence of social and demographic factors upon the perception of medical care in hospital wards in the County Hospital in Brzeziny

Jan Krakowiak, Wojciech Kocemba, *Włodzimierz Stelmach, Alina Kowalska, Andrzej Marjański, Badanie satysfakcji pacjentów z usług medycznych i pozamedycznych w szpitalach powiatowych województwa łódzkiego, Szpital Powiatowy w Brzezinach* 129

Researching patient satisfaction from medical and non-medical services in county hospitals in Łódź voivodship, County Hospital in Brzeziny

Roman Lewandowski, *X-engineering w ochronie zdrowia* 143

X—engineering in health protection

Jan Krakowiak, Agnieszka Kaźmierczak, Aleksandra Grzelewska, Joanna Sułkowska, Włodzimierz Stelmach, *Opinie usługodawców o systemie Jednorodnych Grup Pacjentów – badanie własne* 157

Opinions of service users of the system of Homogeneous Groups of Patients – own research

Jan Krakowiak, Kamila Zagier, Aleksandra Grzelewska, Joanna Sułkowska, Włodzimierz Stelmach, *Satysfakcja pacjentów jako czynnik kształtujący rynek usług medycznych. Badanie własne na przykładzie Szpitala w Pabianicach* 169

Patient satisfaction as a factor shaping the market of medical services. Own research on the example of hospital in Pabianice

Wstęp

Zachodzące zmiany w systemie służby zdrowia, polegające na przekształceniu dotychczasowych placówek służby zdrowia z jednostek budżetowych w placówki samodzielne finansowo, wymagały zmian w podejściu do rynku usług medycznych. Usługą jest działalność służąca zaspokajaniu potrzeb a w przypadku usługi medycznej zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów. Sytuacja powyższa powoduje, że do działalności można zastosować mechanizmy marketingowe, dostosowując zgodność świadczeń z potrzebami. Zasady marketingu związane są z procesami racjonalnego postępowania na rynku, odpowiadają wyzwaniom współczesnej gospodarki rynkowej, znajdują kreatywny sposób myślenia podmiotów gospodarczych i pozagospodarczych o nabywcach i ich potrzebach. Stanowią podstawę świadomego wyboru takich kierunków postępowania, które pozwalają na celowe łączenie procesu zaspokajania potrzeb nabywców z efektywnym wykorzystaniem dostępnych zasobów. Przy tendencji rozwoju rynku oraz ekonomicznego przymusu do efektywnego gospodarowania, zasady marketingu są coraz bardziej użyteczne. Marketing w ochronie zdrowia stosowany był jedynie przez prywatne zakłady i to tylko w niewielkim stopniu. Okazuje się jednak, że może być wykorzystany także w zakładach funkcjonujących na zasadach non - profit, w których głównym motywem nie jest uzyskanie zysku lecz służba ludziom w procesie zaspokajania ich potrzeb zdrowotnych.

Transformacja dokonująca się w Polsce, spowodowała powstanie procesów dostosowawczych do nowych warunków, wywołując zmiany w postępowaniu i zachowaniach rynkowych zarówno u usługodawców jak i klientów. Zmiany dotyczyły również warunków i zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej. Kształtujący się rynek usług medycznych, spowodował powstanie nieznanych dotąd podmiotów takich jak Kasa Chorych, a następnie jej spadkobierca Narodowy Fundusz Zdrowia, nie-

publicznych zakładów opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych oraz instytucja świadomego swoich praw – pacjenta. Pacjent oczekuje odpowiedniego traktowania ze strony lekarza, pielęgniarki i personelu pomocniczego. Powszechnym staje się, że pacjent – podmiot, może pytać, wybierać i oceniać. Świadczeniodawca, najczęściej SPZOZ liczy się z jego opinią ponieważ niezadowolenie pacjenta może być kosztowne dla zakładu ochrony zdrowia. Pacjent staje się klientem coraz bardziej wymagającym, posiadającym świadomość przynależnych mu praw oraz kontraktowanych usług

Za tymi wymogami powinny nadążać zakłady opieki zdrowotnej, dostosowując się do rynku usług medycznych, reorganizując swoje struktury, a przede wszystkim realizować zadania marketingowe w swoich działaniach skierowanych do pacjentów. Obecnie w sytuacji ogromnego zróżnicowania rynku, pod względem dostępnych produktów i usług, pacjent pod pozorami swobody wyboru i nieograniczonej wolności, czuje się osaczony i zniewolony koniecznością wyboru, którego praktycznie w systemie ochrony zdrowia brak. Odpowiednie działania marketingowe jak, edukacja, dostarczanie rzetelnych informacji, indywidualizacja działań, pomaga placówkom dotrzeć do wybranej grupy pacjentów, wyróżnić swoje usługi a przez to zapewnić przewagę konkurencyjną oraz zagwarantować zaufanie i wierność pacjentów. Jednak w odniesieniu do rynku usług medycznych w Polsce, w niewielkim stopniu widoczna jest rywalizacja między placówkami służby zdrowia. Jednostki lecznicze, które świadczą usługi na podstawie umów o powszechnym ubezpieczeniu, jak również jednostki udzielające świadczeń odpłatnie, wykonują usługi na podobnym poziomie. Poczucie mylnego bezpieczeństwa wynikającego z przekonania, że pacjenci zawsze znajdą się na rynku oraz brak alternatywnych ubezpieczeń doprowadza do braku rynkowego myślenia decydentów placówek świadczących usługi zdrowotne.

W ujęciu marketingowym, termin klient jest pojęciem szerszym niż pacjent. Klientem zakładu ochrony zdrowia jest każdy, kto od organizacji jest zależny i na kogo organizacja oddziaływuje, poprzez swoje zachowania rynkowe. W szpitalu klientem jest pacjent, lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy (klient wewnętrzny), firmy ubezpieczeniowe, instytu-

cje, towarzystwa, fundacje współfinansujące świadczenia medyczne oraz społeczność lokalna, do której placówka kieruje programy profilaktyczne. Przy tak zdefiniowanym otoczeniu, marketing skupiony wokół tradycyjnych instrumentów jak: produkt, cena, dystrybucja i promocja, wydaje. być niewystarczający. Decydując się na wizytę u lekarza, głównym czynnikiem ważącym o wyborze, jest opinia znajomych, nasze wcześniejsze doświadczenia, wizerunek placówki, natomiast rzadziej działalność reklamowa. Jeśli pacjent zdecyduje się odwiedzić lekarza, pod wpływem reklamy bądź innego ogłoszenia a nie zadowoli się poziomem świadczonych usług, przekaże swoją negatywną opinię innym potencjalnym pacjentom, generując większe straty niż uzyskane korzyści wynikające z reklamy. W celu uzyskania pełnych informacji na temat funkcjonowania ośrodków medycznych, niezbędne jest żeby system jakościowy zawierał oprócz monitorowania wskaźników medycznych, również badania satysfakcji pacjenta. Opisywane badania, są niezwykle cennym źródłem wiedzy o funkcjonowaniu systemu sprawowania opieki nad pacjentem, ich znaczenie potwierdzają liczne przeprowadzane programy badawcze. Pierwszą instytucją profesjonalnie zajmującą się badaniem satysfakcji pacjenta był Instytut Pickera, który zaproponował badanie jako narzędzie pomiaru jakości. W roku 1994 Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization w USA wprowadziła badanie satysfakcji do standardów akredytacyjnych, zobowiązując jednostki służby zdrowia do prowadzenia tego typu działalności w sposób ciągły.

Badanie satysfakcji pacjentów jest ważnym źródłem informacji o poziomie świadczonej opieki i jest powszechna zgoda, co do celowości korzystania z opinii pacjentów dotyczących opieki medycznej. Pacjenci mają do tego nienaruszalne prawo i swoistą perspektywę oceny. Zarządzanie przedsiębiorstwem (szpitalem) z uwzględnieniem wyników badań satysfakcji pacjentów, stanowi gwarancję utrzymania placówki na rynku usług medycznych, nawet przy powstaniu silnej konkurencji.

Jan Krakowiak

Andrzej Marjański

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 9–28

Jan Krakowiak[1], SWSPiZ w Łodzi
Agnieszka Kaźmierczak[2], Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Aleksandra Grzelewska[3], Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska[4], SWSPiZ w Łodzi
Włodzimierz Stelmach[5], Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dostosowanie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów do warunków panujących w polskich szpitalach

1. System Jednorodnych Grup Pacjentów w opinii polskich świadczeniodawców

W lipcu 2007 r. do polskiego systemu zdrowia wdrożono system Jednorodnych Grup Pacjentów – metodę rozliczania świadczeń medycznych w opiece stacjonarnej, opartej na zasadach funkcjonowania brytyjskiego modelu HRG. Jednorodne Grupy Pacjentów (JPG) umożliwiają zmodyfikowanie i ujednolicenie systemu klasyfikacji procedur, ostatecznie do ICD-CM, a także weryfikację realistycznych kosztów procedur medycznych. Tak jak wszelkie wprowadzane nowe metody i techniki w każdej dziedzinie życia społeczno-kulturowego, także świat medycy-

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[2] Mgr Agnieszka Kaźmierczak, Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

[3] Mgr Aleksandra Grzelewska Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

[4] Dr n. med. Joanna Sułkowska, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[5] Dr hab. n. med. Włodzimierz Stelmach Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

ny bazujący na zmianach ma w swych szeregach zwolenników i przeciwników wszelkich nowelizacji i postępu. Ze względu na skomplikowane zasady i szybkie tempo zmian, system JGP napotkał na sprzeciw lekarzy oraz kierowników zakładów opieki zdrowotnej. Poniżej przedstawiono opinie lekarzy i dyrektorów placówek medycznych w celu pogłębienia i uszczegółowienia ocen ekspertów na temat wprowadzenia w Polsce systemu JPG.

Ryszard Stus, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku wypowiada się pozytywnie na temat nowego systemu JGP, który wydaje się być dobrym narzędziem do rozliczania procedur i świadczeń medycznych w szpitalach, doktor podkreśla, iż lipiec nie był najlepszą chwilą na wprowadzenie takich zmian. Dyrektor uważa, że system oparty o JGP jest sprawiedliwy i utrudnia manipulację. Twierdzi, iż cała kadra medyczna i administracyjna jest przygotowana do funkcjonowania systemu JGP, wszystkie niejasności i nieporozumienia zgłaszane są do Narodowego Funduszu Zdrowia. Dyrektor Stus twierdzi, iż kiedy nowy system stanie się rutyną, wówczas wszystko stanie się jasne (por. Derkacz 2008, s. 12–21).

Dyrektor Zamojskiego Szpitala Niepublicznego – Krzysztof Tuczapski, opierając się na dotychczasowych doświadczeniach zaobserwował, iż idea wprowadzenia systemu JGP jest trafna. Dzięki temu system jest klarowny, oparty o jasne kryteria, ale potrzebne jest jego dopracowanie ze strony merytorycznej oraz informatycznej. Podczas wyznaczania grup dostrzeżono korzystniejszą wycenę w stosunku do świadczeń wykonywanych na oddziałach zachowawczych w porównaniu z procedurami wykonywanymi na oddziałach zabiegowych. Placówka, której dyrektorem jest Krzysztof Tuczapski została włączona do badania pilotażowego zorganizowanego przez NFZ. Wynik pilotażu wskazuje na 11% przychód, jednak dyrektor podkreśla, iż nie wszystkie świadczenia, które były wykonane w lipcu udało się rozliczyć według nowego systemu, stanowiły one zaledwie ok. 0,5%. Głównymi przyczynami takiej sytuacji było niespełnienie warunku czasu pobytu pacjenta, który był określony daną grupą, przykładem jest sytuacja w której pobyt pacjenta trwał 3 dni, zaś warunek zakwalifikowania przypadku do danej grupy zakładał pobyt tylko do 2 dni (por. Derkacz 2008, s. 12–21).

Opinia Marka Bruzdowicza – dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rypinie, tak jak wielu innych lekarzy na temat nowego systemu punktowego początkowo była negatywna. Negował chaotyczne jego zdaniem wprowadzenie w połowie roku i niezapowiedziane nowości związane z systemem JPG. Oskarża NFZ o zbyt krótki czas na merytorykę i przygotowanie szkoleń dla lekarzy, a także sądzi, iż dostępne materiały dydaktyczne i informacyjne poprzedzające wprowadzenie JPG budzą zastrzeżenia. Dyrektor podkreśla brak katalogów i programów uszczegóławiających pracę w systemie JPG. W opinii pojawiły się także pozytywy w postaci poprawnej weryfikacji wdrażania podobnych systemów w innych krajach i nadzieja, że może być to metoda na poprawę funkcjonowania NFZ w ochronie funduszy publicznych. Kolejny walor systemu to pogrupowanie oraz wycena zależna od czasu trwania i nasilenia objawów lub odległych konsekwencji zdrowotnych pacjenta. Dyrektor pokłada nadzieję w zapewnienia NFZ dotyczące bardziej korzystnego dla szpitala finansowania świadczeń. Reasumując wypowiedź Bruzdowicza za główne wady JPG uznaje on: złożoność systemu, brak określenia procedur, zwiększoną pracę oddziałów szpitalnych z działem rozliczeń (por. Derkacz 2008, s. 12–21; Kisielewska 2008).

Krystyna Zaleska, dyrektor Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu, w swojej wypowiedzi krytykuje JPG głównie za zmniejszenie możliwości bezpośredniej współpracy między lekarzem a pacjentem. Zarzuca także brak narzędzia informatycznego i utrudniony opis procedur. Według Zalewskiej cel JGP jest słuszny, jednak czas wprowadzenia za krótki, dodatkowo brak jest jasnych standardów i modernizacji komputerowego systemu. Ponadto dyrektor Zalewska uważa że obecnie brak jest szkoleń dla lekarzy i dyrektorów placówek, brak jest szkoleń tematycznych w poszczególnych grupach dla danej specjalizacji lekarskiej, mało jest możliwości zweryfikowania opinii lekarskich na forum lub kongresach, a także napotykanie są błędy merytoryczne w opisach poszczególnych procedur w leczeniu jednostek chorobowych kwalifikowanych w ICD-10 (por. Kisielewska 2008).

Janusz Leszek Wróbel również jest zdania, iż idea JGP jest dobra, gdyż rozliczenia prowadzone są na bazie międzynarodowych katalogów procedur medycznych i rozpoznań (ICD-9 i ICD-10). Dokonano dzięki temu pewnego standardu ponadkrajowego.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu podkreśla również otwartość i przychylność ze strony centrali NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia w sprawie zaistniałych błędów w katalogach JGP oraz szybkie wprowadzenie poprawek. Prawdopodobnie ujawnią się kolejne niedociągnięcia, ale zdaniem dyrektora taki katalog musi po prostu „żyć" i być korygowany zgodnie z rozwojem nauk medycznych. Podkreśla, iż w pierwszym etapie funkcjonowania systemu JGP najważniejsza jest stałość wprowadzonego sposobu rozliczania a także niewykluczone korekty, które wynikają zarówno z rozwoju nauki jak i pojawiających się błędów (por. Derkacz 2008, s. 12–21).

Mariola Burc, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, dodaje, że minęło obecnie zbyt mało czas od wprowadzenia JPG aby obiektywnie ocenić system. Zauważa jednak w swym zespole zadowolenie głównie z ujednolicenia i wyceny procedur, dobrej wyceny pacjenta na oddziale intensywnej terapii. Dyrektorzy są zgodni, co do niewłaściwego terminu wprowadzenia JPG i braku w początkowym okresie systemu elektronicznego i konieczności rozliczania faktur ręcznie. W swych placówkach medycznych wyniki finansowych rozliczeń z NFZ dyrektorzy oceniają podobnie, podkreślając, że takie zmiany proceduralne weryfikują się po długim czasie funkcjonowania systemu (por. Derkacz 2008, s. 12–21; Kisielewska 2008). „Po pierwsze oczekuję większych pieniędzy wynikających z rozliczeń procedur wykonywanych w naszym szpitalu a po drugie, tak jak każdy dyrektor, oczekuję pewnego porządku, jeśli chodzi o procedury płacenia za świadczenia medyczne'' stwierdził dr Kwiatkowski, dyrektor ds. Lecznictwa Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku (por. Derkacz 2008, s. 12–21).

W opinii lekarza dr Stanisława Makuleca, dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łasinie, można dopatrzeć się zastrzeżeń w stosunku do niektórych wycen świadczeń i określenia grupy jednorodnej pomiędzy oddziałem wewnętrznym a chirurgicznym. Uważa on także, że w oddziale wewnętrznym jest więcej możliwości dopasowania JPG do konkretnego przypadku. Doktor Makulec nie przedstawia jednoznacznego stanowiska oceny systemu, liczy natomiast, że jednorodne grupy pacjentów będą modyfikowane jednakowo według sugestii wszystkich odbiorców lekarzy i dyrektorów, mając na uwadze dobro pacjenta (por. Derkacz 2008, s. 12–21; Kisielewska 2008).

Ewa Darewska, kierownik Oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Rydygiera w Toruniu, podkreśla, że ocena finansowa wprowadzonego nowego systemu będzie trudna, dopóki szpitale rozliczają się z NFZ w sposób uproszczony. Dopiero prawidłowe rozliczanie pozwoli ocenić JGP. Niestety według Darewskiej mankamentem jest brak sprawnego systemu komputerowego, dostosowanie go do warunków finansowych szpitali i konieczność ciągłego poprawiania i dostosowywania programu informatycznego do rozliczenia usług medycznych, nawet przy udziale zewnętrznej firmy komputerowej. „Sytuacji nie ułatwia NFZ, który wydaje nowe zarządzenia i wprowadza zmiany do systemu JPG, które każdorazowo muszą znaleźć odzwierciedlenie w programie informatycznym'' stwierdza Darewska w swojej wypowiedzi (por. Kisielewska). Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, Krzysztof Kłos uważa, że rozliczanie świadczeń według nowych zasad obowiązujących od 1 lipca i wytyczne dotyczące szczegółowych warunków udzielania świadczeń są niedopracowane. Zarządzenie 32/2008/DSOZ zostało zmienione na 49/2008/DSOZ, które nie stanowią spójnego, jasnego narzędzia i obarczone jest błędami. Według informacji podanych przez NFZ zarządzenia będą ulegały kolejnym zmianom. Wszystko to świadczy o tym jak nieprzygotowane było wprowadzenie systemu JGP (por. Derkacz 2008, s. 12–21).

Dr Aleksander Zajusz, wicedyrektor ds. klinicznych Centrum Onkologicznego w Gliwicach pracujący w największym ośrodku radioterapii w Polsce, na podstawie dostępnych publikacji ocenia, że procedury z tej specjalizacji są wycenione o 10% niżej niż w poprzednim systemie (por. Jednorodne grupy pacjentów – za i przeciw, s. 20–26).

Podobne obawy można dostrzec w opinii profesora Piotra Kuny, zwierzchnika placówki im. Barlickiego UM w Łodzi, która ze względu na swój charakter wielodyscyplinarny traci wraz z wprowadzeniem JGP. Profesor rokuje nawet, że szpitale kliniczne oparte o ten system mogą dojść do bankructwa. W swych sądach stwierdza, że istnieje wiele wad systemu np. uśrednienie procedur jest niekorzystne dla szpitali, które tracą średnio 20–30% w zależności od oddziału, a placówki specjalistyczne posiadające trudne kliniczne przypadki z pewnością nie zmieszczą się w całościowej puli punktów od NFZ. Istotę problemu profesor Kuna przedstawia w stwierdzeniu, iż wprowadzenie JGP powinno

poprzedzać odpowiednią wycenę kosztów leczenia, gdyż nie każdy szpital ma jednakową strukturę pacjentów. Proponuje także rozwiązanie polegające na komercjalizacji placówek medycznych, takich jak duże szpitale. W obecnym stanie rzeczy NFZ obniża finansowanie szpitali, rosną długi placówek lub doprowadzane są do działań komorniczych a ostatecznie bankrutują (por. Wojtyniak i wsp. 2008; Kuna 2008).

„W moim przekonaniu idealnym modelem byłby stary katalog, tylko bardziej sprecyzowany. Jeśli wykonywanych jest 1800 rodzajów operacji, to nagle nie zmniejszy się ich liczby do 400", stwierdził Piotr Reszelski, kierownik medyczny TERMEDICA. Idąc dalej w myśl Reszelskiego, skomasowanie zabiegów do 400 spowoduje, że znajdą się obok siebie w tej samej grupie skrajnie tanie i skrajnie drogie procedury. Jego zdaniem zmiany te nie uszczelnią systemu, lecz spowodują powstanie furtki dla naciągania wyceny. Podkreśla, że wiele zabiegów jest limitowanych, a uśredniona cena spowoduje, że zabiegi mogą być nieopłacalne (por. Wojtyniak i wsp.).

Wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca Naczyń, Marian Zembala, podkreśla, iż w kardiochirurgii już istnieje system punktowy i podział na określone grupy chorych. Uśredniony system sprzyja odsuwaniu od operacji pacjentów z grupy dużego ryzyka. Wierzy także w celowość zróżnicowania wartości punktu w zależności od referencyjności szpitala i danego oddziału, co kompensuje podejmowanie decyzji o leczeniu trudniejszych przypadków. Do takiego systemu powinny zmierzać wszystkie nowe prognozy i reformy NFZ, jednocześnie wzbogacone o nakłady finansowe (por. Wojtyniak i wsp.).

Jerzy Gryglewicz, zastępca dyrektora ds. klinicznych Instytutu Reumatologii w Warszawie jest zdania, że placówka skorzystała na JGP. Z rozliczeń wynika, iż będzie możliwe osiągnięcie 10–15% wzrostu wartości kontraktów, biorąc pod uwagę wszystkie zakresy umowy. Instytut bazował na nienajlepszym systemie rozliczeń Hipokrates, który zmieniał w ciągu ostatnich miesięcy dostawcę. Kodowanie w reumatologii nie jest procesem skomplikowanym, ze względu na nieliczne hospitalizacje pacjentów ze schorzeniami reumatologicznymi. Dodatkowo, aby nie nałożyć kolejnych obowiązków na lekarzy, zatrudniony został personel złożony z absolwentek kierunku zdrowia publicznego do wykonywania procesu kodowania (por. Derkacz 2008, s. 12–21).

Jarosław Fedorowski, profesor Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, prezes Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych, twierdzi, że system finansowania usług zdrowotnych w wielu przypadkach nie odzwierciedla rzeczywistego wkładu pracy konkretnej jednostki w proces diagnostyczno-leczniczy. Dodaje, że wiele specjalistycznych zabiegów krótkoterminowych jest wyżej wycenione niż czasochłonne procedury szpitalne. Uważa także, iż wprowadzony system nie daje bodźców zwiększania efektywności leczenia i procedur medycznych, stwarza nawet wymuszoną konieczność hospitalizacji pacjenta. NFZ powinien zaproponować, podpatrując wzorce niemieckie, dodatkowe fundusze na pokrycie szczególnie skomplikowanych przypadków. Zdaniem profesora najefektywniejszy jest system uwzględniający wkład środków i pracy, stymulujący efektywność procesu diagnostyczno-leczniczego. Zwraca on uwagę na konieczność wprowadzenia również systemu oceny wartości pracy lekarza, wzorując się na szpitalach w Wielkiej Brytanii (por. Wojtyniak i wsp. 2008).

„Wprowadzenie JGP to załatwienie sprawy ciągnącej się od wielu lat", stwierdza Jacek Grabowski na przekór osobom, które przekonują, iż JGP zostało zbyt pochopnie wdrożone. Jak twierdzi trwa to już 10 lat, bo od 1999 roku, kiedy to austriaccy eksperci rozpoczęli projekt Banku Światowego. Wstępne projekty były wdrażane na Dolnym Śląsku, Podkarpaciu i w regionie łódzkim. Ówczesne projekty zostały wstrzymane przez wybory i w ten sposób zawędrowano do rozliczeń katalogowych. Informuje, iż dyrektorzy szpitali wypowiadają się pozytywnie na temat nowego systemu, twierdząc, że proces ten pozwolił na dokonanie ładu na linii oddział szpitalny – statystyka szpitalna przy rozliczaniu się z NFZ (por. Czajkowska 2009). Na podstawie przytoczonych opinii jednoznacznie można stwierdzić, iż temat wywołuje wiele kontrowersji, sporów, pomimo komunikatów uspokajających, których autorami jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczeniodawcy skłonni są raczej system oceniać nieprzychylnie, mając wiele wątpliwości i zastrzeżeń.

2. Korzyści i wady wynikające z wdrożenia JGP

Mimo zapewnień NFZ i perspektywy krótkiego czasu trwania zmian, większość specjalistów wypowiada się krytycznie wobec JGP. Ewentualne korzyści lekarze upatrują w reformie systemu i zmianach po sugestiach podwykonawców. Korzyści systemu JGP podkreślają głównie przedstawiciele NFZ, którzy zapewniają, że jest to proces długofalowy, jednak przynoszący pozytywne zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia.

Lista spodziewanych korzyści wynikających z wdrożenia systemu JGP:

- System JGP jest narzędziem uszczelniającym pracę NFZ w ochronie funduszy publicznych.
- Podstawą systemu JGP są pozytywne wzorce oparte na wieloletnich doświadczeniach zachodnich specjalistów.
- Wadą starego system był brak zarówno nazewnictwa świadczeń, warunków ich wykonania i wyceny, które w sposób szczegółowy opisano w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów.
- Podniesienie standardów prowadzenia przez lekarzy dokumentacji medycznej z koniecznym zastosowaniem międzynarodowych klasyfikacji chorób i procedur (ICD-10, ICD-9).
- W katalogu JGP znajduje się nie 1400 a 472 grup i każda procedura jest odzwierciedlona w katalogu usług: ICD-9 CM (4800 pozycji), ICD-10 (14.000 pozycji), natomiast w procesie grupowania liczy się 7357 pozycji ICD-10, a także 2992 pozycje z ICD-9 CM, co ułatwia pracę osobom kodującym.
- JGP, jako forma zracjonalizowania finansowania leczenia szpitalnego. Według badania pilotażowego szpitale po przekształceniu zyskują ok. 12% oszczędności, uwzględniając kontrakt i prawidłowe kodowanie oraz rozliczanie świadczonych usług.
- Wprowadzenie finansowania przedmiotowego poszczególnych procedur.
- Wysoka wycena pacjenta na oddziale intensywnej opieki. Koszt pobytu pacjenta na OIT, wliczony jest w pierwszych 48 godzinach w wycenę punktową 48 grup, a dalsze koszty hospitalizacji, jako suma

finansowana poza grupą sumowanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii jest korzystniejsze w JGP, dla chorych dorosłych z punktacją minimum 19 pkt. w skali TISS-28 i dla dzieci TISS 28.

- Agregowanie świadczeń generujących koszt wyrobów i produktów leczniczych.
- Wdrożenie kilkuletniego projektu szkoleń, wyspecjalizowanej kadry dydaktycznej ukierunkowanych na kodowaniu świadczeń.
- Na stronie internetowej Funduszu pojawiły się uszczegółowione wymagania dla producentów oprogramowań informatycznych. Taka dokumentacja jest bazą dla szpitalnych programów rozliczeniowych, szczególnie do systematyki JGP. Dodatkowo, na stronach NFZ, można odnaleźć aktualizowaną prezentację dotyczącą JGP oraz materiały niezbędne do pozyskania podstawowej wiedzy na temat systemu i jego funkcjonowania w placówkach. Prowadzone są działania promocyjne i informacyjne w środowiskach lokalnych.
- Narodowy Fundusz Zdrowia uwzględnia i analizuje wszystkie uwagi i opinie świadczeniodawców, dotyczące nowego systemu np. wyodrębnienie grup u noworodków i niemowląt – kardiologia dziecięca, chirurgia dziecięca, otolaryngologia dziecięca.
- NFZ jako administrator systemu bazując na wzorze NordDRG zamierza organizować szereg konferencji i kongresów.
- System JGP ułatwi weryfikację pracy poszczególnych lekarzy, oddziałów oraz działalności szpitali.
- System JGP będzie z założenia funkcjonował poprawnie tak, jak poprawnie będą analizowane przypadki medyczne i odpowiednio przyporządkowane do grup.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapewniał, że system jest sprawny i niesie za sobą korzyści finansowe, pozwala ujednolicić system klasyfikacji oraz efektywne funkcjonowanie szpitali, jednak w rzeczywistości można odnaleźć wiele jego niedociągnięć. Osoby ze środowiska medycznego przedstawiają konkretne i uargumentowane zarzuty w stosunku do systemu JGP. Konkluzja wypływa jedna, nowy system rozczarował zarówno kształtem jak i mechanizmem wprowadzenia i samego funkcjonowania pod patronatem NFZ. Lekarze podchodzą wprawdzie sceptycznie do tego rodzaju globalnych zmian, mając na pamięci nie-

udany system Kas Chorych, choć w tym przypadku znalazły się szpitale pokładające wiele nadziei w JGP. Dyrektorzy uwierzyli, że jest to metoda na zmniejszanie zadłużeń a proponowane ujednolicenie procedur wpłynie pozytywnie na funkcjonowanie placówki. Jednak kilkumiesięczne problemy z niejasnymi procedurami, zmianą priorytetów, czasochłonnym uzupełnianiem dokumentacji medycznej, które odciągają lekarzy od pacjentów, a w końcu wyniki finansowe utwierdzają lekarzy i dyrektorów dużych placówek, że system JGP jest błędem a już z pewnością modelem niedostosowanym do polskich warunków.

Lista argumentów przeciwników JGP:

- Zbyt pochopne i przeprowadzone w połowie roku kalendarzowego, kiedy dodatkowo nałożył się okres zwiększonych strajków lekarzy i pielęgniarek.
- Brak konsultacji z towarzystwami naukowymi, konsultantami krajowymi np. nie wykorzystanie potencjału wiedzy medycznej Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej i Polskiego Towarzystwa Otolaryngologii Dziecięcej.
- „Wprowadzenie niezdefiniowanych jednorodnych grup pacjentów jest niezrozumiałe dla świadczeniodawców, a nowe definicje zawierają mnóstwo błędnych określeń, uniemożliwiających jednoznaczną interpretację. Już na oko widać, że NFZ chce kupować więcej i taniej" – Konstanty Radziwił (2007, s. 39).
- Materiały, które otrzymały szpitale, posiadały błędy i były niezrozumiałe dla świadczeniodawców.
- Zbyt krótki czas na merytorykę i przygotowanie szkoleń dla lekarzy, a dostępne materiały dydaktyczne i informacyjne poprzedzające wprowadzenie JPG budziły zastrzeżenia.
- Szkolenia, które były organizowane przez NFZ przedstawiały głównie istotę i założenia systemu, natomiast strona praktyczna nie została dokładnie omówiona.
- Brak szkoleń tematycznych w poszczególnych grupach dla danej specjalizacji lekarskiej.
- Po trzymiesięcznych konsultacjach wrzesień–grudzień 2007 wpłynęło do centrali 417 uwag, na 71 uczestników.

- Brak standardów dla opieki wysokospecjalizacyjnej.
- Brak wyszkolonych osób zajmujących się kodowaniem świadczeń.
- Działania informacyjne i szkoleniowe są niewystarczające.
- Niepojawienie się zgłaszanego przez lekarzy pomysłu na system wskaźników wiekowych (Grzegorowski i wsp. 2007, s. 26–28).
- Brak ujednolicenia finansowania i udzielania świadczeń dla noworodków, niemowląt i dzieci do 1 roku życia.
- Błędne założenie, że tańsze w utrzymaniu na oddziale są dzieci.
- System wymusza na szpitalu dodatkowe zapewnienie wszystkim lekarzom stanowisk komputerowych, co jest dużym wydatkiem, dodatkowo lekarze muszą być mocno zdyscyplinowani przy prowadzeniu dokumentacji medycznej.
- Działanie firm komputerowych prowadzących systemy szpitalne jest możliwością do naginania zasad i pozyskiwania dodatkowych kosztów. Jak twierdzi Marek Wesołowski prezes UhC ,,optymalizator oblicza wartości punktowe, uczy lekarzy grupowania JGP i sugeruje zmiany w kodowaniu zapewniające grupowanie odpowiednie dla szpitala''. Czyli system pozwoli uzyskać od NFZ więcej funduszy niż przewidują procedury, nie naruszając prawa (Bęben 2008, s. 18).
- Brak sprawnego systemu komputerowego i linii informatycznej.
- Zawirowania w punktacji grupowej np. ostry stan zapalny trzustki na internie to 50 pkt a na chirurgii 200 pkt.
- Niesprecyzowane przypadki urazów wielomiejscowych, do wyboru jest jedynie jedna procedura medyczna.
- Poszkodowane są szpitale wielospecjalistyczne np. w CZD przebywają dzieci z licznymi schorzeniami a szpital otrzyma pieniądze, jeśli dany organ lub choroba wyleczone będą na odpowiednim oddziale. Podobny przykład można zaobserwować w Miejskim Szpitalu specjalistycznym w Warszawie, gdzie rozmija się gruper funduszu z gruperem placówki a sytuacja finansowa jest trudna do oceny (Bączek 2008, s.10).
- Uśredniony system sprzyja odsuwaniu od operacji pacjentów z grupy dużego ryzyka i nie odzwierciedla rzeczywistego wkładu pracy konkretnej jednostki w proces diagnostyczno-leczniczy.

- Proponowany system może zachęcić do leczenia pacjentów mniej kosztochłonnych, tylko dlatego, że będzie to bardziej opłacalne.
- Wiele zabiegów jest limitowanych a uśredniona cena spowoduje, że zabiegi mogą być nieopłacalne.
- Wprowadzenie JGP powinna poprzedzać odpowiednia wycena kosztów leczenia, gdyż nie każdy szpital ma jednakową strukturę pacjentów.
- Skomasowanie zabiegów do 400 spowoduje, że znajdą się obok siebie w tej samej grupie skrajnie tanie i skrajnie drogie.
- Wiele specjalistycznych zabiegów krótkoterminowych jest wyżej wycenione niż czasochłonne procedury szpitalne.

Reasumując można zauważyć, iż nowy system posiada wiele wad jak i zalet, a jego wprowadzeniu towarzyszy wiele skrajnych opinii.

3. Porównanie finansowania świadczeń i procedur medycznych w starym systemie i systemie Jednorodnych Grup Pacjentów

Finansowanie świadczeń i procedur medycznych w starym i nowym systemie opiera się o zupełnie inne kryteria. Głównym celem systemu JGP jest zracjonalizowanie finansów lecznictwa szpitalnego. Poniżej opisano przykłady różnych świadczeń i procedur medycznych wycenionych w starym i nowym systemie. W starym systemie istniał podział na poród naturalny i poród odbywający się przez cesarskie cięcie. Pierwsza procedura wyceniona została na 1320 zł, druga na 1680 zł. W systemie JGP nie występuje podział porodu, a jego cenę uśredniono i wyceniono na 1584 zł. Inny przykład również dotyczy rozliczenia porodu. Stary system wyróżniał 2 procedury: poród mnogi - 2040 zł i poród przedwczesny – 2160 zł, w systemie JGP procedury te zostały zgrupowane i uśrednione do poziomu 2280 zł. Kolejny przykład przedstawia wykres nr 6. W starym systemie zapalenie płuc niepowikłane kosztowało 1680 zł, w system JGP występuje jedna ogólna procedura – zapalenie płuc, wyceniona na 1200 zł.

Przykłady strat wynikające z funkcjonowania nowego systemu:

- Rany twarzoczaszki powinny być leczone na oddziale laryngologii ze względu na małą ilość oddziałów i skomplikowanie przypadków

leczone są na chirurgii, gdzie nie są zwrócone koszty zabiegów laryngologicznych.

- Odma opłucnowa leczona głównie na laryngologii nie będzie uznana gdyż NFZ wyznacza oddział interny.
- Fundusze nie zostaną zwrócone szpitalom za pozostawienie na obserwacji pacjenta z ostrym bólem brzusznym na chirurgii.
- NFZ nie zwraca za leczenie i rozpoznawanie nowotworów poza onkologią.
- Pogorszenie finansowania: intensywnej terapii z 15 tys. do 5,2 tys. na pacjenta, urologii 67 zł mniej, okulistyki 164 zł mniej, ortopedii 334 zł mniej, oddział wewnętrzny i nefrologia 354 zł mniej, neurologia 895 zł mniej (Bączek 2008, s. 10; Bączek 2008, s. 5–7).

4. Wyniki wdrożenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów

System Jednorodnych Grup Pacjentów jest wydarzeniem nowym, które posiada sprzymierzeńców jak i przeciwników. Jest on nieustannie kontrolowany i ulepszany, a faktem za tym przemawiającym jest choćby przeprowadzenie pilotażu, który miał na celu zweryfikowanie systemu w placówkach medycznych. Nie należy pisać o wynikach wprowadzenia systemu jak o procesie zakończonym, ponieważ nadal zachodzą pewne zmiany mające na celu jego usprawnienie.

Według Jacka Paszkiewicza „już" w 2010 r. system będzie wykrystalizowany, a wtedy stanie się konieczne skorelowanie go z nową elektroniczną kartą pacjenta i rejestrem usług medycznych, co będzie miało miejsce w 2012 roku (Praktyczny sprawdzian Jednorodnych Grup Pacjentów 2008, s. 42–45). Ważnym momentem, zdaniem Jacka Paszkiewicza, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, miało być pilotażowe rozeznanie w poszczególnych szpitalach w każdym województwie. Uważa, że JGP jest doskonałym rozwiązaniem na sposób rozliczania. Poprzedni spis procedur narzuca na świadczeniodawców pewne postępowanie medyczne, nie zawsze uzasadnione. Jednorodne Grupy Pacjentów nie zmuszają świadczeniodawcy do takiego postępowania medycznego, lekarz diagnozuje, bada i leczy chorego, po czym zdaje sprawozdanie na temat wyko-

nanej pracy na podstawie międzynarodowej klasyfikacji ICD-9 oraz ICD-10, co jest podstawą rozliczania się z NFZ (Michalak 2008, s. 9–14).

Po intensywnych przygotowaniach nad wdrożeniem JPG w Polsce w marcu 2008 roku w 20 szpitalach rozpoczęto pilotaż nowego systemu. Po kilku tygodniach liczba szpitali wzrosła do 42. Trzeba zaznaczyć, iż jednym z głównych celów przy opracowywaniu nowatorskiego systemu rozliczeniowego było utrzymanie chociażby dotychczasowych dochodów świadczeniodawców, biorąc pod uwagę poprawę skali rentowności, osobnych specjalności medycznych branych jak dotąd za deficytowe oraz jak to wpłynie na szpitale. Rozeznanie miało na celu poprawienie jednostki systemu JGP w aspekcie kosztów między odrębnymi świadczeniami, ukaże również zastosowanie algorytm grupera JGP oraz funkcjonowanie klasyfikacji procedur medycznych i charakterystyk grup jak również sprawdzenie wydolności systemu informatycznego.

Celem pilotażowego sprawdzianu było także ukazanie faktycznego poziomu ustalenia świadczeniodawców do kodowania udzielonych świadczeń w celu wyodrębnienia grup i ich rozliczeń. Ponadto jego celem było uzyskanie wiedzy o uchybieniach kodowania po stronie świadczeniodawców, aby można było opracować materiały szkoleniowe na podstawie rzeczywistych przypadków. Wykonanie realnej kontroli systemu JGP było konieczne do uformowania przez NFZ nienagannych materiałów informacyjnych. W celu uzyskania jak najbardziej wiarygodnych wyników zaproszono do pilotażu świadczeniodawców o różnorodnym profilu własnościowym jak i organizacyjnym, pozytywnie wyróżnianych w zakresie sprawozdawczości, biorąc pod uwagę kodowanie rozpoznań jak i procedur.

Ostatecznie w przedsięwzięciu wzięło udział 44 szpitale z 12 województw, gdzie znalazły się szpitale wojewódzkie, powiatowe, kliniczne oraz kilka placówek niepublicznych. Brano pod uwagę różnorodność prowadzonych działalności. System był testowany przez placówki wieloprofilowe, jak i te o stosunkowo niewielkim zakresie działalności. W połowie marca rozpoczął się pilotaż. Wówczas zakończyły się prace w centrali Funduszu nad metodą i zamysłem pilotażu. Zostały ustalone założenia i określono sposób realizowania projektu usług informatycznych z dostawcami, na podstawie dostępnych narzędzi. Na pierwszych

zgromadzeniach z personelem szpitali biorących udział w pilotażu omówiono zakładaną metodę procesu i doręczono aktualną wersję międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych ICD-9. Co najmniej do końca czerwca przetwarzano i gromadzono dane. Pilotaż ustanowił wykorzystanie stosowanych aktualnie kanałów oraz komunikatów sprawozdawczych. Ponieważ dotychczas funkcjonujący komunikat wprowadzania danych do funduszu ma możliwość wprowadzania parametrów w dużej mierze wykorzystywanych przez system JGP, szpitale nie zostały obciążone dodatkowymi obowiązkami poza przyjęciem nowej wersji ICD-9CM oraz prawidłowego kodowania zrealizowanych procedur. Sprawozdania świadczeniodawców dotyczących poszczególnych epizodów były przekazywane do właściwych dla nich oddziałów wojewódzkiego NFZ. Dalej były kierowane do funduszu przez komunikat KLP z niezbędnymi danymi do analizy, a przede wszystkim do wyznaczania grup JGP. Do analizy przekazanych danych skorzystano z oprogramowania Business Object 11 (BO-11), jednym z typowych narzędzi analizujących wykorzystywanych przez personel centrali w aktualnej pracy. Uzyskane raporty z BO-11 dodatkowo zostały przetworzone przy użyciu arkusza kalkulacyjnego MS Excel i w takiej wersji były przedstawiane i dystrybuowane. Do 26 maja 2008 roku dane za okres od stycznia do kwietnia zostały przekazane do centrali Funduszu, przy czym trzeba pamiętać, że przekazane dane są różnorodne w odniesieniu do odrębnych świadczeniodawców. Poszczególne hospitalizacje były porównywane i wyceniane wg starego i nowego systemu. Ważnym elementem rozeznania stało się wyznaczenie udziału hospitalizacji, dla których nie można było wyznaczyć JPG. Oprócz wdrożenia i opracowania algorytmu grupowania określono także wzory raportów, mające na celu pozyskanie prawidłowych wyników oraz kontrolowanie prawidłowego przebiegu procesu.

Podczas pilotażu nie spotkano się z większymi problemami organizacyjnymi. Tym niemniej w niektórych placówkach problemem było dostosowanie swoich systemów informatycznych do jednoczesnego stosowania więcej niż jednej wersji klasyfikacji ICD-9. Wymóg posługiwania się w pilotażu zmieniono wersją w stosunku do panującego w statystyce publicznej, był on następstwem konieczności dostosowania i uaktualnienia klasyfikatora procedur do potrzeb JGP. Dosyć poważne problemy techniczne związane są z importem danych za pośrednictwem

komunikatu KLP na poziom centrali oraz ze zbyt niską wydolnością narzędzia Business Object 11, które w czasie przetwarzania coraz większych ilości danych nieproporcjonalnie wydłużyło czas potrzebny do wytworzenia raportów wynikowych. W końcu maja zidentyfikowano przyczynę komplikacji działania BO-11 i poprzez zmianę ustawień instalacyjnych oprogramowania została ona usunięta. Na szczególna uwagę zgłaszanych problemów przez świadczeniodawców, zasługuje ich zdaniem nieodpowiednia kompozycja charakterystyki JGP, związana z możliwością bądź brakiem możliwości wyznaczenia grupy JPG, co jest efektem nieodpowiednich procedur w klasyfikacji ICD-9. Zgłaszane w tym zakresie problemy były dogłębnie analizowane, w wyniku, czego zmodyfikowano klasyfikacje ICD-9, charakterystykę JGP oraz gruper.

Analiza z rozpoznania została przeprowadzona uwzględniając zgłaszane uwagi, wiele z nich odnosiło się do ograniczonej stosowalności JGP. Ostateczna wersji zarządzenia, została opracowana na podstawie uwzględnionych uwag. Informacje do analizy zdało 42 świadczeniodawców. Symulację finansową zrobiono tylko dla tych hospitalizacji, które zostały wyznaczone przez gruper do odpowiedniej grupy JGP. Hospitalizacje, którym nie przydzielono grupy docelowej, są celem jakościowej i szczegółowej analizy, nie stanowią za to celu analizy ilościowej. Brak przypisania hospitalizacji do stosownej grupy był spowodowany użyciem trzech znaków w kodzie ICD-10, niezgodnie z międzynarodowymi zasadami kodowania. Niewpisanie kodu ICD-9-CM procedury głównej było także powodem braku przypisania do odpowiedniej grupy. Częstym błędem przypisania do grupy i niezadawalającego wyniku finansowego był mylny wybór grupy zachowawczej z grupa zabiegową. W wyniku owych nadzorów, pilotaż ukazał nam wiele błędów, związanych z nieumiejętnością posługiwania się systemem (Praktyczny sprawdzian Jednorodnych Grup Pacjentów 2008, s. 42–45).

Na przestrzeni czasu funkcjonowania systemu JGP (lipiec 2008 – kwiecień 2009) zauważono, że suma zapytań i wątpliwości wobec nowego sposobu rozliczania hospitalizacji sukcesywnie się zmniejsza. Wsparcie dawane świadczeniodawcom przez pracowników OW NFZ jak również przez dostawców rozwiązań informatycznych skutkują coraz lepszym zrozumieniem nowego systemu rozliczeń (Zorzycki 2009).

Trudności w obchodzeniu się z Jednorodnymi Grupami Pacjentów zauważa także Marek Bruzdowicz, podając za winę skomplikowanie systemu, określanie procedur oraz to, że współpraca oddziałów z działem rozliczeń wymaga większej pracy, tak by wszystko było właściwie określone i obliczone. W rozmowie informuje, iż na pewno nie jest gorzej niż przed wprowadzeniem systemu, mówi również, że nie ma, czego się obawiać. Wynik pilotażu wypadł nienajgorzej. Jak sam mówi „Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia nas, że nie powinniśmy otrzymać mniej pieniędzy i przyznam szczerze, że nasze wstępne doświadczenia – po rozliczeniu lipca i przygotowaniu się do rozliczenia sierpnia – potwierdzają te informacje, że nie powinniśmy być w nowym systemie pokrzywdzeni finansowo, a nawet być może otrzymamy trochę więcej pieniędzy". Wspólna praca, pozwoli obu stronom ulepszać to, co zostało na wstępie z funkcjonowaniem systemu JGP, jeżeli okaże się, że są słuszne, będą one odpowiednio poprawiane, co ułatwi funkcjonowanie płatnikowi, szpitalom i pacjentom (Kisielewska 2008). NFZ koryguje niedoskonałości JGP kolejnymi rozporządzeniami i zapowiada, że system będzie nadal poprawiany. Te zmiany pozytywnie odczuły już wysokospecjalistyczne szpitale dziecięce. Od 1 czerwca 2008 roku pojawiło się zarządzenie dotyczące słownika procedur ICD-9. To było podstawą do przygotowania oprogramowania dla szpitali przez firmy informatyczne. Zostały one dostarczone do placówek, które przez cały lipiec gromadziły potrzebne informacje. NFZ wydał 23 lipca 2008 roku kolejne zarządzenie, które dotyczyło zmian w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego (Bączek 2008, s. 5–7). Do tej pory zaszły zmiany w Rozporządzeniach Prezesa nr 32 z 11.VI.08; nr 43 z 02.VII. 08; nr 94 z 22.X. 08 i dotyczyły taryfikatora, dopuszczenia do trybów i zakresów, zmiany warunków realizacji procedur, korekty charakterystyki grup JGP, dodania nowych grup, doprecyzowania słownika ICD-9-CM, działań osłonowych MOW NFZ w okresie lipiec-wrzesień, w których:

- na podstawie uproszczonej sprawozdawczości, NFZ rozliczał się ze szpitalami;
- następowała wymiana informacji bezpośrednia, elektroniczna oraz telefoniczna;

- placówki otrzymywały wsparcie informatyczne (w kodowaniu oraz sprawozdawczości) oraz organizowane były szkolenia dla świadczeniodawców (Malichwanów 2009).

Podsumowując, należy stwierdzić, iż system JGP pozwala wykorzystać jedno z trzech sposobów wyznaczania grup: fazę"0", kalkulator JGP (dostępny na stronie internetowej NFZ), grupera po stronie świadczeniodawcy. Zakończone hospitalizacje wraz z niezbędnym zakresem informacyjnym świadczeniodawca może przesłać w ramach tzw. fazy „0" komunikatem JGP. Świadczeniodawca po pewnym czasie otrzyma z NFZ komunikat JGZ, gdzie zostaną zapisane potencjalne grupy, które mogą być wyznaczone na podstawie przesłanych danych. Aby wyznaczyć grupę JGP konieczny jest wypis pacjenta. Oczywiste jest, iż nie można wyznaczyć grupy dla niezakończonej hospitalizacji. Nie może się to odbyć bez skorzystania z algorytmu, który wykorzystuje dane pacjenta. Przy wyznaczaniu grupy są brane maksymalnie 3 rozpoznania z każdego pobytu, a żadna grupa nie może mieć więcej niż 2 rozpoznania współistniejące. Procedury te są stosowane wg klasyfikacji ICD9. Jedynie istotne procedury wykonane pacjentowi są sprawozdawane. Najbardziej wymagającej grupie JGP potrzeba jedynie 4 procedur. Natomiast w przyszłości algorytm przewiduje dodatkowe warunki. W tym celu już dziś jest ważne prowadzenie prawidłowej sprawozdawczości w zakresie trybu przyjęcia, trybu wypisu i płci pacjenta.

W przypadkach gdzie hospitalizacja była wielopobytowa, dane z każdego pobytu są sumowane, więc istnieje możliwość wprowadzenia więcej niż jednego rozpoznania zasadniczego w rekordzie pacjenta. Dodatkowo sprawdzane są warunki dla każdej wyszukanej grupy min.: długość pobytu, wiek pacjenta na dzień przyjęcia, rozpoznania zasadnicze i współistniejące, dodatkowe procedury medyczne, wykluczające rozpoznania i procedury medyczne, a także w przypadku grup zachowawczych wyszukiwane są wszystkie grupy opisane listą kierunkową rozpoznań, do których należą rozpoznania zasadnicze wszystkich pobytów hospitalizacji.

Gruper jest wersjonowany, maksymalnie w miesięcznym okresie rozliczeniowym może obowiązywać tylko jedna wersja. Wersja obowiązująca świadczeniodawcę jest wyszczególniona w umowie z NFZ, a jej zmiana

wymaga podpisania aneksu. Gruper w danej wersji jest jeden dla całego kraju, działa na tych samych zasadach i opiera na tych samych danych pliku parametryzującego (Praktyczny sprawdzian Jednorodnych Grup Pacjentów 2008, s. 42–45). W systemie wszystkie grupy powinny posiadać znaczenie kliniczne, kojarzone ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów w odniesieniu do czasu pobytu w szpitalu, rodzaju wykonanych procedur zabiegowych, diagnostycznych, leków, itp. Poszczególne grupy winny objąć pacjentów o pokrewnej „kosztochłonności", w sensie zużycia zasobów szpitala. Na podstawie ogólnodostępnych danych zawartych w dokumentacji szpitala grupy są definiowane odnosząc się do stanu chorego lub zastosowanej terapii.

W rezultacie system JGP osiągnął zmniejszenie i uproszczenie pozycji katalogowych poprzez: powiązanie finansowe z kosztami wytworzenia; ograniczenie możliwości oderwania rozliczeń finansowych od faktycznie realizowanej terapii; stosowanie klasyfikatorów (ICD-10, ICD-9 CM) do celów statystycznych i modyfikacji systemu rozliczeń; zweryfikowanie podstaw teoretycznych; elastyczność rozwiązania (możliwość dostosowania do: różnych klasyfikatorów, różnych systemów finansowania szpitali, system kompatybilny z rachunkiem kosztów, w którym pacjent jest „nośnikiem kosztów"). Funkcjonowanie systemu JGP jest zbyt krótkie by móc odnieść się do wyników jego wdrożenia, gdyż są to niewątpliwie działania długofalowe. Zwraca jednak uwagę fakt, iż system jest nadzorowany i nieustannie poprawiany. Powinien w kolejnych latach mieć możliwość monitorowania grup, ocen ich charakterystyki oraz proporcji grupowanych przypadków (*case-mix*), kosztów ich wytworzenia po stronie świadczeniodawców i w rezultacie powinien wspierać podział grup mocno zróżnicowanych oraz łączyć podobne (Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ, Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej 2009, s. 4–9).

Bibliografia

Bączek I. (2008). *Pilotaż okazał się fikcją*, „Puls Medycyny", vol. 162, nr 10, s. 5–7.

Bączek I. (2008), *Wdrażanie JGP, czyli wszystko wychodzi w praniu*, „Rynek Zdrowia", vol. 38, nr 9, s. 10.

Bęben A. (2008), *Trochę jak na Allegro*, „Rynek Zdrowia", vol. 38, nr 9; s. 18.

Czajkowska E., (2009), *Jacek Grabowski: Ekspert od JGP*; puls medycyny; vol. 184, nr 1, http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/10748.

Derkacz M. (2008), *JGP, czyli Jak Go Punktować?*, „Służba Zdrowia", nr 67-70, vol. 3768–3771, s. 12–21.

Grzegorowski M., Czernik J. (2007), *Atmosfera niepewności*, „Menedżer Zdrowia" nr 8, s. 26–28.

Jednorodne grupy pacjentów-za i przeciw, (2008), „Menedżer Zdrowia" nr 1, s. 20–26.

Kisielewska D. (2008), *Nie takie JGP straszne*, „Meritum", 2008 nr 4; pismo Kujawsko-pomorskiej Izby Lekarskiej. http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil67/gazeta/numery/n2008/n200804/n20080407

Kuna P. (2008), *Zastosujmy brytyjski przelicznik*, Rynek Zdrowia. http://www.rynekzdrowia.pl/Moim-zdaniem/Prof-Piotr-Kuna-dyrektor-Szpitala-im-Barlickiego-w-Lodzi-Zastosujmy-brytyjski-przelicznik,3537.html

Mawlichanów K. (2009), *System Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolskie problemy – regionalna pespektywa,* Materiały konferencyjne Rynku Zdrowia, Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie. http://www.rynekzdrowia.pl/Konferencje/zalacznik,1182.html, data pobrania 07.04.2009.

Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ, Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, (2009), *Jednorodne Grupy Pacjentów,* www.amcham.pl/file/pdf/jgp_4_12_2008. pdf?PHPSESSID=fe50289fcbf5b2464aeffff33bff65ee, data pobrania 02.03.2009, s. 4–9.

Michalak J. (2008), *Uniknąć chaosu. Rozmowa z Jackiem Paszkiewiczem.* „Menedżer Zdrowia", tom 1, s. 9–14.

Praktyczny sprawdzian Jednorodnych Grup Pacjentów (2008), „Menedżer Zdrowia", tom 5, s. 42–45.

Radziwiłł K (2007), *Bomba wybuchła* „Menedżer Zdrowia", nr 7, s. 93.

Wojtyniak B., Goryński P., (2008), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Zorzycki M., Ryrel A. (2009), *Jednorodne Grupy Pacjentów- wykorzystanie w systemach świadczeniodawców oraz centralne reguły. Klucze do efektywnego zarządzania szpitalem w 2009 roku: restrukturyzacja, przekształcenia własnościowe, kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i usług medycznych przez płatników prywatnych i publicznych.* Materiały konferencyjne, Warszawa.

Adaptation of the diagnosis related groups system to conditions of polish hospitals

Abstract

This paper describes opinions of polish health caregivers regarding the diagnosis related groups (DRG) system, shows system's faults and benefits. Moreover, we compared finances of services and medical procedures in previous and actual DRG system, and described the results of implementing DRG system in Polish hospitals.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 29–53

Jan Krakowiak[1], SWSPiZ w Łodzi
Agnieszka Kaźmierczak[2], Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Aleksandra Grzelewska[3], Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska[4], SWSPiZw Łodzi
Włodzimierz Stelmach[5], Uniwersytet Medyczny w Łodzi

System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP): historia powstania, główne zasady funkcjonowania na świecie i w Polsce, cele wdrożenia

1. Historia systemu JGP – szczególna rola USA

Szpital definiuje misję jednostki, która przedstawiana jest, jako leczenie chorych o pewnym zakresie dolegliwości, odpowiednim ze względu na specjalność szpitala. Konsekwencją funkcjonowania szpitali, jako instytucji jest wyleczenie z posiadanych dolegliwości pacjentów. W takim przypadku rozliczenie szpitali jedynie z ilości przyjętych pacjentów bądź z liczby osobodni czy hospitalizacji stało się przesadnym uproszczeniem, lekceważąc sens działań podejmowanych za pośrednictwem personelu

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[2] Mgr Agnieszka Kaźmierczak Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

[3] Mgr Aleksandra Grzelewska Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

[4] Dr n med. Joanna Sułkowska, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[5] Dr hab. n. med. Włodzimierz Stelmach Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

medycznego w celu wyleczenia. Nie należy porównywać leczenia pacjenta przyjętego z diagnozą zapalenia płuc a pacjentem z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Każdy z tych przypadków wiąże się z odpowiednią charakterystyką procesu leczniczego, co wywołuje odmienne nakłady na leczenie, a także wysiłek personelu medycznego. Wychodząc z tej hipotezy oraz zakładając, iż optymalnym parametrem określającym pacjenta będzie jego dolegliwość, opracowano zasady tzw. *case-mix* innymi słowy miarę aktywności szpitali na podstawie charakterystyki leczonych przypadków. Prekursorem w dziedzinie *case-mix* został profesor Robert B. Fetter z Yale University. Zdefiniował on 54 Główne Kategorie Diagnostyczne (MDC) oraz 333 docelowe grupy diagnostyczne. System Diagnosis Related Groups (DRG) został skonstruowany na podstawie następujących założeń:

1. Każda grupa posiadała własną charakterystykę oraz znaczenie kliniczne, zaś lekarze stykający się z daną grupą problemów zdrowotnych powinni ją łączyć z pewnym sposobem leczenia oraz dokładną charakterystyką pacjenta w sensie długości pobytu w szpitalu oraz rodzaju zlecanych procedur diagnostycznych, zabiegów itp.
2. Ilość grup musi być „rozsądna", tzn. taka, która będzie możliwa do skontrolowania i przeanalizowania, czyli powinna mieścić się w setkach pozycji.
3. Grupy powinny być użyteczne dla celów alokacji zasobów, zarządzania szpitalem, planowania oraz nadzoru zużycia zasobów.
4. Poszczególne grupy (DRG) muszą być formułowane przy pomocy ogólnodostępnych informacji, które mają związek ze stanem pacjenta lub zastosowanym procesem leczenia, mających miejsce w dokumentacji szpitala.
5. Poszczególne grupy diagnostyczne (DRG) powinny mieścić pacjentów o podobnej "kosztochłonności", w sensie zużycia zasobów szpitala.

Początkowy zbiór grup diagnostycznych był opracowany przy pomocy odpowiednich metod statystycznych. Podczas częstej cyklicznie powtarzanej analizy obfitych zbiorów danych owocowało to zbliżeniem do stanu homogenności medycznej i kosztowej poszczególnych grup leczonych osób. Poddano analizie 1 400 000 przypadków, które zaczerpnięte zostały z tzw. „ostrych szpitali", na przestrzeni 2 kwartału 1979 roku. Dane

uzupełnione zostały dzięki kolejnej analizie 330 000 przypadków pochodzących z 33 szpitali New Jersey. Powstałe wyniki były rozpatrywane pod względem charakterystyki klinicznej oraz znaczenia przez grono specjalistów (por. Kozierkiewicz, s. 2–21). Ostatecznie grupowanie pacjenta do poszczególnych grup diagnostycznych przebiegało w kolejności:

1. W oparciu o rozpoznanie zasadnicze, które stawiane jest na koniec pobytu, wówczas pacjent zostaje przypisany do jednej z 23 Głównych Kategorii Diagnostycznych (MCD).
2. Następuje podział wewnątrz każdej z grup, na pacjentów „niezabiegowych" oraz „zabiegowych".
3. Pacjenci grupowani są później na grupy diagnostyczne o podobnej „kosztochłonności" danej jednostki chorobowej.
4. Poprzez użycie tzw. „modyfikatorów" takich jak wiek pacjenta, płeć, pewne choroby współistniejące, złośliwy przebieg rakotwórczy, wówczas grupy diagnostyczne są dalej dzielone.

W dalszym przebiegu w 1983 roku oznajmiono wersję DRG (24 MDC i 470 DRG). Wersja ta na podstawie ustawy Kongresu Stanów Zjednoczonych zaistniała, jako aktualny sposób prospektywnego systemu opłacania przez Medicare (tzw. PPS tj. Prospecitve Payment System) (por. Kozierkiewicz, s. 2–21; Katrynicz, s. 211–212). Przesłaniem było finansowanie świadczeń medycznych opierając się na tzw. prospektywnej (*prospecitive base*), zatem niezależnie od rzeczywistych kosztów ponoszonych przez jednostki szpitalne. Zaprojektowano tabelę stabilnych cen, na podstawie, której szpital uzyskuje pieniądze za leczenie jakiejkolwiek sprecyzowanej grupy diagnostycznej, będącej następstwem postawionej diagnozy. DRG (Diagnosis Related Groups) definiowane jest, jako „grupa chorobowa wyróżniona ze względu na diagnozę". Gdy szpital poniesie niższe koszty za leczenie pacjenta aniżeli obrana została cena w systemie DRG w odpowiedniej grupie diagnostycznej wówczas jednostka ponosi zysk, a z kolei, gdy koszty przewyższają wycenę, doprowadza to do strat.

System ten jest formą, gdzie cena łączna za całokształt wykonywanych działań medycznych powiązanych z lecznictwem ostrych przypadków (tzw. *package price* tj. cena pakietu), ujmuje przeciętne koszty leczenia. System przedstawia regułę kosztów zarówno za medyczne jak i ekonomiczne postępowanie w leczeniu odpowiednich przypadków.

Celem wdrożenia systemu DRG w Stanach Zjednoczonych było przeciwdziałanie dynamicznemu przyrostowi kosztów szpitalnych, poprzez skupienie się na wątku kontroli kosztów wśród kadry zarządzającej i personelu medycznego oraz wzmocnienie rywalizacji między szpitalami. Rząd utworzył tzw. „sztuczny rynek", gdzie elementarnym narzędziem były ustalone ceny bez względu na zmiany podaży czy popytu.

Szpitale miały wówczas zakaz obciążania dodatkowymi opłatami pacjentów za usługi, a także udzielania im jakichkolwiek rabatów. Po pewnym okresie czasu zaobserwowano i w tym systemie obiekcje i dylematy, powstałe po wdrożeniu systemu. Otóż ustanowienie sztywnych cen okazało się skomplikowanym zadaniem, gdyż były one modyfikowane przy użyciu mechanizmów administracyjnych, nie biorąc pod uwagę równoważenia popytu i podaży. W takim przypadku łatwo dopuścić się błędów. Gdy wyznaczone ceny byłyby za wysokie przyczyniłoby to się do nadprodukcji określonego rodzaju usług, zaś gdy ich poziom byłby zanadto niski doprowadziło by to do zmniejszenia ilości świadczeń. Gdyby ustalono ceny atrakcyjne, które powodowałyby przychód szpitalowi, bądź odzwierciedlały rzeczywiste koszty ponoszone przez szpital, jednostka miałaby impuls do wykonywania leczenia chirurgicznego, nawet w wątpliwych przypadkach. Zwrócono uwagę na liczne przypadki wczesnego wypisywania pacjentów, co doprowadzało do komplikacji, ponownych hospitalizacji nawet zgonów, dodatkowo do obniżenia efektywności terapii.

Zdaniem grona lekarzy specjalistów na początku użytkowania systemu DRG stwierdziło, iż przyczynił się on do znacznego zmniejszenia jakości udzielanych świadczeń. W początkowym okresie systemu DRG świadczeniodawcy zredukowali do minimum realizację świadczeń dla poszczególnych grup diagnostycznych, by móc zwrócić się do dysponenta środków o uregulowanie należności za wykonane świadczenia. Według podejścia ekonomicznego usługi wykonywane ponad wyznaczone minimum mogły przyczynić się do zmniejszenia rentowności bądź pogłębiania straty. Biorąc pod uwagę dalsze badania można było wywnioskować, iż jakość leczenia szpitalnego w systemie DRG nie odniosła znacznych obrażeń. Wpłynęły na to klauzule jakości oraz powstanie systemów zarządzania jakością w szpitalach. Wśród znanych szpitali amerykańskich, które

wykonują liczne zabiegi chirurgiczne, zachowują one odpowiednie standardy jakości przy niskich kosztach jednostkowych leczenia.

W dłuższym okresie istnienia systemu zaobserwowano tendencję do koncentracji wykonywania świadczeń w dobrych i dużych szpitalach, pogrążając zaś szpitale mniejsze, będące na etapie uczenia się oraz opanowywania chirurgicznych procedur. To właśnie w małych jednostkach szpitalnych finansowanie przy niskich relatywnie cenach było niemożliwe, gdyż w kosztach jednostkowych istnieje przeważający udział kosztów stałych. Dodatkowym ich problemem było zagadnienie zapewnienia odpowiedniej jakości. Następującą wątpliwość niosła sama koncepcja systemu DRG, którego ideą jest „stała cena odzwierciedlająca przeciętne koszty leczenia". Patrząc na panującą rzeczywistość nie ma „przeciętnego pacjenta" bądź „przeciętnego przypadku" na rzecz którego oszacowano przeciętne koszty, ustanawiające podstawę ceny świadczeń. Do grupy pacjentów mniej pożądanych należeli w większości ludzie starsi, o niskich dochodach, którzy z reguły są bardziej narażeni na występowanie u nich różnego rodzaju jednostek chorobowych i ich powikłań. Rozpatrywani byli oni według identycznej diagnozy, zaś postępowanie w leczeniu wymaga dodatkowych czynności oraz starań, przebieg leczenia i osiągnięcie stanu stabilności pacjenta odbywa się w dłuższym okresie czasu tym samym doprowadzając do wydłużonego ich pobytu w szpitalu. Objawem tej sytuacji były kolejki, limity przyjęć pacjentów, powstanie bariery w dostępie do świadczeń medycznych wśród pacjentów mniej pożądanych. Zdarzały się także sytuacje przenoszenia tych chorych do dalszych szpitali, szpitali prywatnych będących poza podstawową opieką zdrowotną w USA.

Problemem dla systemu DRG w USA był ciągły, dynamiczny rozwój technologii medycznych (por. Kozierkiewicz , s. 2–21). Patrząc z perspektywy cen, propagowane było korzystanie z technologii bardziej oszczędnych, zaś użytkowanie nowoczesnych technologii, które jest nadal bardzo drogie zostało ograniczone, bez zwracania uwagi na lepszą ich efektywność w leczeniu. Rozwiązaniem tego problemu było wystąpienie do decydentów o modyfikację ceny danej grupy diagnostycznej, gdzie użycie nowoczesnych metod leczenia miałoby odpowiednie zastosowanie. Jednak takie decyzje zmian cen były podejmowane rzadko. Również w systemie amerykańskim zdarzały się błędy w kodowaniu.

Zestawiając powyższe argumenty, możemy wywnioskować, iż system DRG uzyskał po części postawione sobie cele, między innymi został powstrzymany wzrost kosztów opieki zdrowotnej (Sobczak, s. 150–153).

Amerykański system Diagnosis Related Groups oszacował również zwiększenie kosztów opieki pielęgniarskiej. Zawsze stanowiło to dylemat, gdyż koszty owej opieki stanowią trudności do jej oszacowania (por. ICN, s. 20–21). Istnieje narzędzie do ujednolicenia terminologii w pielęgniarstwie, odpowiednik lekarski ICD (Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) jako narzędzie profesjonalnej opieki), również pomocne w raportach finansowych oraz planowaniu opieki. System DRG nie brał pod uwagę promocji zdrowia i profilaktyki, czyli nakładu pracy pielęgniarskiej.

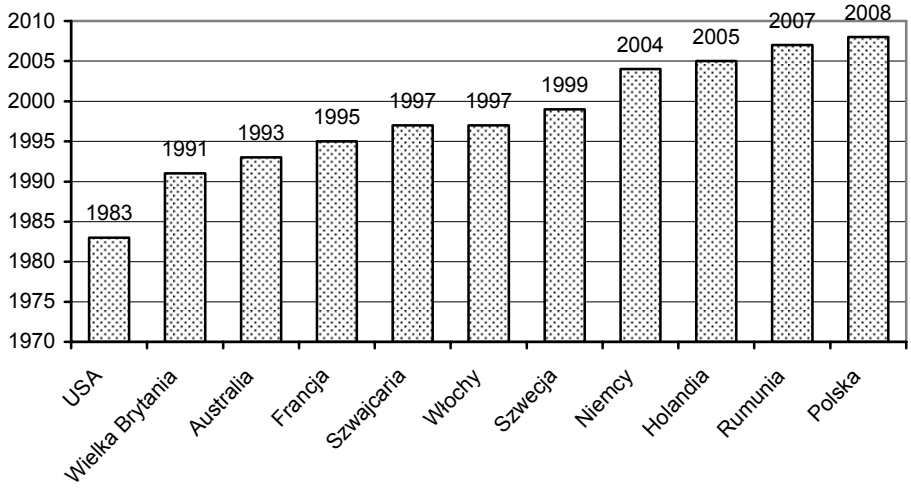
DRG dążył do krótszego pobytu pacjentów w szpitalach, co znajduje swoje odzwierciedlenie w środowiskowej i domowej opiece pielęgniarskiej, której zakresy należy poszerzać i uwzględniać w kosztach. Jest to wada tegoż systemu, gdzie opieka pielęgniarska określana jest jako koszt stały, element "kosztów hotelowych" pobytu w szpitalu. Trudności dotyczą sprecyzowania „kosztów interwencji pielęgniarskich i ich powiązań z wynikami zdrowotnymi pacjentów" (por. ICN, s. 20–21).

2. System JGP w Australii i krajach europejskich

Znaczna większość krajów posługujących się systemem DRG dopasowało szablon amerykański do swoich potrzeb. System bazujący na rozliczaniu szpitali według JGP działa od wielu lat, użytkowany jest m.in. we Włoszech, Wielkiej Brytanii, Rumunii, Szwecji, Holandii, Finlandii, Belgii, Grecji, Norwegii, w Czechach, Austrii, na Węgrzech, Bułgarii. Lata wdrożenia systemu JGP w tych państwach przedstawia rys. 1.

Rodzaj finansowania opieki zdrowotnej jest odmienny w wymienionych krajach, dlatego też wdrożenie narzędzia zupełnie ustandaryzowanego jest niewykonalne (por. Paszkiewicz J., s. 2–46). Artykuł Paszkiewicza (2008, s. 2–46) przedstawia, jakie kody procedur, kody rozpoznań a także system klasyfikacji procedur (PCS) zostały zastosowane w poszczególnych krajach, co ułatwia zrozumienie procesów tworzenia i rozwoju DRG.

Rysunek 1. Lata wdrożenia systemu JGP w poszczególnych krajach



Źródło: opracowanie własne.

Australia

Wiktoria jest jednym z pierwszych stanów Australii, który dokonał inicjacji finansowania w oparciu o tzw. *casemix* w szpitalach publicznych. Stan ten uważany jest w skali kraju, jak i w skali międzynarodowej, za przodujący w rozwoju systemu finansowania opieki szpitalnej opartego na analizie wdrażania świadczeń i procedur medycznych. Nastąpiło to 1 lipca 1993 r., gdy Departament Opieki Społecznej Wiktorii dokonał konieczności redukcji finansów w budżecie. Zastąpienie starego historycznego finansowania na prekursorski tzw. *casemix* pozwoliło placówkom ochrony zdrowia na świadome podejmowanie decyzji mające na celu należyte zagospodarowanie posiadanych środków. Nowe rozwiązanie systemowe dodatnio wpływa obecnie na efektywność leczenia i zapewnia ujawnienie kosztów zespolonych z różnorodnymi procedurami diagnostycznymi oraz leczniczymi. Na skutek ciągłego usprawniania i nadzorowania systemu wykorzystywanego w jednostkach zajmujących się ostrymi zachorowaniami staje się on skuteczny i żywotny, oferując dokładne usługi. Wprowadzono również kolejne modyfikacje używania systemu *casemix* m.in. finansowanie rehabilitacji chorych, szpitali ambula-

toryjnych znajdujących się w sąsiedztwie dużych placówek ochrony zdrowia. Warto zaznaczyć, iż w stanie Wiktoria znajduje się ok. 90 placówek, które zajmują się leczeniem ostrych zachorowań i są one rozliczane w nowym systemie. Według Departamentu Opieki Społecznej, który odpowiada za finansowanie ostrych przypadków leczenia miał on do dyspozycji w roku 1999/2000 ok. 3,5 mld dolarów australijskich, z czego 70% danej kwoty pochłaniał system *casemix* „w opiece nad pacjentami hospitalizowanymi". W zakresie powyższych usług przeprowadzono diagnozę ponad miliona pacjentów. Najistotniejszym celem wdrożenia casemix było udoskonalenie i postęp szpitalnictwa, poprzez zastosowanie zasad finansowania odchodzących od biurokratycznej kontroli, inspirujących do konkurencji nagradzając produktywność i wzrost ilości świadczonych usług z położeniem nacisku na ich jakość. Modyfikacja grup DRG w finansowanie *casemix* realizowana jest w następujący sposób:

1. Gdy pacjent zostaje wypisany ze szpitala wypełnia się dokumentację medyczną, dotyczącą rozpoznania leczonego, zgodnie z klasyfikacją ICD-10. Wówczas dane charakterystyczne dla danego pacjenta są kodowane w systemie DRG.
2. Grupy DRG mają nadaną "wagę", która jest wyznaczona w kierunku teoretycznej wartości równej jeden. Analiz dokonuje się na podstawie przeprowadzanych rocznych planów kosztów, biorąc pod uwagę zużycie zasobów w poszczególnej grupie DRG w stosunku do pozostałych grup.
3. Zagregowana ilość DRG, którą pomnaża się przez wagę każdej DRG, daje liczbę nazywaną ważoną separacją.
4. Grupy DRG są jednorodne pod względem wykorzystania zasobów, system rozpoznaje czas pobytu ponadprzeciętnie długi lub ponadprzeciętnie krótki w odniesieniu do ustalonych parametrów statystycznych. (Zbyt krótki pobyt wiąże się ze zmniejszeniem zapłaty, zaś pobyt dłuższy przekłada się na zwiększenie zapłaty).
5. WIES – pojedynczy wskaźnik – Weighted Inlier Equivalent Separation (Separacja Ekwiwalentów Ważonych Wartości Wewnętrznych), mnożony jest przez cenę, którą ustalana się rocznie dla każdej grupy podobnych szpitali.

System *casemix* i związane z nim finansowanie wydatków ma na celu doprowadzenie do jednorodności cen i poprawy efektywności rozliczeń. Mechanizmy mają za zadanie powiązać wielkość finansowania z wydatkami na leczenie i wpłynąć na poprawę rozliczeń.

Cechą systemu jest zasada pomocniczości, która oznacza, że decyzje o rodzaju usług medycznych świadczonych na rzecz pacjenta następują pomiędzy pacjentem a świadczeniodawcą, co oznacza, iż wybór rodzaju postępowania jest ustalany na najniższym poziomie, a cena wybranej formy postępowania nie wpływa na *casemix*. Zamknięte zakłady opieki zdrowotnej otrzymują limitowany budżet roczny, który rozdzielany jest na fundusze przeznaczane na finansowanie różnych elementów *casemix*. Zarządowi szpitala na początku każdego roku przyznawana jest liczba WIES, którą może dysponować w ciągu roku, i z tego powodu musi opracować odpowiednie plany, które odpowiadają jego możliwościom (np. nie może uwzględnić dodatkowych rezerw finansowych w przypadku przekroczenia budżetu).

Zmienność w poziomie finansowania poszczególnych sieci i szpitali w Australii zależy od:

- planowanych wzrostów,
- historycznych zasobów,
- redukcji związanych z określonymi inicjatywami,
- poziomu dostępnych środków,
- czynników demograficznych,
- czynników socjoekonomicznych populacji.

Kolejną istotną cechą w systemie szpitali publicznych w australijskim Stanie Wiktoria jest dokonywanie wyboru przez pacjenta. Szpitale i sieci szpitali nieustannie walczą o przyznanie wyższych środków finansowych, odwołując się do wielkości występującej populacji. Najlepszym i najbardziej wrażliwym na inne czynniki miernikiem jest ocena, tzn. członkowie określonej populacji muszą uzyskać usługi o równoważnym poziomie i zakresie w porównaniu do oferowanych w innym szpitalach, które znajdują się na porównywalnym obszarze. Dodatkowo można stwierdzić, iż system finansowania *casemix* jest celowo neutralny klinicznie, co oznacza, że cena płacona za każdy przypadek hospitalizacji jest ustalana poprzez uwzględnienie wagi odpowiedniej grupy DRG oraz

jednostkowej ceny WIES. Cecha, którą jest neutralność kliniczna przyczyniła się do klinicznej akceptacji casemix i stała się sprawą podstawowej wagi dla klinicystów.

Jednakże system *casemix* nie w pełni odzwierciedla potrzeby w zakresie dostępności do świadczeń medycznych, pomimo obowiązującej zasady pomocniczości. Sytuację taką powodują:

1. Ograniczenia budżetowe i konieczność stałego zapewnienia usług pomocy doraźnej, które wpływają na planowanie na poziomie szpitali, sieci i całego systemu;
2. Ograniczenia zasobów kapitałowych i zwrotnych, które mają na celu zminimalizowanie ilości powtórzeń wykonywanych świadczeń, przeważnie w stosowaniu nowoczesnych technologii;
3. Specyficzne sygnały cenowe (premie, kary) sprzyjające osiągnięciu pożądanych wyników przyjętego do realizacji planu.

Reasumując, można stwierdzić iż system *casemix* nie jest samodzielną polityką zdrowotną, lecz systemem, odnoszącym się do funkcjonujących cen, zapewniającym stałość cen za wykonane usługi w podobnych szpitalach. Bardzo ważna w systemie jest techniczna efektywność kosztowa, co przyczyniło się do przekształcenia systemu szpitalnego w stanie Wiktoria z najmniej efektywnego do najbardziej efektywnego w całej Australii. Dodatkowo system *casemix* wpływa na fakt, iż finansowanie opieki zdrowotnej i zarządzanie szpitalami jest mało skomplikowane. Kompleksowość koncepcji spowodowała, iż sam wskaźnik stosuje się do kreowania polityki zdrowotnej oraz stanowi miernik efektów pracy szpitala. Kilkunastoletnie funkcjonowanie systemu *casemix* w stanie Wiktoria spowodowało stałą poprawę polityki finansowania opieki szpitalnej i pozaszpitalnej, a także wpłynęło na funkcjonowanie programów opieki zdrowotnej oraz poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia (Chris, s. 2968–2970).

Francja

W latach 80. XX wieku Minister Spraw Socjalnych wdrożył we Francji system DRG, który funkcjonował już w Stanach Zjednoczonych. Wszelkie działania skupione były na tworzeniu baz danych – Zbioru wypisów standaryzowanych (*Resume de Sortie Standardise – RSS*). Projekt został wprowadzony pod nazwą „program medykalizacji systemu informacji"

(Le *Programme de Medicalisation des Systemes d'Information – PMSI*) (por. Bryła, s. 170–174). System został wprowadzony z myślą wydobywania z dokumentacji medycznej informacji, które mogą zostać wykorzystane dla kadry zarządzającej szpitalem i dla lekarzy. PMSI pozwala na wyodrębnienie grup chorych, którzy cechują się takim samym zużyciem zasobów medycznych. System klasyfikacyjny *Groupes Homogenes de Malades (GHM)* we Francji zaczął funkcjonować w październiku 1985 r., zaś dopiero na mocy aktu prawnego wykonawczego nastąpiła popularyzacja w lipcu 1989 r. Akt ten rozporządzał zastosowanie PMSI przy wypisie wszystkich pacjentów ze szpitala biorąc pod uwagę również ambulatorium i oddziały noworodkowe. Aby wdrożyć efektywnie taki system rozliczania szpitali sprecyzowano misję i funkcję personelu medycznego, w szczególności lekarzy, dostosowując do wykonywanych przez nich obowiązków, które dotyczą zarówno gromadzenia jak i przetwarzania danych medycznych. W ciągu kilku lat podjęto kolejne etapy wprowadzenia narzędzia finansowania świadczeń, czyli systemu PMSI. W 1992 roku dokonano jednych z pierwszych testów systemu na przykładzie prywatnych szpitali, zaś dwa lata później w Montpellier na terenie Languedoc-Roussillon miały miejsce próby z symulacją wykorzystania klasyfikacji i szacowaniem budżetu używając PMSI. W roku 1995 nastąpiła popularyzacja procesu gromadzenia danych w szpitalach publicznych na terenie całego kraju a także ukazała się pierwsza publikacja dotycząca siatki wskaźników kosztów zgodnie z GHM. Przekazano również szpitalom oprogramowania zezwalające na wykluczenie danych osobowych spośród danych medycznych oraz grupowanie danych pacjentów i dalsze przekazywanie ich do centrów rozliczeniowych. Administracja publiczna uzyskała oprogramowanie pozwalające na analizowanie danych ze szpitali a także zajmowała się kalkulacją budżetów szpitalnych. Kolejne dwa lata poświecone były przeprowadzanym korektom budżetów szpitali na podstawie danych z PMSI oraz poszerzeniem wykorzystania systemu w klinikach prywatnych. Plan strategiczny CNAMTS (2001 rok) zakładał wyrównanie kosztów poniesionych przez poszczególne szpitale wydatkowane na leczenie pacjentów. System PMSI umożliwił ocenę kosztów świadczeń medycznych w szpitalach, gdzie dostrzeżono odmienność wytworzenia punktów ISA. Nadzorowanie produktywności szpitali oraz dostosowywanie kolejnych budżetów opierających się na

wynikach nieustannego monitorowania miało doprowadzić do zwiększenia efektywności szpitali, głównie sektora publicznego.

System PMSI jest złożony z zestawu narzędzi oraz procesów, których zamierzeniem jest oszacowanie produktywności placówek medycznych. Zasadniczy element tego systemu stanowi klasyfikator pacjentów – GHM, który jest odpowiednikiem DRG. W roku 2002 w systemie sklasyfikowano 510 grup diagnostycznych „szpitalnych" i 85 „ambulatoryjnych". Grupy GHM cechują się jednorodnością biorąc pod uwagę wymiar kosztowy jak i kliniczny. Grupy tworzone są według dokładnych kryteriów klinicznych, bazujących na rozpoznaniu zasadniczej choroby i wykonanej głównej procedurze podczas pobytu pacjenta w szpitalu. Poprzez wymiar kosztowy rozumiemy leczenie pacjentów (w poszczególnych grupach), które niesie za sobą zawsze konkretne zużycie zasobów takich jak: czas pobytu w szpitalu, leki, praca personelu itd. Podstawą przypisania pacjenta do odpowiedniej grupy GHM jest zbiór danych cechujący leczenie pacjenta. Zestawy te we Francji nazwano Resume d'Unite Medicale (RUM). Za przekazanie danych odpowiedzialny jest prowadzący lekarz, który wypełnia stosowny formularz przy sporządzaniu dokumentacji medycznej. Formularz następująco trafia do oddziału Department d'Information Medicare (DIM). Na skutek grupowania, czyli działania na elektronicznej bazie danych wytworzył się Resumes de Sortie Standardises (RSS), który modyfikuje zapisy RUM w indywidualny zestaw, jednocześnie urozmaicając go o dwa elementy:

- Categorie Majeure de Diagnostic (CMD) – nazwa i kod grupy rozpoznań, nadawane na podstawie Klasyfikacji ICD-10.
- Groups Homogenes de Malades (GHM) – finalny efekt grupowania.

Przypisanie pacjenta do danej grupy diagnostycznej GHM następuje według następujących czynności:

1. Przyporządkowanie choroby zasadniczej do pacjenta odbywa się po zakończeniu przez niego pobytu w szpitalu. Wprowadza się go następnie do elektronicznego rekordu pacjenta.
2. W przypadku, gdy leczenie odbyło się przy użyciu inwazyjnych metod diagnostycznych bądź terapeutycznych kod zostaje wprowadzony w oparciu o klasyfikację procedur.

3. Wprowadzenie dodatkowych parametrów takich jak: płeć, wiek, waga urodzeniowa (u noworodków), rozpoznania współistniejące ma znaczenie przy ostatecznym grupowaniu GHM.

Pacjent może być przyporządkowany tylko do jednej z grup podczas pobytu w szpitalu. System wrażliwy jest na częste przyjęcia tego samego pacjenta. Gdy wykonywane były rzadkie a zarazem nietypowe przypadki klasyfikuje się pacjenta do tzw. grupy koszy. U pacjenta, u którego wystąpiły równocześnie dwie bądź więcej chorób, kodowana jest ta, która pochłaniała więcej nakładów oraz wysiłku ze strony personelu medycznego. Należało jednak uwzględnić choroby współistniejące, które mają odzwierciedlenie w modyfikacji grupowania choroby zasadniczej. Klasyfikacja następuje poprzez korzystanie z przystosowanego oprogramowania, wykorzystując algorytm utworzony przez francuskie Ministerstwo Zdrowia, który ogłoszony został narodowym standardem klasyfikowania pacjentów. We wspólnej bazie zbierane są corocznie dane z poszczególnych szpitali w celu dokonania analizy i wyliczenia średnich. Baza danych kosztowych, która również tworzona jest corocznie stanowi podstawę do modyfikowania ilości punktów – Indice Synthtique d'activite (ISA) przypisanych do poszczególnych grup diagnostycznych. Suma budżetów wszystkich szpitali podzielona przez sumę punktów wygenerowanych przez te szpitale w danym okresie rozliczeniowym daje wartość kosztów wytworzenia punktu ISA. Punkty ISA przydzielane do grup GHM są ważne przez cały rok na obszarze całego kraju. Wartość punktu ISA w danym regionie jest liczona w następujący sposób (za poprzedni rok):

Wartość ISA w regionie = Suma wydatków na szpitalnictwo w regionie w danym roku/suma „wytworzonych" przez szpitale punktów ISA.

Według rankingu sporządzonego przez Światową Organizację Zdrowia w 2000 roku francuski system ochrony zdrowia osiągnął najwyższą ocenę pod względem trzech kryteriów:

1. Zaspokojenie potrzeb społeczeństwa.
2. Sprawiedliwość obciążeń finansowych.
3. Stan zdrowia populacji.

System francuski w pewnym okresie czasu stał się obiektem zainteresowania ze względu na wyróżniające go cechy. Jest to różnorodność pod względem ubezpieczeń dodatkowych oraz kas chorych a także współist-

nienie potężnego sektora prywatnego w ambulatoryjnej jak i szpitalnej opiece zdrowotnej. Potęgą systemu jest swoboda dokonywanych wyborów. Warto zwrócić uwagę, iż system francuski należy do jednych z najdroższych systemów w Europie. Wybór modelu bardziej liberalnego nadal jest pozytywnie oceniany. Model ten łączy w interesujący sposób różnorodność z jednolitością, czego niestety nadal brakuje w polskim systemie. (por. Bryła, s. 170–174; Kozierkiewicz, s. 25–36).

Szwajcaria

System zdrowotny w Szwajcarii jest systemem państwowo-prywatnym, opartym na modelu Bismarckim. Państwo pełni wyłącznie funkcję asekuranta, zaś sprawy zarządzania systemem i ustaleń kosztów usług medycznych przekazane są niezależnym instytucjom. Kraj podzielony jest na kantony, co przyczyniło się do zdecentralizowania zarządzania systemem zdrowotnym. Na podstawie art. 39 ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym z 1 stycznia 1996 r. kantony organizują i dostarczają zapotrzebowanie na usługi medyczne wobec swojego obszaru, w wyniku, czego każdy rządzi się odrębnymi prawami. Ponadto na obywateli została narzucona powinność posiadania podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego biorąc pod uwagę gwarantowaną listę usług medycznych (Ustawa federalna o Medicare – LAMal, dla mniej zamożnych mieszkańców określa dofinansowanie od państwa). Z powodu odmiennych ustaleń, co do podstawowej opieki medycznej oraz jej standardu, który w poszczególnych kantonach miał być niezmienny, doskonałym rozwiązaniem stało się sprecyzowanie i zniwelowanie usług medycznych, czyli zastosowanie Jednorodnych Grup Pacjentów. Rozważania na temat wprowadzenia JGP w Szwajcarii rozpoczęto już w drugiej dekadzie lat 80-tych, lecz wraz z nowym rozporządzeniem o ubezpieczeniu zdrowotnym LAMal w 1997 roku zaczęto wdrażać ten system w placówkach medycznych poszczególnych kantonów.

Na przełomie lat 1997–2001 opracowano wersję szwajcarską JGP, która oparta była na doświadczeniach poświęconych wycenie świadczeń zdrowotnych w tym medycznych procedur. Na zastosowanie systemu JGP w dużej mierze wpłynęła ustawa LAMal, narzucająca obowiązek stosowania dokładnych statystyk w szpitalach, biorąc pod uwagę aspekt ekonomiczny jak i medyczny, czyli: ilość i rodzaj danych przypadków

klinicznych, czas i liczbę zajętych łóżek, ilość zrealizowanych świadczeń (zabiegów, operacji, badań diagnostycznych i laboratoryjnych), czas ich wykonania, informacje o przyjęciu oraz o wypisie każdego pacjenta ze szpitala. Dzięki temu szpitale posiadają informacje dotyczące ponoszonych kosztów swojej działalności. W roku 1999 stwierdzono, iż zaledwie 62% szpitali realizuje statystyki medyczne, natomiast 95% statystyki ekonomiczno-administracyjne. Skutkiem takich niskich wyników były sprzeciwy pracowników szpitali dotyczące kodyfikacji medycznej w całym kraju. Ta metoda przyczyniła się do rozwoju dalszej idei systemu w zarządzaniu szpitalem przez odpowiedzialne ośrodki a także wdrożenie klasyfikacji pacjentów bazującej na diagnozie medycznej, czyli określenie zasadniczej choroby. Głównym celem wdrożenia tego systemu w Szwajcarii stała się standaryzacja produktów oraz usług medycznych, które mają odzwierciedlać adekwatne zużycie zasobów finansowych, personalnych (lekarze, pielęgniarki, personel medyczny), materiałowych (opatrunki, leki, sprzęt jednokrotnego użytku typu igły, strzykawki, żywność) oraz rzeczowych (sprzęt medyczny). System szwajcarski cechuje jednorodny charakter i odzwierciedla złożoność schorzeń pacjenta w przeciwieństwie do rozliczania za osobodzień (por. w Macuda, s. 271–277).

Niemcy

System DRG, który od kilku lat funkcjonuje w Niemczech, nazwany został największą reformą strukturalną od 30 lat (por. Wieczorkowska, s. 48–52). Samorządowe organy opieki zdrowotnej takie jak: Naczelne Związki Kas Chorych, Niemieckie Stowarzyszenie Szpitali oraz Stowarzyszenie Prywatnych Ubezpieczycieli zostały zobligowane do wytypowania jednego z działających na świecie systemów DRG i na jego podstawie stworzenia niemieckiego systemu DRG. Podjęto decyzję wyboru australijskiego systemu, zwanego *Australian Refined Diagnosis Related Groups* (AR-DRG), czyli Australijskie Udoskonalone Jednorodne Grupy Pacjentów. Niemiecki system oznaczony został, jako G-DRG, a jego prawne podstawy wprowadzenia nastąpiły w 2000 roku w ramach tzw. GKV – Gesundheitsreform 2000. Niemcy wprowadzali kilka lat system rozliczeń z płatnikami do swojego kraju, aby nie doprowadzić do negatywnych efektów a także wpłynąć na poprawę efektywności przeznaczania na leczenie szpitalne odpowiednich funduszy. Wprowadzili ure-

gulowania prawne, które dotyczyły jakości wykonywanych usług. W maju 2001 roku Instytut Systemu Rozliczania Świadczeń Szpitalnych (Institut fur das Entgeltsystem im Krankenhaus-InEK), zajął się sprawami wprowadzenia i rozwojem nowego systemu. Od 1 stycznia 2003 r. szpitale niemieckie dobrowolnie mogły rozliczać się z płatnikiem w ramach G-DRG, pod warunkiem rozliczenia w wyznaczonym czasie, a także zakończenia negocjacji planu finansowego. Obowiązkowe wprowadzenie G-DRG nastąpiło 1 stycznia 2004 r., zaś znaczna część szpitali zaczęła się rozliczać dopiero w trakcie roku 2005. Zasady klasyfikowania przypadków do jednorodnej grupy pacjentów są takie same jak w innym krajach, w których obowiązuje ten system. Są to:

- rozpoznania główne, przeprowadzone procedury (np. zabiegowe – operacje i kosztowne badania diagnostyczne),
- liczba godzin sztucznego oddychania z wykorzystaniem respiratora,
- choroby współistniejące oraz komplikacje, które mają wpływ na przebieg leczenia,
- wiek, płeć, masa ciała urodzeniowa oraz masa ciała przy przyjęciu noworodków i niemowląt.

Aby przyporządkować pacjenta do danej grupy DRG wymogiem jest kodowanie rozpoznania głównego a także rozpoznań dodatkowych, które są znaczące w przebiegu leczenia, jako kod ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) a także wykonanie niezbędnych procedur (świadczeń) jako kod OPS-Code (der Operationen und Prozedurenschlussel). Jest to niemiecka modyfikacja Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych. Algorytm wyznaczania DRG jest ujawniony i udostępniony w charakterze specjalnego oprogramowania komputerowego zwanego gruperem, który jest certyfikowany przez Instytut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus).

Zwróćmy uwagę na cele wprowadzenia systemu DRG w Niemczech. Kluczowym celem wdrożenia systemu DRG stała się poprawa efektywności działania szpitali, która wyznacza następujące cele cząstkowe:

- wyrównanie kosztów poszczególnych świadczeń;
- za wykonane świadczenia do szpitala powinny wpłynąć należne pieniądze;

- należność za wykonane świadczenia powinna doprowadzać do zwiększania konkurencyjności między placówkami;
- redukcja przyczyn wydłużania czasu pobytu pacjenta w szpitalu;
- przystosowanie bazy szpitalnej do faktycznych potrzeb populacji znajdującej się na danym terenie;
- eliminacja nadprodukcji wykonywanych świadczeń medycznych;
- ograniczenie pożądanego podniesienia kosztów w opiece stacjonarnej.

System G-DRG ma wpłynąć na zwiększenie transparentności, porównywalności świadczeń, a także na podwyższenie jakości świadczonych usług oraz promowanie konkurencji. Do skutków wdrożenia systemu G-DRG w Niemczech, a także wprowadzenia w tym okresie czasu prywatyzacji należą:

1. Zredukowanie liczby pacjentów leczonych w placówkach szpitalnych.
2. Redukcja ilości łóżek szpitalnych.
3. Tzw. krwawe wypisy.
4. Ograniczenie wzrostu kosztów usług.
5. Poprawa jakości usług.

Ad. 1. Zredukowanie liczby pacjentów leczonych w placówkach. Pod koniec ubiegłego tysiąclecia nieoczekiwanie zwiększała się liczba chorych, która przyjmowana była na oddziały szpitalne. Jednak po wprowadzeniu DRG można zaobserwować zahamowanie trendu liczby hospitalizacji (od 2003 roku). W innych krajach, gdzie wprowadzono DRG skutek był odwrotny. Okazało się, że nie system DRG spowodował zmniejszenie liczby hospitalizacji, przyczyną tego zjawiska było poszerzenie katalogu operacji ambulatoryjnych. Pacjenci, którzy nie wymagali leczenia szpitalnego byli kierowani do leczenia ambulatoryjnego. Wówczas szpitale wzbogaciły ofertę ambulatoryjnych świadczeń, dopatrując się uzyskania przewagi konkurencyjnej nad pozostałymi placówkami. W krajach, gdzie panuje system DRG możemy zaobserwować *tzw. efekt drzwi obrotowych*, w którym pacjenci są, co prawda leczeni krócej, jednakże są kilkakrotnie hospitalizowani. Niemieckie Ministerstwo Zdrowia w 2004 roku opublikowało przepisy zapobiegające takim praktykom. Według danych statystycznych już w 2006 roku, a w szczególności w 2007 roku odnotowano wzrost liczby świadczeń.

Ad. 2. Redukcja liczby łóżek szpitalnych Od połowy lat 90. wzrastał odsetek wykorzystania łóżek i utrzymywał się on także po wdrożeniu systemu DRG. Zauważalny był nieznaczny spadek liczby łóżek na 1 tys. mieszkańców, lecz i tak jest on wysoki w skali międzynarodowej. Według danych OECD Health Data 2006, na 1 tys. Niemców w 2004 r. przypadało 6,4 łóżka, gdy we Francji i Szwajcarii 3,8; w Szwecji zaledwie 2,2; w Wielkiej Brytanii 3,6. W Niemczech można zaobserwować istnienie zjawiska zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych poprzez skrócenie pobytu pacjentów oraz dzięki większym możliwościom leczenia ambulatoryjnego (por. Wieczorkowska, s. 48–52).

Ad. 3. Tzw. krwawe wypisy. Porównując sytuację niemiecką z sytuacją w innych krajach europejskich, pacjenci niemieccy leczeni są dosyć długo. W 1995 roku za istotny cel uznano zredukowanie czasu hospitalizacji. Rozliczenie nastawione na czas pobytu z punktu widzenia ekonomicznego wywoływało nieuzasadnione przedłużanie leczenia, zaś rozliczanie w systemie DRG przyczyniło się do przedwczesnych wypisów pacjentów (tzw. krwawych wypisów).

Ad. 5 i 6. Ograniczenie wzrostu kosztów usług i poprawa ich jakości. W Niemczech wprowadzono pewne mechanizmy w celu uzyskania właściwej jakości świadczeń szpitalnych, w szczególności Minimalny Katalog Planowych Świadczeń. Dodatkowo niemiecki system posiada pewne zabezpieczenia, aby szpitale nie przeprowadzały tylko wystandaryzowanych, najprostszych świadczeń, a te bardziej skomplikowane trafiały do innych placówek. Obowiązkiem niemieckich świadczeniodawców jest sporządzanie standaryzowanych raportów o jakości. Prace adaptacyjne, które wprowadzały zmiany w systemie DRG przeprowadzane były w rocznych odstępach (por. Wieczorkowska, s. 48-52).

Rozwój systemu JGP w Polsce

Pierwsze podejście wprowadzenia w Polsce systemu Jednorodnych Grup Pacjentów do rozliczeń z świadczeniodawcami miało miejsce pod koniec lat 90. w Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych. Już w 1999 roku opracowane zostały grupy JGP w położnictwie oraz ginekologii opierając się na danych o kosztach leczenia pacjentów spośród 10 szpitali z województwa warmińsko-mazurskiego. Eksperci z Dolnego Śląska sprawowali pieczę w pracach dotyczących nowego systemu (por. Paszkiewicz,

s. 2–46; Mawlichanów). „Opracowanie polskiego modelu jednorodnych grup pacjentów" zostało sfinansowane z pożyczki Banku Światowego. Postanowieniem raportu sporządzonego przez Cyber World Informatik GesmbH było sporządzenie zbioru Jednorodnych Grup Pacjentów w zamierzeniu prawdopodobnego dalszego wykorzystania w aspekcie finansowania placówek medycznych w Polsce. Przedsięwzięcie formalnie podjęto 14 grudnia 2000 roku w Warszawie, gdzie zaprezentowano zamierzony program projektu, natomiast dr Jacek Grabowski został oficjalnie powołany na naczelnika owego projektu za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia. Szczegółowe misje projektu dotyczyły:

1. Selekcji obszarów do wykonania badań. Do realizacji projektu wyłoniono dwa województwa dolnośląskie i podkarpackie, które zaproponowały swoją pomoc oraz intensywnie udzielały się w doborze szpitali mających uczestniczyć w programie. Przedstawione zostały wyznaczniki selekcji szpitali, koncentrujących się na prawdopodobnej dyspozycji podporządkowywania się do kodeksu rozliczania wydatków ustalonych w Rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r., w kwestii reguł księgowania wydatków w zakładach publicznej opieki zdrowotnej. W dalszym procesie wyselekcjonowano 7 szpitali z województwa podkarpackiego i 15 szpitali na obszarze Dolnego Śląska.
2. Scharakteryzowanie sposobu klasyfikacji podziału algorytmów. W toku rozmów zatwierdzono wspólnie postanowienie o zastosowaniu austriackiego modelu algorytmu grupowania w okresie projektu.
3. Nauczanie i przygotowanie pracowników szpitali, które odbywało się w postaci warsztatów. Korzystano z pokazów multimedialnych, w których uczestnicy kierowali pytania i wyrażali własne opinie do przedstawianego tematu *„narzędzia finansowania szpitali z użyciem austriackiego modelu LKF"*. W dalszym stadium skupiono się głównie na szpitalach, szkolenia dotyczyły gromadzenia danych dotyczących nakładów pieniężnych na leczenie. Kolejną poruszaną sprawą było *„finansowanie oddziałów intensywnej terapii"*, gdzie uczestnicy zapoznawali się z systemem grupowania oddziałów intensywnej terapii na podstawie międzynarodowego grupowania tj. SAPS oraz TISS.

4. Recenzja i analiza algorytmów. Wdrożono austriacki model tzw. grupera LKF.
5. Zebranie informacji klinicznych i nakładów pieniężnych oraz ich odpowiednia analiza. Najtrudniejszym elementem okazało się gromadzenie danych. Ekipa ekspertów ze sfery finansowej i medycznej nauczała przedstawicieli systemu ochrony zdrowia oraz prowadziła zebrania, które wspierały szpitale. W okresie roku 2000 i początkowego kwartału 2001 roku pozyskano z regionalnej kasy chorych mieszczącej się we Wrocławiu, tzw. Minimalny Zestaw Danych Klinicznych. Poszczególne informacje o kosztach były gromadzone w bazie danych i zostały dostarczone do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Jeden szpital z Podkarpacia i dziewięć z Dolnego Śląska sfinalizowały zbieranie danych, które przekazano do analizy. Aby wykorzystać dane dotyczące procedur medycznych w szpitalach polskich należało przenieść kody procedur z polskiego wydania klasyfikacji ICD-9-CM do katalogu procedur MEL, który jest stosowany do klasyfikacji w systemie austriackim. Analiza wiązała się z kilkoma etapami postępowania. Nagromadzone informacje zostały sporządzone przy zastosowaniu tabeli grupowania ICD-9-CM MEL, aby przypisać wyniki pacjenta z wykorzystaniem procedur przeprowadzanych na rzecz chorego. Następnym etapem była realizacja badań prawdopodobieństwa danych. Tworzą one najważniejszy element oprogramowania wypracowanego dla projektu. Po weryfikacji danych, które nie przeszły tych badań, informacje chorego były pogrupowane adekwatnie z diagnozą przy użyciu aplikacji grupowania. Dalszą fazę stanowiło dostosowanie długości pobytu dla każdej grupy, wyznaczonego poprzez dane źródłowe. Zbiór danych wykorzystanych do dopasowania rozciągłości hospitalizacji nastąpił po objęciu całości zapisów o chorych w czasie objętym raportem. Na terenie Dolnego Śląska wykorzystano ponad 1 mln zestawów danych spośród 102 szpitali, aby osiągnąć odpowiednie dane pobytu, oszacowane na podstawie metody bazującej na średniej windsorowskiej. Dane o wydatkach były zespolone wspólnie z danymi klinicznymi. Do sporządzenia polskiego projektu wykorzystano ok. 170 tys. danych o pacjentach, spośród tych dziewięciu szpitali. Dzięki temu można było określić przybliżone koszty dla indywidu-

alnych grup. Kalkulacja dobowego komponentu danego oddziału nie była wykonalna w tej fazie, gdyż jakość informacji o kosztach była homogeniczna. W następstwie tego postanowiono, aby określić jednodniowy przelicznik dla wszystkich oddziałów szpitalnych, na podstawie udostępnionych danych. Rozstrzygnięciem było stworzenie tabeli grup wraz z długością hospitalizacji i przybliżonymi kosztami.

6. Organizowanie szkoleń. Grupa Robocza Ministerstwa Zdrowia wyłoniła zespół, który przeszedł wielorakie szkolenia. Przedstawiciele Centrum i regionalnych kas chorych przebyli wizytacje na Uniwersytecie w Innsbrucku, gdzie rozpatrywano zagadnienia metodologiczne, a członkowie mieli okazję odwiedzić regionalną administrację finansowania szpitali. Dla kadry Centrum wraz z przedstawicielami regionalnych kas chorych były prowadzone dwa warsztaty, w których zaprezentowano nowy polski model oraz cykl przetwarzania danych, opracowanie końcowej dokumentacji i zaprezentowanie wyników. Kluczowym zaleceniem było, aby grupa techniczna stała na czele pracy nad danym modelem i wyznaczenie grupy fachowców dla utrzymania wdrożonego sytemu (por. Opracowanie Systemu Jednorodnych Grup Pacjentów, s. 1–17).

Kierunkiem globalnym w zakresie finansowania szpitali ze środków publicznych stało się zastosowanie Diagnosis Related Groups. W Polsce w latach osiemdziesiątych pierwotnie termin ten określano, jako system grup pacjentów jednorodnych diagnostycznie bądź grup diagnostycznych. Na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku system ten został wdrożony w Stanach Zjednoczonych, gdzie została zainicjowana jego koncepcja teoretyczna. Po pewnym czasie mechanizm stał się obiektem zainteresowania pozostałych państw członkowskich Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju takich jak: Francji, Austrii, Belgii, Australii, Hiszpanii, Norwegii, Irlandii, Francji, Wielkiej Brytanii, Szwecji oraz Portugalii. Zaczęto zdawać sobie sprawę, iż dostosowanie tego mechanizmu pozwoli na podniesienie produktywności usługowej szpitali i zahamuje wzrastające koszty opieki szpitalnej, które są konsekwencją użytkowania wysoce kapitałochłonnych technologii leczenia szpitalnego.

Należało wziąć pod uwagę limitowaną ilość procedur medycznych, położyć nacisk na istotny problem ekonomiczny, jakim jest rozsądne wykorzystanie zasobów w szpitalnictwie i zmierzać do osiągnięcia mak-

symalnych efektów funkcjonowania szpitali, w następstwie tego do podwyższania ich efektywności usługowej. Polska w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku przedsięwzięła pierwsze kroki mające na uwadze wprowadzenie systemu finansowania szpitali opieranego na systemie grup pacjentów podobnie diagnostycznie, zwany później mechanizmem Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) (por. Rój, s. 43–49).

Brytyjski system Health Resources Groups (HRG) stał się podstawą opracowania polskiego systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP). Jego wprowadzenie miało na celu zmniejszenie i zoptymalizowanie usług szpitalnych, a system powinien stanowić narzędzie poprawiające produktywność szpitali. Narodowy Fundusz Zdrowia opłacał wyniki leczenia, a nie za świadczenia z katalogu szpitalnego. Redefinicji uległ produkt, który finansował płatnik (por. Lisik). System JGP zalecany jest przez Komisję Europejską na terenie Unii Europejskiej. Rozpoczęto prace nad projektem Euro-DRG 7, który docelowo będzie stanowił jednolity system JGP dla krajów Unii Europejskiej (por. Jednorodne Grupy Pacjentów – Euro DRG, informacja o programie). W nowym systemie Jednorodnych Grup Pacjentów istotne jest określenie produktu szpitala i sprecyzowanie co płatnik będzie w szpitalu kupował. We wcześniejszym systemie były to pozycje katalogowe bezpośrednio przypisywane do pacjenta, jednak nie zawsze miały one odzwierciedlenie w rozpoznaniu. Źródłem kosztów była procedura, zatem dawny system nie brał pod uwagę indywidualnych aspektów leczenia i towarzyszących mu nakładów pieniężnych. Aby placówka ochrony zdrowia uzyskała od płatnika środki pieniężne powiązane z rzeczywistymi kosztami wytworzenia świadczenia należy zastosować odpowiedni system rozliczeniowy (JGP). Przyporządkowuje on różnych pacjentów z różnymi dolegliwościami do grup o podobnym podejściu diagnostycznym i leczniczym, a także podobnej charakterystyce kosztowej (por. Kozierkiewicz, s. 708–710).

3. Podstawowe cele wdrożenia systemu JGP w Polsce

Założenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów dostrzegane są już w opracowaniu polskiego modelu jednorodnych grup pacjentów z 2000 roku. Zastosowanie nowego systemu JGP zakłada, iż realne jest opisanie

oraz zarejestrowanie procesu leczniczego w aspekcie klinicznym jak i kosztowym. Ekwiwalentne traktowanie tych dwóch obszarów (klinicznego i kosztowego) przyczynia się do rzetelnego wyznaczania kosztów leczenia oraz wyceny grup pacjentów poprzez uśrednione koszty. Uśrednianie kosztów w indywidualnych grupach jest zasadne statystycznie oraz poprawne metodologicznie, jeśli obserwacja dokonana była na dużej grupie, która została poddana badaniu. Taka metoda finansowania placówek medycznych ma na celu motywować szpitale do wydajnej i efektywnej pracy, a jednocześnie powinna być bezpieczna dla płatnika. System JGP powinien przyczynić się do odpowiedniej alokacji środków finansowych w panującym systemie ochrony zdrowia, która dokonywana jest w różnorodny sposób. Jeżeli świadczeniodawcy zabiegają o określoną pulę punktów, odbywa się to na zasadach rynkowych. Posługując się zgromadzonymi danymi przy użyciu JGP można dokonać tego w sposób administracyjny, jako jeden z parametrów, obok oceny satysfakcji pacjentów, wskaźników jakości oraz dostępności. Po wprowadzeniu systemu JGP w Polsce należy oczekiwać uzyskania większej przewidywalności oraz stabilności sytemu. Wymienione wyżej cele doprowadzają do wykreowania zasady efektywnego oraz celowego nadzorowania świadczeniodawców przez Narodowy Fundusz Zdrowia, gdyż bez ciągłego monitorowania oraz kontroli nie jest możliwe stopniowe ulepszanie systemu. System Jednorodnych Grup Pacjentów powinien stać się instrumentem opierającym się na ciągłej i zewnętrznej kontroli zdarzeń oraz informacji dotyczących kosztów w polskich szpitalach (por. Grabowski i wsp., s. 3075–3076). Kolejnym istotnym celem wprowadzenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów jest sprawowanie kontroli nad wydatkami szpitalnymi a także ulepszenie metody zarządzania placówką szpitalną (por. Bryła, s. 170–174). Narodowy Fundusz Zdrowia dąży do stworzenia systemu finansowania świadczeń medycznych, który będzie prosty, zrozumiały a zarazem sprawiedliwy, transparentny oraz jednoznaczny opierający się o zweryfikowane dane o kosztach świadczeń. System również ma wspierać działania efektywne, czyli finansować nie czynności, a rezultaty działań. Powinien także motywować świadczeniodawców do sprawowania kontroli wzrostów kosztów. System Jednorodnych Grup Pacjentów, wprowadzony w Polsce, jest systemem umożliwiającym jego doskonalenie oraz dalszy rozwój (por. Jednorodne Grupy Pacjentów, s. 4–9).

Bibliografia

Bryła M. (1993), *Niektóre zagadnienia szpitali we Francji*, „Zdrowie Publiczne", vol. 3, nr 104, s. 170–174.

Chris B. (2000): *Casemix w australijskich szpitalach*, „Służba Zdrowia", nr 75–77, s. 2968–2970.

Grabowski J., Kozierkiewicz A., Gajek F (2001), *Polski system jednorodnych grup Pacjentów,* „Służba Zdrowia", tom 80-81, s. 3075–3076.

ICN (2005), *Arkusz danych pielęgniarskich: Grupy oparte o diagnozy*, „Pielęgniarka i Położna", nr 9, s. 20–21.

(2009), *Jednorodne Grupy Pacjentów – Euro DRG, informacja o programie* http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=7&dzialnr=5&artnr=3697, data pobrania 07.06.2009.

(2009), *Jednorodne Grupy Pacjentów*, Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ, Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, s. 4–9, www.amcham.pl/file/pdf/jgp_4_12_2008.pdf?PHPSESSID=fe50289fcbf5b2464aeffff33bff65ee, data pobrania 02.03.2009.

Katrynicz A. (2008), *Zyskowne Grupy*, „Gazeta Lekarska", nr 7–8, s. 211–212.

Kozierkiewicz A. (2003), *Godzenie jednolitości z różnorodnością – francuski system finansowania świadczeń zdrowotnych*, „Zdrowie i Zarządzanie", tom 5, nr 3–4, s. 25–36.

Kozierkiewicz A. (2008), *Jednorodne Grupy Pacjentów*, „Kardiologia Polska", nr 66, s. 708–710.

Kozierkiewicz A., Laurent J-F (1997), *Ocena aktywności szpitali dla celów kontraktowania i monitorowania kontraktów- analiza narodowego systemu jednorodnych grup pacjentów*, „Antidotum, Zarządzanie w ochronie zdrowia", tom 7, nr 6, s. 2–21.

Lisik P. (2009), *Jednorodne Grupy Pacjentów – historia, model działania, szanse i zagrożenia dla szpitali i płatnika"*, [w:] M. Dobska (red.), *Podstawy strategii projakościowej w usługach medycznych. Teoria i studia przypadków tom II*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Katedra Usług.

Macuda M. (2008), *Wykorzystanie Jednorodnych Grup Pacjentów w planowaniu kosztów świadczeń zdrowotnych na przykładzie szpitali w Szwajcarii*; Macuda M. *Kierunki wykorzystania systemu jednorodnych grup pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej,* [w:] *Rachunkowość zarządcza w warunkach globalizacji,* red. E. Nowak, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 15, Wrocław, http://www.katrach.ue.poznan.pl/macuda/publikacje/ wykorzystanieJPG_szwajcaria.pdf; data pobrania 01.03.2009).

Mawlichanów K. (2009), *System Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolskie problemy- regionalna pespektywa,* Materiały konferencyjne Rynku Zdrowia, Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie. http://www.rynekzdrowia.pl/Konferencje/zalacznik, 1182.html, data pobrania 07.04.2009.

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) jako narzędzie profesjonalnej opieki (2008), http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/PTP_ICNP_25_11_2008. pdf data pobrania 21.05.09.

(2002), *Opracowanie Systemu Jednorodnych Grup Pacjentów*, „Raport sporządzony przez Cyber World Informatik GesmbH, Health Services Development Project IBDR loan Nr 3466 – PL TOR 3.4.1.40", s. 1–17, http://www.bpz.gov.pl/old/file/JGPraportpl.pdf

Paszkiewicz J. (2008), *Jednorodne Grupy Pacjentów-Przewodnik po systemie*, „Menedżer Zdrowia", tom 4, s. 2–46.

Rój J. (2004), *Znaczenie systemu JGP dla poprawy efektywności usługowej szpitali w Polsce (w świetle badań empirycznych)*, „Zdrowie i Zarządzanie", tom 6, nr 1, s. 43–49.

Sobczak A. (1999), *Dylematy wprowadzenia DRG w Polsce*, „Zdrowie Publiczne", tom CIX, nr 4, s. 150–153.

Wieczorkowska A. (2009), *Co piszczy w G-DRG*, „Menedżer Zdrowia", tom 1, s. 48–52.

Diagnosis related groups (DRG) system: history of formation and development, main functional rules worldwide and in Poland, reasons of implementation

Abstract

The aim of this review paper was to introduce historical background of formation and development, main functional rules and reasons of implementation diagnosis related groups (DRG) system worldwide and in Poland.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 55–64

Jan Krakowiak[1] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojciech Kocemba[2] – Szpital w Tomaszowie Mazowieckim
Andrzej Marjański[3] – SWSPiZ w Łodzi
Alina Kowalska[4] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ocena jakości opieki lekarskiej w oddziale szpitalnym w opinii pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w latach 1999 i 2004

1. Wstęp

Transformacja dokonująca się w Polsce, spowodowała powstanie procesów dostosowawczych do nowych warunków, wywołując zmiany w postępowaniu i zachowaniach rynkowych zarówno u usługodawców jak i klientów. Zmiany dotyczyły również warunków i zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej. Obecna sytuacja, dyscyplinuje instytucje przekształcające ośrodki, świadczące usługi medyczne, do dostosowywania wymogów pod potrzeby rynku. Największy zakres świadczeń medycznych udzielany jest obecnie przez zakłady publiczne, które wymagają przystosowania do funkcjonowania w realiach gospodarki rynkowej. Zaistniała sytuacja powoduje, że usługi medyczne są takim samym towarem

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[2] Dr n. med. Wojciech Kocemba, Ordynator, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim.

[3] Dr n. ekonom. Andrzej Marjański, Prodziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[4] Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

jak każdy inny i będą podlegać prawom rynku, prawu konkurencji, pomimo że specyfika usług medycznych jest odmienna od innych działań gospodarczych funkcjonujących w ramach gospodarki wolnorynkowej. Oczekiwania pacjenta, któremu udzielane są świadczenia zdrowotne, są jasne i artykułowane niezależnie od charakteru organu tworzącego zakład. Pacjent wymaga uzyskania skutecznej pomocy w możliwie najkrótszym czasie i w jak najlepszych warunkach. Tego oczekuje od świadczeniodawców i do tego ma pełne prawo [1, 4, 6, 7].

W sektorze opieki zdrowotnej, jakość świadczonych usług jest zagadnieniem niezwykle ważnym, ponieważ dotyczy bezcennych wartości jakimi są życie i zdrowie. Świadczenie wysokiej jakości usług przy możliwie niskich kosztach, zaliczyć można do podstawowych celów zakładów opieki zdrowotnej. W tej sytuacji niezmiernie istotnym jest utrzymanie ciągłego kontaktu z pacjentami. Poziom zadowolenia klienta służby zdrowia, określają zarówno cechy charakterologiczne pacjenta, jak i obiektywnie istniejące możliwości instytucji świadczących usługi medyczne. W związku z tym działalność placówek zdrowotnych, oprócz poprawności klinicznej wykonywanych świadczeń, powinna cechować dbałość o zadowolenie pacjenta. Trosce o satysfakcję pacjenta służy szereg działań, do których można zaliczyć: kompleksowe zarządzanie jakością, ciągłe doskonalenie jakości, badanie opinii pacjentów na temat otrzymywanych usług. Satysfakcja pacjenta może być traktowana jako reakcja konsumenta na doświadczenia z otrzymanych usług medycznych. Jest to reakcja emocjonalna i subiektywna, obejmująca aspekty interpersonalne. Satysfakcja pacjenta odgrywa ważną rolę w określaniu opieki zdrowotnej, ocenianej zwykle poprzez zewnętrzny system akredytacji i wewnętrzne systemy standardów postępowania medycznego [2, 3, 9, 11, 12].

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wyniki

Celem pracy było przeprowadzenie badania satysfakcji pacjentów z zakresu usług medycznych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 1999 i 2004 roku.

Analizie poddano wyniki badań przeprowadzonych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach, w 1999 roku w okresie od 1 marca do 31.

sierpnia, a w 2004 roku od 1 czerwca do 30 listopada. Szpital Powiatowy w Brzezinach, w okresie od 1999 roku do 2004 roku uległ znacznej reorganizacji. W szpitalu zmieniono sposób zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek i położnych, przekazując je spółką utworzonym przez pracowników.

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety, posługując się techniką opartą na komunikowaniu pośrednim, pomiędzy badaczem a badanym, bez bezpośredniego udziału ankietera. W badaniach, respondentowi zadawano pytania odwołujących się do tej samej skali ocen: negatywna, dostateczna, dobra i bardzo dobra.

Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, w której posłużono się mianami statystyki opisowej, w porównaniach korzystano z testu dla dwóch średnich z dużych prób, w ocenie przyjęto błąd statystyczny $p<0,05$.

Wyniki i ich omówienie

W tabeli 1 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące dostępności do lekarza w oddziałach szpitalnych. W roku 1999 – 8,2% badanych pacjentów negatywnie oceniło dostępność do lekarza, oceny dostateczne wystawiło 29,2% osób, dobre 33,7%, a bardo dobre – 28,8% badanych. W roku 2004 oceny negatywne wystawiło 3,7% badanych pacjentów, dostateczne 10,9%, dobre 45,8%, a bardo dobre 39,6% badanych osób.

Tabela 1. Dostępność do lekarza w oddziale szpitalnym

Pacjenci	1999								2004							
	ocena								Ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	53	8,5	200	32,1	203	32,5	168	26,9	25	3,9	72	11,1	307	47,4	243	37,6
Oddział Chirurgiczny	43	9,4	140	30,6	148	32,4	126	27,6	17	4,3	49	12,3	174	43,7	158	39,7
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	26	6,5	92	23,2	147	36,9	133	33,4	12	3,0	36	9,0	181	45,1	172	42,9
Razem	122	8,2	432	29,2	498	33,7	427	28,9	54	3,7	157	10,9	662	45,8	573	39,6

Wystawione przez badanych pacjentów, oceny dotyczące dostępności do lekarza w oddziałach szpitalnych w 1999 roku, były znacznie gorsze od ocen wystawionych w 2004 roku. Różnice dotyczyły wszystkich ocen. W przeprowadzonej analizie różnice były istotne statystycznie [t = –11,95, p<0,005]. Różnica wystąpiła również w przypadku porównania badanych lat, wśród pacjentów oddziału internistycznego [t = –8,41, p<0,005], chirurgicznego [t = –6,74, p<0,005] i położniczo-ginekologicznego [t = –5,2, p<0,005].

W tabeli 2 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące uprzejmości lekarzy w oddziałach szpitalnych. W roku 1999 oceny negatywne wystawiło 7% badanych pacjentów, oceny dostateczne wystawiło 32,4% osób, dobre 33,1%, a bardo dobre 27,5% badanych. W 2004 roku oceny negatywne wystawiło 3,7% pacjentów, dostateczne 11,2%, dobre 43,9%, a bardo dobre 41,2% badanych. Wystawione przez badanych pacjentów, oceny dotyczące uprzejmości lekarzy w oddziałach szpitalnych w 1999 roku, były znacznie gorsze od ocen wystawionych w 2004 roku, a różnice dotyczyły wszystkich ocen. W przeprowadzonej analizie różnice były istotne statystycznie [t = –13,2, p<0,005]. Różnica wystąpiła również w przypadku porównania badanych lat wśród pacjentów oddziału internistycznego [t = –9,73, p<0,005], chirurgicznego [t = –7,05, p<0,005] i położniczo-ginekologicznego [t = –5,51, p<0,005].

Tabela 2. Uprzejmość lekarza w oddziale szpitalnym

Pacjenci	1999								2004							
	ocena								ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	47	7,5	215	34,5	198	31,7	164	26,3	22	3,4	68	10,6	294	45,4	263	40,6
Oddział Chirurgiczny	39	8,5	162	35,5	142	31,1	114	24,9	19	4,8	56	14,0	169	42,5	154	38,7
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	18	4,5	103	25,9	149	37,4	128	32,2	12	3,0	38	9,5	172	42,9	179	44,6
Pacjenci Razem	104	7,0	480	32,4	489	33,1	406	27,5	53	3,7	162	11,2	635	43,9	596	41,2

W tabeli 3 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące informacji o terapii i zabiegach udzielanych przez lekarzy w oddziałach szpitalnych. W 1999 roku 10,3% badanych pacjentów negatywnie oceniło informacje o terapii i zabiegach udzieloną przez lekarza, oceny dostateczne wystawiło 28,5% osób, dobre 36,6% a bardo dobre 24,6% badanych. W 2004 roku oceny negatywne wystawiło 7% badanych pacjentów, oceny dostateczne 26,8%, dobre 39,2% a bardo dobre 27% badanych. Opinie pacjentów w 2004 roku, dotyczące informacji o terapii i zabiegach udzielanych przez lekarzy w oddziale szpitalnym, w porównaniu do roku 1999 uległy poprawie. Zmniejszyła się liczba ocen negatywnych a wzrosła bardzo dobrych. W przeprowadzonej analizie różnice były istotne statystycznie [t = –3,17, p<0,005]. Różnica wystąpiła również w przypadku porównania badanych lat, wśród pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego [t = –4,24, p<0,005]. Nie było różnic w przypadku oddziału internistycznego [t = –0,84, p=0,39] i chirurgicznego [t = –0,93, p = 0,35].

Tabela 3. Informacje o terapii i zabiegach udzielane przez lekarza w oddziale szpitalnym

Pacjenci	1999								2004							
	ocena								ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		Negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	67	10,7	203	32,6	211	33,8	143	22,9	47	7,3	221	34,2	237	36,6	142	21,9
Oddział Chirurgiczny	53	11,6	118	25,9	172	37,6	114	24,9	33	8,3	109	27,4	153	38,4	103	25,9
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	33	8,3	99	24,9	159	39,9	107	26,9	21	5,2	57	14,3	177	44,1	146	36,4
Pacjenci Razem	153	10,3	420	28,5	542	36,6	364	24,6	101	7,0	387	26,8	567	39,2	391	27,0

Dyskusja

W szpitalu w Brzezinach przeprowadzono badanie satysfakcji pacjentów leczonych w 1999 roku. Badanie prowadzono w trzech oddziałach: internistycznym, chirurgicznym i położniczo-ginekologicznym. W celu przeprowadzenia badania, wykorzystano ankietę własnej konstrukcji, którą rozdano pacjentom badanych oddziałów a wypełnioną

ankietę otrzymano w dniu wypisu. W badanym okresie rozdano 1921 ankiet, z których 1479 wypełnionych było prawidłowo. Badanie satysfakcji pacjentów przeprowadzono ponownie w 2004 roku. W latach 1999–2004 w Szpitalu w Brzezinach, przeprowadzono reorganizację, na skutek, której utworzony został Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotne. W szpitalu dokonano zmiany sposobu zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek. W zdecydowanej większości personel przeszedł do pracy w nowoutworzonych spółkach pracowniczych. W badanym okresie 2004 roku rozdano 1777 ankiet, wypełnionych prawidłowo otrzymano 1446 ankiet

Według Szyferta i wsp. [11] pacjenci najbardziej zadowoleni są z opieki lekarskiej. Autorzy stwierdzili, że wiedzę i doświadczenie lekarzy pozytywnie oceniło 95,5% badanych a tylko 4,5% nie miało zdania na ten temat. Życzliwość, uprzejmość i troskę wobec chorych ze strony lekarzy pozytywnie oceniło 55,2% pacjentów a tylko 13,7% ankietowanych wypowiedziało się negatywne.

Lenkiewicz i Mizera [10] badając satysfakcję pacjentów z pobytu w szpitalu stwierdzili, że z opieki lekarskiej zadowolonych było 69% badanych. Najwięcej negatywnych opinii w ogólnej ocenie szpitala, dotyczyło niedostatecznych informacji pacjentów o stanie ich zdrowia, 16,2% ogółu badanych.

Falkowska [5] podaje, że najważniejszym kryterium przy świadczeniu usług medycznych jest według badanych fachowość, życzliwość personelu i dobre traktowanie pacjenta. W badaniu, usługi personelu lekarskiego zostały ogólnie ocenione przez pacjentów na porównywalnym, wysokim poziomie, 97% ocen pozytywnych, jednak oceny poszczególnych elementów opieki lekarskiej były oceniane niżej. Badanie dotyczące opieki lekarskiej, wykazało niezadowolenie z ilości czasu poświęconego pacjentom przez lekarzy, 11% ocen negatywnych. Kolejne negatywne oceny dotyczyły informowania o stanie zdrowia, rozpoznaniu, leczeniu, rokowaniu, 12,5%. Większość respondentów 80%, oceniła bardzo pozytywnie uprzejmość i fachowość personelu lekarskiego.

Kapica i wsp. [8] badając poziom satysfakcji pacjentów z leczenia szpitalnego stwierdzili, że pacjenci byli zadowoleni z warunków leczenia w szpitalu oraz opieki, którą określali jako miłą i fachową. Wszyscy

ankietowani pacjenci uważali, że lekarze spełniali ich oczekiwania w czasie pobytu w szpitalu. Pacjenci stwierdzili, że informacje o sposobie leczenia, przebiegu i wynikach przeprowadzanych badań była w zupełności wystarczająca.

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach w 1999 roku, uprzejmość lekarzy jako dobrą oceniło 33,1% a bardzo dobrą 27,5% badanych pacjentów. Negatywne oceny wystawiło 7% badanych. Najkorzystniejsze opinie wystawiły pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego. W grupie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego, odsetek ocen negatywnych wynosił 4,5% a dobrych i bardzo dobrych 69,6%. Znacznie większy odsetek ocen negatywnych wystąpił wśród pacjentów oddziałów internistycznego i chirurgicznego. W oddziale internistycznym wynosił on 7,5% a w oddziale chirurgicznym 8,5%. W 2004 roku w Szpitalu w Brzezinach, została zmieniona forma zatrudnienia lekarzy. Lekarze poszczególnych oddziałów utworzyli spółki pracownicze, w których zatrudnili się na zasadach kontraktu. Zmiana zarządzania, reorganizacja zatrudnienia i zasad wynagradzania, przyczyniła się do większego zaangażowania personelu lekarskiego w prace oddziału. Oddział został postrzeżony przez lekarzy nie jak zwykłe miejsce pracy ale jako przedsiębiorstwo w części przez nich zarządzane. W opiniach pacjentów dotyczących uprzejmości lekarzy uzyskanych w 2004 roku nastąpiła duża zmiana. Znacznie zmniejszył się odsetek ocen negatywnych, który wyniósł 3,7% a zwiększył się ocen dobrych 43,9% i bardzo dobrych 41,2%. Poprawiły się również opinie wystawione przez pacjentów poszczególnych oddziałów. Opinie nie różniły się znacząco między sobą. Podobna sytuacja wystąpiła również w przypadku ocen dotyczących dostępności do lekarza. W 1999 roku 8,2% badanych pacjentów wystawiło oceny negatywne przy 28,9% ocen bardzo dobrych.

Największą dostępność do lekarza można było uzyskać w oddziale położniczo-ginekologicznym, ocen negatywnych było 6,5% przy 33,4% ocenach bardzo dobrych. W analogicznym czasie, dostępność do lekarza w oddziale internistycznym, 8,5% pacjentów oceniło negatywnie, a w oddziale chirurgicznym 9,4% badanych. W stosunku do roku 2004 roku, w badanym kryterium, nastąpiły istotne różnice. Według opinii badanych pacjentów dostępność do lekarza znacznie się poprawiła. Odsetek

ocen negatywnych wyniósł 3,7% a ocen bardzo dobrych 39,6%. Nastąpiła również poprawa opinii dotycząca poszczególnych oddziałów, nadal najkorzystniejsze opinie wystawiały pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego. Odsetek ocen negatywnych w tym oddziale wyniósł 3% a bardzo dobrych 42,9%. Znacznie zmniejszył się odsetek ocen negatywnych w pozostałych oddziałach: internistycznym 3,9% i chirurgicznym 4,3%.

W roku 1999 odsetek ocen negatywnych dotyczących informacji o terapii i zabiegach udzielanych przez lekarzy wyniósł 10,3%, a odsetek ocen bardzo dobrych 24,6%. Najkorzystniejsze opinie wystawiły pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego, przyznając 8,3% ocen negatywnych a ocen bardzo dobrych 26,9%. Najwięcej ocen negatywnych 11,6% wystawili pacjenci oddziału chirurgicznego. Porównywalne oceny ale o mniejszym odsetku ocen negatywnych 10,7%, wystawili również pacjenci oddziału internistycznego.

W roku 2004 opinie pacjentów dotyczące informacji o terapii i zabiegach uległy poprawie. Odsetek ocen negatywnych zmniejszył się do 7%, a ocen bardzo dobrych wzrósł do 27%. Wpływ na poprawę opinii w dużym stopniu, uzależniony był od poprawy opinii wystawionych przez pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego. Odsetek ocen negatywnych w grupie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego wyniósł 5,2% a odsetek ocen bardzo dobrych wzrósł do 36,4%. Zmiany takie nie nastąpiły natomiast w przypadku oddziału internistycznego i chirurgicznego. Pomimo zmniejszenia się ilości ocen negatywnych wśród pacjentów tych oddziałów, odsetek ocen dobrych i bardzo dobrych nie zwiększył się znacząco. Wzrósł jedynie odsetek ocen dostatecznych.

3. Wnioski

1. Opinie pacjentów dotyczące opieki lekarskiej w oddziale szpitalnym były pozytywne, najkorzystniejsze opinie wystawiały pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego.
2. W 2004 roku opinie pacjentów były korzystniejsze, szczególnie w przypadku uprzejmości i dostępności do lekarza.

Literatura

[1] Abramek E, Owoc A, Wdowiak L: *Szpitale kliniczne w kontekście reform systemowych ochronie zdrowia w Polsce,* Probl. Med. Społ. 2001; 34: 289–296.

[2] Banaszewska A: *Jak badać satysfakcję pacjentów*, Sł. Zdr. 2000; 4–5:10–17.

[3] Burda K: *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej*, Antidotum 2003; 1:61–80.

[4] Buxton M, Hanney S, Jones T: *Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review*, Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:7333–739.

[5] Falkowska E: *Satysfakcja hospitalizowanych ze świadczeń Szpitala Wojewódzkiego w Łomży*, Praca Doktorska Lublin 2002.

[6] Imersheim A, Ests C: F*rom health services to medical markets: the commodity transformation of medical production and the nonprofit sector*, Int. J. of Health Serv. 1996; 2:26–38.

[7] Jaworska-Łuczak B. *Prywatyzacja w ochronie zdrowia w Polsce-analiza stanu obecnego i prognoza na przyszłość*, Zdr. Pub. 2002;112:93–101,

[8] Kapica D, Orzeł Z, Draus J: *Ocena poziomu zadowolenia pacjentów szpitala ze świadczonych usług zdrowotnych*, Zdr. Pub. 2001; 111:26–31.

[9] Lansang M, Dennis R: *Building capacity in health research in the developing world*, Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:764–770.

[10] Lenkiewicz L, Mizera G: *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu – pierwsze doświadczenia*, Probl. Med. Społ. 2001; 35:81–87.

[11] Szyfert J, Pietrzak M, Sygit M, Zienkiewicz P: *Opieka stacjonarna w opinii pacjentów*, Probl. Med. Społ. 2001; 34:124–134.

The assessment of the quality of medical care in hospital ward in Regional Hospital in Brzeziny, in 1999 and 2004 years

Summary

.

In medical care sector, the quality of service is an extremely important matter. High quality service at possibly low costs can be included in main aims of medical care institutions. The aim of the work was to make a research on patients satisfaction in the field of medical service. The results of the research conducted in Regional Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004 were analyzed. Regional Hospital in Brzeziny in the period from 1999 to 2004 was considerably reorganized. In hospital, the conditions of doctors, nurses and obstetricians employment was changed, they were passed to the companies set up by workers. The research was done using inquiry form. The received material was under statistics analyze, the statistic error

of $p<0,05$ was accepted in the estimation. The patients' opinions considering medical care in hospital ward were positive, the most favorable opinions were by obstetrics-gynecology ward patients. In 2004 patients' opinions were more favorable, especially on the kindness and availability of doctor.

Key words: medical care, the quality of medical care, doctor availability

Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 65–76

Jan Krakowiak[1] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojciech Kocemba[2] – Szpital w Tomaszowie Mazowieckim
Andrzej Marjański[3] – SWSPiZ w Łodzi
Alina Kowalska[4] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ocena jakości pobytu w oddziale szpitalnym w opinii pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 1999 i 2004 roku

1. Wstęp

System opieki zdrowotnej w Polsce wymaga modyfikacji. Dyskusje prowadzone od lat, na temat reformy systemu ochrony zdrowia, w ostatnim okresie stały się bardzo powszechne. Ważnym elementem zmian, jest wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych. Niektóre ośrodki badawcze, podjęły próby sondowania społecznych ocen, dotyczących zmian zakresu finansowania przez państwo świadczeń zdrowotnych i ewentualnej partycypacji obywateli, w opłacaniu niektórych usług medycznych. Badania dotyczące korzystania z usług medycznych, wskazują że decydujący udział w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych, odgrywają placówki publicznej służby zdrowia. Znajomość stanu zdrowia ludności i potrzeb zdrowotnych, jest warunkiem koniecznym dla prawidłowego organizowania opieki

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[2] Dr n. med. Wojciech Kocemba, Ordynator, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim.

[3] Dr n. ekonom. Andrzej Marjański, Prodziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[4] Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

zdrowotnej. W okresie poprzedzającym zmiany strukturalne w służbie zdrowia, ten sam podmiot prowadził, finansował i nadzorował zakłady opieki zdrowotnej. W rozliczeniach nie były uwzględniane usługi świadczone pacjentom, a jedynie liczba etatów, liczba łóżek w szpitalu, bez względu na ilość i jakość wykonywanych usług medycznych. Taki system zarządzania i finansowania zakładów opieki zdrowotnej, nie sprzyjał racjonalizacji wydatków czy wdrażaniu programów naprawczych. Nie wyzwalał motywacji do wysiłku i pozyskiwania pacjentów, był niezależny od ilości wykonywanych świadczeń, jak również ich jakości. Pacjent w takim systemie traktowany był jako zło konieczne. Powodowało to spadek obiektywnie i subiektywnie pojmowanej jakości udzielanych usług, szeroko rozumianej jako satysfakcja pacjenta. Zmiany ewolucyjne w ochronie zdrowia kreowały zasadę, pieniądze za wykonaną usługę. Mechanizm powyższy obarczony był ryzykiem sztucznej indukcji świadczeń, powodującej nadmierne zwiększenie kosztów. Powodowało to konieczność wypracowania i wdrożenia określonych sposobów finansowania usług zdrowotnych, satysfakcjonujących elementy motywacyjne i bezpieczeństwo finansowe płatnika [4, 5, 6, 8, 10].

W Polsce coraz częściej prowadzone są badania pod nazwą satysfakcji pacjenta z udzielonej usługi medycznej. Inspirację do przeprowadzania badań stanowią względy praktyczne. W systemach ochrony zdrowia, w których coraz większą rolę odgrywają elementy gospodarki rynkowej, zdobycie informacji, jak postrzegane są określone usługi medyczne przez pacjentów, jest bardzo cenne. Poznanie opinii pacjentów umożliwia, dostosowanie ośrodka do oczekiwań, przyczyniających się do wzrostu konkurencyjności placówki służby zdrowia [1, 2, 3, 11, 13].

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wyniki

Satysfakcja pacjentów z jakości pobytu w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 1999 i 2004 roku. Analizie poddano wyniki badań przeprowadzonych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach, w 1999 roku w okresie od 1 marca do 31 sierpnia, a w 2004 roku od 1 czerwca do 30 listopada. Szpital Powiatowy w Brzezinach, w okresie od 1999 roku do 2004 roku uległ znacznej reorganizacji. Na przestrzeni 4 lat szpital uległ przebudowie, a w części pozostałej remontowi. Zwiększyła się liczba

oddziałów szpitalnych, w nowych obiektach funkcjonują sale chorych jedno, dwu i trzy łóżkowe z własnym węzłem sanitarnym.

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety, posługując się techniką opartą na komunikowaniu pośrednim, pomiędzy badaczem a badanym, bez bezpośredniego udziału ankietera. W badaniach, respondentowi zadawano pytania odwołujących się do tej samej skali ocen: negatywna, dostateczna, dobra i bardzo dobra. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, w której posłużono się mianami statystyki opisowej, w porównaniach korzystano z testu dla dwóch średnich z dużych prób, w ocenie przyjęto błąd statystyczny $p<0,05$.

Wyniki i ich omówienie

W tabeli 1 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące pierwszych wrażeń po przyjęciu do oddziałów szpitalnych. W 1999 roku 11,3% badanych pacjentów, miało negatywne pierwsze wrażenia po przyjęciu do oddziału, oceny dostateczne wystawiło 30,9% osób, dobre 37% a bardo dobre 20,8% badanych osób. W roku 2004 oceny negatywne wystawiło 3,3% pacjentów, dostateczne 16,4%, dobre 40,5% a bardo dobre 39,8% badanych osób. Wystawione oceny w 1999 roku były mniej korzystne od ocen wystawionych przez pacjentów w 2004 roku, potwierdziła powyższe przeprowadzona analiza statystyczna [$t = -15,28$, $p<0,005$]. Wystąpiły również znaczące różnice w porównaniu badanych lat, w zakresie ocen wystawianych przez pacjentów w oddziale internistycznym [$t = -12,91$, $p<0,005$] i oddziale chirurgicznym [$t = -12,07$, $p<0,005$]. Pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego, wystawiały w 2004 roku częściej oceny bardzo dobre, a rzadziej negatywne w porównaniu do ocen wystawionych w 1999 roku, różnice powyższe nie były tak znaczne, jak w przypadku poprzednich oddziałów, nie potwierdziła tego przeprowadzona analiza statystyczna [$t = -1,42$, $p=0,15$].

W tabeli 2 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące czasu oczekiwania na łóżko po przyjęciu do oddziałów szpitalnych. W 1999 roku 8,7% badanych pacjentów, negatywnie oceniło czas oczekiwania na łóżko szpitalne, oceny dostateczne wystawiło 27,9% osób, dobre 41%, a bardo dobre 22,4% osób. W 2004 roku oceny negatywne wystawiło 5,3% badanych pacjentów, dostateczne 28,3%, dobre 41,3%, a bardo dobre 25,1% badanych osób.

Tabela 1. Pierwsze wrażenia pacjentów po przyjęciu do oddziału szpitalnego

Pacjenci	1999								2004							
	Ocena								Ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	72	11,5	197	31,6	232	37,2	123	19,7	14	2,2	92	14,2	245	37,9	296	45,7
Oddział Chirurgiczny	58	12,7	142	31,1	159	34,8	98	21,4	7	1,8	36	9,0	169	42,5	186	46,7
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	37	9,3	118	29,6	156	39,2	87	21,9	27	6,7	109	27,2	172	42,9	93	23,2
Razem pacjenci	167	11,3	457	30,9	547	37,0	308	20,8	48	3,3	237	16,4	586	40,5	575	39,8

Tabela 2. Czas oczekiwania na łóżko w oddziale szpitalnym

Pacjenci	1999								2004							
	Ocena								ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		Negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	68	10,9	203	32,6	241	38,6	112	17,9	28	4,3	185	28,6	267	41,3	167	25,8
Oddział Chirurgiczny	34	7,4	132	28,9	189	41,4	102	22,3	23	5,8	131	32,9	157	39,4	87	21,9
O. Położniczo-Ginekologiczny	27	6,8	77	19,4	176	44,2	118	29,6	26	6,5	93	23,2	173	43,1	109	27,2
Razem pacjenci	129	8,7	412	27,9	606	41,0	332	22,4	77	5,3	409	28,3	597	41,3	363	25,1

Wystawione oceny w 1999 roku były gorsze od ocen wystawionych w 2004 roku, powyższe potwierdzone zostało w przeprowadzonej analizie statystycznej [$t= -2,79$, $p<0,005$]. Wystąpiła również różnica, w po-

równaniu badanych lat, dotyczących ocen wystawianych przez pacjentów w oddziale internistycznym [t= –5,1, p<0,005]. Pacjenci częściej wystawiali oceny pozytywne w 2004 roku w porównaniu do 1999 roku. W oddziale chirurgicznym i położniczo-ginekologicznym zmniejszyła się liczba ocen negatywnych i bardzo dobrych w porównaniu badanych lat. Zwiększyła się natomiast liczba ocen dostatecznych a różnice zostały potwierdzone w przeprowadzonych analizach statystycznych.

W tabeli 3 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące wyposażenia sal szpitalnych. W 1999 roku 11,2% badanych pacjentów wystawiło oceny negatywne, oceny dostateczne wystawiło 28,8% osób, dobre 38,4%, a bardo dobre 21,6% badanych osób. W 2004 roku oceny negatywne wystawiło 4,5% badanych pacjentów, dostateczne 15,3%, dobre 41,6% a bardo dobre 38,6% badanych osób.

Tabela 3. Wyposażenie sali w oddziale szpitalnym

Pacjenci	1999								2004							
	Ocena								ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		Negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	69	11,1	184	29,5	243	38,9	128	20,5	19	2,9	81	12,5	271	41,9	276	42,7
Oddział Chirurgiczny	60	13,1	118	25,9	172	37,6	107	23,4	11	2,8	23	5,7	173	43,5	191	48,0
O. Położniczo-Ginekologiczny	36	9,0	124	31,2	153	38,4	85	21,4	35	8,7	118	29,4	157	39,2	91	22,7
Razem pacjenci	165	11,2	426	28,8	568	38,4	320	21,6	65	4,5	222	15,3	601	41,6	558	38,6

Wystawione oceny, dotyczące wyposażenia sal w oddziałach szpitalnych w 1999 roku były znacznie gorsze od ocen wystawionych w 2004 roku. W roku 2004, znacznie zmniejszyła się liczba ocen negatywny i dostatecznych, wzrosła natomiast liczba ocen dobrych i bardzo dobrych, różnica potwierdziła się w przeprowadzonej analizie statystycznej

[t = –13,37, p<0,005]. Różnica, wystąpiła również w przypadku porównania badanych lat wśród pacjentów oddziału internistycznego [t = –11,53, p<0,005] i oddziału chirurgicznego [t = –11,29, p<0,005]. Nie wystąpiły natomiast różnice w przypadku pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego [t = –0,58, p = 0,56], oceny pacjentek różniły się nieznacznie i nie były istotne statystycznie.

W tabeli 4 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące dostępu do ubikacji i łazienki w oddziałach szpitalnych. W 1999 roku oceny negatywne wystawiło 13,8% badanych pacjentów, oceny dostateczne wystawiło 34,2% osób, dobre 36,2% a bardo dobre 15,8% badanych osób. W 2004 roku oceny negatywne wystawiło 3,5% badanych pacjentów, dostateczne 11,8%, dobre 36,1%, a bardo dobre 48,6% badanych osób. Wystawione oceny, dotyczące dostępu do ubikacji i łazienki w oddziałach szpitalnych przez badanych pacjentów, w 1999 roku, były znacznie gorsze, zawierały dużo większą liczbę ocen negatywnych, w porównaniu do ocen wystawionych przez pacjentów w 2004 roku, różnica potwierdziła się w przeprowadzonej analizie statystycznej [t = –23,79, p<0,005].

Tabela 4. Dostęp do ubikacji i łazienki w oddziale szpitalnym

Pacjenci	1999								2004							
	Ocena								ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		Negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	83	13,3	247	39,6	211	33,8	83	13,3	6	0,9	34	5,3	224	34,6	383	59,2
Oddział Chirurgiczny	72	15,8	139	30,3	163	35,7	83	18,2	3	0,8	17	4,2	127	31,9	251	63,1
O. Położniczo-Ginekologiczny	49	12,3	121	30,4	161	40,5	67	16,8	41	10,2	120	30,0	171	42,6	69	17,2
Razem pacjenci	204	13,8	507	34,2	535	36,2	233	15,8	50	3,5	171	11,8	522	36,1	703	48,6

Różnica wystąpiła również w przypadku porównania badanych lat, przez pacjentów oddziału internistycznego [t = –24,15, p<0,005] i oddziału chirurgicznego [t = –18,53, p<0,005]. Pomimo spadku ocen negatywnych i wzrostu ocen bardzo dobrych, w przypadku oddziału położniczo-ginekologicznego, w porównaniu badanych lat zmiany nie były istotnie znaczące [t = –0,79, p = 0,42].

W tabeli 5 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące czystości w salach oddziałów szpitalnych. W 1999 roku oceny negatywne wystawiło 7,4% badanych pacjentów, dostateczne wystawiło 19,3% osób, dobre 42,1% a bardo dobre 31,2% badanych. W 2004 roku oceny negatywne wystawiło 3,3% badanych pacjentów, dostateczne 12,3%, dobre 45,3% a bardo dobre 39,1% badanych. Wystawione przez badanych pacjentów oceny dotyczące czystości w salach oddziałów szpitalnych w 1999 roku były mniej korzystne, zawierały większą liczbę ocen negatywnych w porównaniu do ocen wystawionych przez pacjentów w 2004 roku.

Tabela 5. Czystość w oddziale szpitalnym

Pacjenci	1999								2004							
	ocena								ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		Negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	63	10,1	151	24,2	245	39,3	165	26,4	28	4,3	93	14,4	289	44,7	237	36,6
Oddział Chirurgiczny	37	8,1	88	19,3	193	42,2	139	30,4	11	2,8	41	10,2	183	46,0	163	41,0
O. Położniczo-Ginekologiczny	9	2,3	47	11,8	184	46,2	158	39,7	9	2,2	43	10,8	183	45,6	166	41,4
Razem pacjenci	109	7,4	286	19,3	622	42,1	462	31,2	48	3,3	177	12,3	655	45,3	566	39,1

Różnica dotyczyła szczególnie ocen negatywnych i bardzo dobrych. W przeprowadzonej analizie różnica była istotna statystycznie [t= –7,45, p<0,005]. Różnica wystąpiła również w przypadku porównania bada-

nych lat wśród pacjentów oddziału internistycznego [t = –6,38, p<0,005] i oddziału chirurgicznego [t = –5,32, p<0,005]. Opinie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego, dotyczące ocen czystości w salach szpitalnych były lepsze niż w pozostałych oddziałach. Brak różnic w ocenach pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego, w porównaniu badanych lat, potwierdzała przeprowadzona analiza statystyczna [t = –0,53, p = 0,59].

3. Dyskusja

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach, kryteria oceny z pobytu w oddziale, podzielono na następujące kategorie: pierwsze wrażenie, czas oczekiwania na łóżko, wyposażenie sal, dostęp do ubikacji, łazienki i czystość. W 1999 roku 57,8% badanych pacjentów wystawiło za pierwsze wrażenie po przyjęciu do oddziału szpitalnego oceny dobre i bardzo dobre. Oceny negatywne wystawiło 11,3% a dostateczne 30,9% badanych. Największe niezadowolenie wykazywali pacjenci oddziału chirurgicznego, w którym odsetek ocen negatywnych i dostatecznych wynosił 43,8%. Znacznie korzystniejsze opinie wystawiły pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego, odsetek ocen negatywnych i dostatecznych wynosił 38,9%. Badanie w 2004 roku przeprowadzone zostało po modernizacji szpitala, oddziały internistyczny i chirurgiczny zostały przeniesione do nowych budynków. Opinie pacjentów dotyczące pierwszych wrażeń po przyjęciu do oddziałów uległy radykalnym zmianom. Odsetek ocen dobrych i bardzo dobrych wynosił w oddziale internistycznym 83,6% a w oddziale chirurgicznym 89,2%. Nie uległy zmianie opinie wystawiane przez pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego, którego lokalizacja pozostała w dotychczasowym budynku ale zmiany w opiniach pacjentów w oddziałach internistycznym i chirurgicznym były tak znaczące, że opinia o badanych oddziałach łącznie była znacznie korzystniejsza niż w 1999 roku.

Podobnie kształtowały się opinie pacjentów dotyczące wyposażenia sal szpitalnych. W 1999 roku były one najkorzystniejsze w grupie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego, gdzie odsetek ocen negatywnych wynosił 9%. Znacznie gorsze oceny wystawiali pacjenci oddziałów internistycznego 11,1% ocen negatywnych a szczególnie chirurgicznego

13,1% ocen negatywnych. Podobnie jak poprzednio w 2004 roku, opinie pacjentów nowych lokalowo oddziałów uległy radykalnym zmianom. W oddziale internistycznym odsetek ocen negatywnych wyniósł 2,9%, a bardzo dobrych 42,7%, w oddziale chirurgicznym oceny negatywne to 2,8%, a bardzo dobre 48%. Nie zmieniły się opinie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego, gdzie oceny negatywne to 8,7% a bardzo dobre to tylko 22,7%.

Z badań dotyczących dostępu pacjentów do ubikacji i łazienki wynika, że wystawiano znacznie lepsze opinie tam, gdzie dostęp był znacznie dogodniejszy. W roku 1999 najlepsze opinie wystawiały pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego, 12,3% ocen negatywnych i 16,8% ocen bardzo dobrych. Znacznie więcej ocen negatywnych wystawili pacjenci oddziału internistycznego 13,3%, a szczególnie oddziału chirurgicznego 15,8%. Powyższe proporcje zostały całkowicie zmienione w 2004 roku. Opinie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego nie uległy większym zmianom, odsetek ocen negatywnych wynosił 10,2%, a bardzo dobrych 17,2%. Radykalnym zmianom uległy natomiast opinie pacjentów oddziału internistycznego i chirurgicznego. W oddziałach tych warunki lokalowe uległy znacznej poprawie. W nowym pawilonie powstały oddziały z salami chorych jedno, dwu lub trzyłóżkowymi, wyposażonymi w własny węzeł sanitarny. W oddziale internistycznym odsetek ocen negatywnych wyniósł 0,9%, a bardzo dobrych 59,2%, w oddziale chirurgicznym ocen negatywnych było 0,8%, a bardzo dobrych 63,1%.

Zmiana bazy szpitalnej, która nastąpiła w 2004 roku, w znacznym stopniu wpłynęła na ocenę czystości w badanych oddziałach. Najkorzystniejsze oceny dotyczące czystości w oddziale, zarówno w roku 1999 jak i 2004 wystawiały pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego. Opinie wystawiane przez pacjentki w 1999 roku zawierały 2,3% ocen negatywnych i 39,7% ocen bardzo dobrych, opinie nie uległy zmianom po 2004 roku i wyniosły 2,2% ocen negatywnych oraz 41,4% ocen bardzo dobrych. Zmiany natomiast dotyczyły oddziałów internistycznego i chirurgicznego. Opinie w 2004 roku, wśród pacjentów tych oddziałów uległy znacznej poprawie. W oddziale internistycznym odsetek ocen negatywnych wyniósł 4,3%, a bardzo dobrych 36,6%, w oddziale chirurgicznym odsetek ocen negatywnych wyniósł 2,8%, a bardzo

dobrych 41%. Oceny pozytywne, pomimo nowej bazy lokalowej oddziałów internistycznego i chirurgicznego były zbliżone lub gorsze od opinii wystawionych przez pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego.

Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku ocen dotyczących uprzejmości personelu sprzątającego. W 1999 roku, opinie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego były znacznie korzystniejsze od opinii wystawionych przez pacjentów oddziałów internistycznego i chirurgicznego. Odsetek ocen negatywnych w oddziale położniczo-ginekologicznym wynosił 2,8%, natomiast w oddziale internistycznym 5,4%, a w chirurgicznym 6,1%. W roku 2004 opinie w grupie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego uległy tylko nieznacznym zmianom, odsetek ocen negatywnych wynosił 1,5%, a bardzo dobrych 30,2%. Podobnie niewielkie zmiany wystąpiły również w oddziale internistycznym, odsetek ocen negatywnych wynosił 4,5%, a bardzo dobrych 28,3%. Zauważalne zmiany wystąpiły jedynie w przypadku opinii wystawionych przez pacjentów oddziału chirurgicznego, w którym odsetek ocen negatywnych wyniósł 4,8%, a bardzo dobrych 29,1%.

Odsetek ocen negatywnych dotyczących czasu oczekiwania na łóżko w 1999 roku, wyniósł 8,7% a ocen dobrych i bardzo dobrych 63,4%. Najbardziej niezadowoleni z czasu oczekiwania na łóżko szpitalne byli pacjenci oddziału internistycznego a najmniej ocen negatywnych wystawiały pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego. W 2004 roku, opinie pacjentów uległy poprawie. Odsetek ocen negatywnych zmniejszył się do 5,3% a dobrych i bardzo dobrych zwiększył do 66,4%. Zmiana spowodowana była korzystniejszymi ocenami wystawianymi przez pacjentów oddziału internistycznego. Zmian w ocenie czasu oczekiwania na łóżko nie odnotowano wśród pacjentów oddziałów chirurgicznego i położniczo-ginekologicznego.

W przeciwieństwie do Lenkiewicza i Mizery [9] oraz Suliburskiej-Zielińskiej [12] z badań przeprowadzonych w Brzezinach wynika, że pacjenci zwracali dużą uwagę na wyposażenie sal szpitalnych oraz dostęp do ubikacji i łazienki. Potwierdza to znaczny wzrost ocen dobrych i bardzo dobrych w badaniach przeprowadzonych w 2004 roku, w nowo otwartych oddziałach.

Odsetek ocen wystawionych przez badanych pacjentów, dotyczących warunków pobytu w szpitalu, był zbliżony do wyników otrzymanych przez Kapice i wsp. [7], znacznie wyższy od wyników przedstawionych przez Szyferta i wsp. [14]. Zbieżność opinii z wystawionymi przez Lenkiewicza i Mizerę [9] oraz Suliburską-Zielińską [12] wystąpiła w ocenie czystości w salach chorych i uprzejmości personelu sprzątającego. Pacjenci wystawiając własne opinie nie kierowali się aktualną sytuacją lokalową oddziałów ale własną oceną czystości i uprzejmości personelu. Potwierdzały to wyniki uzyskane w grupie pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego. Pomimo znacznie korzystniejszych warunków pobytu w oddziałach internistycznym i chirurgicznym, oceny wystawione przez pacjentów tych oddziałów, były bardziej niekorzystne od ocen wystawionych przez pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego.

4. Wnioski

1. Opinie pacjentów dotyczące jakości pobytu w oddziale szpitalnym jak i organizacji pracy w znaczący sposób uległy poprawie w 2004 roku po przeprowadzonym remoncie i reorganizacji szpitala.
2. W porównaniu 1999 i 2004 roku największe różnice w opiniach pacjentów wystąpiły w oddziałach internistycznym i chirurgicznym.

Literatura

[1] Buxton M, Hanney S, Jones T: *Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review*, Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:7333–739.

[2] Falkowska E: *Satysfakcja hospitalizowanych ze świadczeń Szpitala Wojewódzkiego w Łomży*, Praca Doktorska Lublin 2002.

[3] Imersheim A, Ests C: *From health services to medical markets: the commodity transformation of medical production and the nonprofit sector,* Int. J. of Health Serv. 1996; 2:26–38.

[4] Lansang M, Dennis R: *Building capacity in health research in the developing world*, Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:764–770.

[5] Masiakowski A: *Badanie satysfakcji pacjentów ze sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych*, Zdr. Publ. 1997; 1–2: 5–12.

[6] Banaszewska A. *Jakość lecznictwa zamkniętego w oczach pacjentów*, Zdr. i Zarz. 2003;5:53–57.

[7] Banaszewska A: *Jak badać satysfakcję pacjentów,* Sł. Zdr. 2000; 4–5:10–17.

[8] Burda K: *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej,* Antidotum 2003; 1:61–80.

[9] Rechel B, Schwalbe N, McKee M: *Health in south-eastern Europe: a troubled past, an uncertain future,* Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:539–546.

[10] Szydłowski J, Grodzki P: *Badanie opinii osób hospitalizowanych o funkcjonowaniu oddziałów szpitalnych. propozycja metody i wnioski po wdrożeniu*, Probl. Med. Społ. 2001; 33:211–214.

[11] Lenkiewicz L, Mizera G: *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu – pierwsze doświadczenia*, Probl. Med. Społ. 2001; 35:81–87.

[12] Suliborska-Zielińska K: *Poziom satysfakcji pacjenta wskaźnikiem jakości*, Przew. Men. Zdr. 2001; 4:34–35.

[13] Kapica D, Orzeł Z, Draus J: *Ocena poziomu zadowolenia pacjentów szpitala ze świadczonych usług zdrowotnych*, Zdr. Pub. 2001; 111:26–31.

[14] Szyfert J, Pietrzak M, Sygit M, Zienkiewicz P: *Opieka stacjonarna w opinii pacjentów*, Probl. Med. Społ. 2001; 34:124–134.

The assessment of the quality of staying in hospital ward in Regional Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004

Summary

In Poland, the research under the name of patient's satisfaction with the received medical service are conducted more and more often. In health protection systems, in which the elements of market economy play bigger and bigger role, getting information on how specific medical service are regarded by patients is very precious. The aim was to research on patients' satisfaction with the quality of staying in hospital. The results of the research conducted in Regional Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004 were analyzed. The research was done using inquiry form. The received material was under statistics analyze, in which descriptive statistics values were used, two averages of big samples were used in comparisons, the statistic error of $p<0,05$ was accepted in the estimation. The patients' opinions considering the quality of staying in hospital ward as well as work organization were considerably improved in 2004 after the making repairs and reorganizing he hospital. Comparing 1999 and 2004, the biggest differences in the patients' opinions were in general medical care and surgery ward.

Key words: patient's satisfaction, hospital care, hospital care quality.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 77–89

Jan Krakowiak[1] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojciech Kocemba[2] – Szpital w Tomaszowie Mazowieckim
Włodzimierz Stelmach[3] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska[4] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Andrzej Marjańsk[5] – SWSPiZ w Łodzi

Czynniki socjalno-demograficzne a ocena jakości pobytu w oddziale szpitalnym w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach

1. Wstęp

Zachodzące zmiany w systemie służby zdrowia, polegające na przekształceniu dotychczasowych placówek ochrony zdrowia z jednostek budżetowych w placówki samodzielne finansowo, wymagały zmian w zakresie modyfikacji usług medycznych. Usługą jest działalność służąca zaspokajaniu potrzeb a w przypadku usługi medycznej zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów. Sytuacja powyższa powoduje, że do działalności można zastosować mechanizmy marketingowe, dostosowując zgodność świadczeń z potrzebami. Zasady marketingu związane są z procesami racjonalnego postępowania na rynku. Odpowiadają wyzwaniom

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[2] Dr n. med. Wojciech Kocemba, Ordynator, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim.

[3] Dr hab. n med. Włodzimierz Stelmach, Kierownik Zakładu Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[4] Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[5] Dr n. ekonom. Andrzej Marjański, Prodziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

współczesnej gospodarki rynkowej, znajdują kreatywny sposób myślenia podmiotów gospodarczych i pozagospodarczych o nabywcach i ich potrzebach. Stanowią podstawę świadomego wyboru takich kierunków postępowania, które pozwalają na celowe łączenie procesu zaspokajania potrzeb nabywców z efektywnym wykorzystaniem dostępnych zasobów. Przy tendencji rozwoju rynku oraz ekonomicznego przymusu do efektywnego gospodarowania, zasady marketingu są coraz bardziej użyteczne. Marketing w ochronie zdrowia stosowany był jedynie przez prywatne zakłady i to tylko w niewielkim stopniu. Okazuje się jednak, że może być wykorzystany także w zakładach funkcjonujących na zasadach *non-profit*, w których głównym motywem nie jest uzyskanie zysku lecz służba ludziom w procesie zaspokajania ich potrzeb zdrowotnych [1, 2, 9].

W systemach ochrony zdrowia, w których coraz większą rolę odgrywają elementy gospodarki rynkowej, zdobycie informacji, jak postrzegane są określone usługi medyczne przez pacjentów, jest bardzo cenne. Poziom zadowolenia pacjenta z opieki medycznej, określają zarówno cechy charakterologiczne pacjenta, jak i obiektywnie istniejące możliwości instytucji świadczących usługi medyczne. Satysfakcja pacjenta może być traktowana jako reakcja konsumenta na doświadczenia z otrzymanych usług medycznych. Jest to reakcja emocjonalna i subiektywna, obejmująca aspekty interpersonalne. Satysfakcja pacjenta to stopień w jakim opieka jest przez niego akceptowana w odniesieniu do oczekiwań i potrzeb. Satysfakcja pacjenta zależy od stopnia w jakim otrzymana usługa spełni jego oczekiwania. Wynik oceny tych oczekiwań ze stanem rzeczywistym, określany jest jakością usługi. Różnica między usługą oczekiwaną a faktycznie otrzymaną jest sprawą indywidualną i subiektywną dla każdego pacjenta. Pacjent jest zainteresowany jakością kliniczną, oraz subiektywną satysfakcją z udzielanych świadczeń medycznych. Satysfakcja pacjenta jest często definiowana jako kluczowy element relacji klient – zakład usługowy, wpływający na kształtowanie się współpracy między usługodawcą i usługobiorcą [3, 4, 6, 8].

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wyniki

Czynniki socjalno-demograficzne a ocena jakości pobytu w oddziale szpitalnym w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach. Analizie poddano wyniki badań przeprowadzonych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach, w 2004 roku od 01 czerwca do 30. listopada. W badaniach (na podstawie ankiet) uwzględniono takie dane jak: miejsce zamieszkania, płeć, wiek i poziom wykształcenia. W rejonie działania szpitala znajdują się dwa miasta Brzeziny i Koluszki. Przyjmowani są również pacjenci z Łodzi oddalonej od Brzezin 19 kilometrów. Pozostali pacjenci zamieszkują okoliczne miejscowości w rejonach wiejskich zlokalizowanych wokół Brzezin i Koluszek. Podzielono w związku z tym pacjentów, w zależności od miejsca zamieszkania na 2 grupy: mieszkańców miasta i wsi. Pacjentów według wieku podzielono na 3 grupy: wiek poniżej 30 roku życia, między 30 a 50 rokiem życia i powyżej 50 roku życia. Pacjentów według poziomu wykształcenia podzielono również na 3 grupy: wykształcenie wyższe, średnie i wykształcenie podstawowe i zawodowe.

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety, posługując się techniką opartą na komunikowaniu pośrednim, pomiędzy badaczem a badanym, bez bezpośredniego udziału ankietera. W badaniach, respondentowi zadawano pytania odwołujących się do tej samej skali ocen: negatywna, dostateczna, dobra i bardzo dobra. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, w której posłużono się mianami statystyki opisowej, w porównaniach korzystano z testu χ^2, w ocenie przyjęto błąd statystyczny $p<0,05$.

Wyniki i ich omówienie

W tabeli 1 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące pierwszych wrażeń w oddziale szpitala w Brzezinach, przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, były nieco lepsze w skali ocen dostatecznych i bardzo dobrych a w skali ocen negatywnych i dobrych podobne do opinii mieszkańców miasta. W przeprowadzonych analizach, zarówno w przypadku mieszkańców miasta [$\chi^2 = 0,95$, $p = 0,32$] jak i wsi [$\chi^2 = 0,84$, $p = 0,35$], nie było istotnych związków statystycznych, pomię-

dzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami. Opinie wystawiane przez kobiety [$\chi^2 = 0,09$, $p = 0,76$] tylko nieznacznie różniły się, od opinii wystawionych przez mężczyzn [$\chi^2 = 0,21$, $p = 0,64$]. Z analiz wynikało, że nie występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy płcią a wystawioną opinią. Najbardziej krytyczni w swoich opiniach byli pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia i pomiędzy 30 a 50 rokiem życia ale nie było to istotne statystycznie. Najlepsze opinie wystawili pacjenci w wieku poniżej 30 roku życia i dotyczyło to wszystkich ocen. W omawianej grupie wystąpił statystycznie istotny związek pomiędzy wiekiem a wystawianą opinią [$\chi^2 = 4,25$, $p<0,05$]. Najbardziej krytyczną grupę we wszystkich ocenach, stanowiły osoby posiadające wykształcenie wyższe [$\chi^2 = 4,77$, $p<0,05$]. W grupie badanych pacjentów, wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wykształceniem a wystawianą opinią. Grupy pacjentów z wykształceniem średnim [$\chi^2 = 0,01$, $p = 0,92$] i podstawowym lub zawodowym [$\chi^2 = 0,48$, $p = 0,49$] wystawiły bardzo podobne opinie, były one znacznie lepsze we wszystkich ocenach od opinii pacjentów posiadających wykształcenie wyższe ale nie potwierdziła tego przeprowadzona analiza statystyczna.

Tabela 1. Pierwsze wrażenia pacjentów po przyjęciu do oddziału szpitalnego

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	23	3,4	123	18,1	274	40,4	258	38,1
	wieś	25	3,3	114	14,8	312	40,6	317	41,3
Płeć	żeńska	29	3,1	162	17,1	387	41,0	367	38,8
	męska	19	3,8	75	15,0	199	39,7	208	41,5
Wiek	< 30 rż	6	1,8	44	13,1	138	40,9	149	44,2
	30 - 50 rż	13	2,5	90	17,3	216	41,5	202	38,8
	> 50 rż	29	4,9	103	17,5	232	39,5	224	38,1
Wykształcenie	wyższe	5	4,6	26	23,9	41	37,6	37	33,9
	średnie	17	3,3	84	16,4	203	39,7	207	40,5
	podstawowe i zawodowe	26	3,1	127	15,4	342	41,4	331	40,1
Pacjenci w 2004 r. Razem		48	3,3	237	16,4	586	40,5	575	39,8

W tabeli 2 przedstawiono opinie pacjentów dotyczące czasu oczekiwania na łóżko w oddziale szpitalnym przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, były lepsze we wszystkich ocenach od opinii mieszkańców miasta. Pomimo zaistniałych różnic, w przeprowadzonych analizach, zarówno w przypadku mieszkańców miasta [χ^2=0,89, p = 0,34] jak i obszarów wiejskich [χ^2 = 0,77, p = 0,38] nie było istotnych związków statystycznych pomiędzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami. Opinie kobiet, z wyjątkiem ocen negatywnych, były gorsze od opinii wystawionych przez mężczyzn. Jednak z przeprowadzonych analiz zarówno w przypadku kobiet [χ^2 = 0,25, p = 0,61] jak i mężczyzn [χ^2 = 0,59, p = 0,44] nie wynikało, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy płcią pacjenta a wystawioną przez niego opinią. Najbardziej krytyczni w swoich opiniach byli pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia [χ^2 = 6,62, p<0,05] a najlepsze opinie wystawiali pacjenci w wieku poniżej 30 roku życia [χ^2 = 5,45, p<0,05], dotyczyło to wszystkich ocen. W badanych grupach wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawionymi przez niego ocenami. Statystycznie istotnego związku nie było natomiast w grupie pacjentów w wieku pomiędzy 30 a 50 rokiem życia [χ^2 = 1,1, p = 0,29]. Najbardziej krytycznie we wszystkich ocenach wypowiadały się osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [χ^2 = 4,23, p<0,05]. W badanej grupie pacjentów, wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wykształceniem a wystawianą przez pacjenta opinią. Grupa pacjentów z wykształceniem średnim [χ^2 = 6,7, p<0,05] wystawiła opinie znacznie lepsze, szczególnie dotyczyło to ocen dostatecznych, dobrych i bardzo dobrych. Wśród pacjentów omawianej grupy, wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wykształceniem a wystawioną opinią. W grupie pacjentów posiadających wykształcenie wyższe [χ^2 = 0,51, p = 0,47] nie wystąpił statystycznie istotny związek pomiędzy wykształceniem a wystawioną opinią, pomimo podobieństwa do ocen wystawionych przez pacjentów z wykształceniem średnim.

Tabela 2. Czas oczekiwania na łóżko w oddziale szpitalnym

Dane pacjentów		ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	43	6,3	199	29,4	274	40,4	162	23,9
	wieś	34	4,4	210	27,3	323	42,1	201	26,2
Płeć	żeńska	46	4,9	281	29,7	387	41,0	231	24,4
	męska	31	6,2	128	25,5	210	41,9	132	26,3
Wiek	< 30 rż	8	2,4	83	24,6	148	43,9	98	29,1
	30 - 50 rż	13	2,5	149	28,6	225	43,2	134	25,7
	> 50 rż	56	9,5	177	30,1	224	38,1	131	22,3
Wykształcenie	wyższe	5	4,6	28	25,7	49	45,0	27	24,8
	średnie	26	5,1	114	22,3	225	44,0	146	28,6
	podstawowe i zawodowe	46	5,6	267	32,3	323	39,1	190	23,0
Pacjenci w 2004 r. Razem		77	5,3	409	28,3	597	41,3	363	25,1

W tabeli 3 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące wyposażenia sali oddziale szpitalnym przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi różniły się tylko nieznacznie od opinii wystawianych przez mieszkańców miasta. W przeprowadzonych analizach, zarówno w przypadku mieszkańców miasta [$\chi^2 = 0,01$, $p = 0,92$] jak i obszarów wiejskich [$\chi^2 = 0,01$, $p = 0,92$] nie było istotnych statystycznie związków pomiędzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami przez pacjentów. Opinie kobiet były gorsze od opinii mężczyzn, w przypadku ocen dostatecznych i dobrych a lepsze w przypadku ocen negatywnych i bardzo dobrych. Przeprowadzona analiza, zarówno w przypadku kobiet [$\chi^2 = 1,48$, $p = 0,22$] jak i mężczyzn [$\chi^2 = 3,66$, $p = 0,06$] nie wykazała istnienia istotnych statystycznie związków pomiędzy płcią pacjenta a wystawioną opinią. Najlepsze oceny wystawili pacjenci w wieku pomiędzy 30 a 50 roku życia [$\chi^2 = 8,14$, $p < 0,05$]. W badanej grupie wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawioną opinią.

Opinie pacjentów w wieku poniżej 30 roku życia [$\chi^2 = 0,98$, $p = 0,32$] i powyżej 50 roku życia [$\chi^2 = 3,32$, $p = 0,07$] były podobne, we wszystkich ocenach gorsze od wystawionych przez pacjentów w wieku pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. W analizowanych grupach nie wystąpił jednak istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawioną opinią. Najbardziej krytyczną grupą, we wszystkich ocenach były osoby z wykształceniem wyższym [$\chi^2 = 4,6$, $p<0,05$] a grupą osób wystawiającą najkorzystniejsze opinie byli pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [$\chi^2 = 3,97$, $p<0,05$]. W badanych grupach wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wykształceniem a wystawioną opinią. W grupie pacjentów z wykształceniem średnim [$\chi^2 = 3,03$, $p = 0,08$] nie wystąpił statystycznie istotny związek pomiędzy wykształceniem a wystawioną opinią.

Tabela 3. Wyposażenie sali w oddziale szpitalnym

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	33	4,9	102	15,0	274	40,4	269	39,7
	wieś	32	4,2	120	15,6	327	42,6	289	37,6
Płeć	żeńska	38	4,0	169	17,9	369	39,0	369	39,0
	męska	27	5,4	53	10,6	232	46,3	189	37,7
Wiek	< 30 rż	15	4,5	60	17,8	133	39,5	129	38,3
	30 - 50 rż	22	4,2	52	10,0	235	45,1	212	40,7
	> 50 rż	28	4,8	110	18,7	233	39,6	217	36,9
Wykształcenie	wyższe	6	5,5	25	22,9	43	39,4	35	32,1
	średnie	23	4,5	97	19,0	203	39,7	188	36,8
	podstawowe i zawodowe	36	4,4	100	12,1	355	43,0	335	40,6
Pacjenci w 2004 r. Razem		65	4,5	222	15,4	601	41,6	558	38,6

W tabeli 4 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące dostępu do ubikacji i łazienki w oddziale szpitalnym przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, były znacznie lepsze od opinii wystawianych przez mieszkańców miasta, w ocenach dostatecznych i bardzo do-

brych, gorsze w ocenach negatywnych i dobrych. Przeprowadzone analizy zarówno w przypadku mieszkańców miasta [χ^2 = 3,68, p = 0,06] jak i obszarów wiejskich [χ^2 = 3,48, p = 0,06] nie wykazały istotnych statystycznie związków pomiędzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami przez pacjentów. Opinie kobiet były nieco korzystniejsze w przypadku ocen negatywnych i dobrych a gorsze w przypadku ocen dostatecznych i bardzo dobrych od opinii wystawionych przez mężczyzn.

Tabela 4. Dostęp do ubikacji i łazienki w oddziale szpitalnym

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	23	3,4	103	15,2	255	37,6	297	43,8
	wieś	27	3,5	68	8,9	267	34,8	406	52,9
Płeć	żeńska	35	3,7	123	13,0	346	36,6	441	46,7
	męska	15	3,0	48	9,6	176	35,1	262	52,3
Wiek	< 30 rż	14	4,2	70	20,8	116	34,4	137	40,7
	30 - 50 rż	21	4,0	68	13,1	189	36,3	243	46,6
	> 50 rż	15	2,6	33	5,6	217	36,9	323	54,9
Wykształcenie	wyższe	6	5,5	21	19,3	39	35,8	43	39,4
	średnie	23	4,5	96	18,8	181	35,4	211	41,3
	podstawowe i zawodowe	21	2,5	54	6,5	302	36,6	449	54,4
Pacjenci w 2004 r. Razem		50	3,5	171	11,8	522	36,1	703	48,6

Z przeprowadzonych analiz zarówno w przypadku kobiet [χ^2 = 0,88, p = 0,34] jak i mężczyzn [χ^2=2,19, p=0,13] nie wynikało, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy płcią pacjenta a wystawioną przez niego opinią. Najkorzystniejsze oceny w swoich opiniach wystawili pacjenci powyżej 50 roku życia [χ^2 = 18,47, p<0,05] a najgorsze pacjenci w wieku poniżej 30 roku życia [χ^2 = 17,92, p<0,05]. W analizowanych grupach wystąpił statystycznie istotny związek pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawioną przez niego opinią. W grupie pacjentów w wieku między 30 a 50 rokiem życia [χ^2 = 0,93, p = 0,33] związek pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawioną opinią nie występował. Najbardziej krytyczną grupą, we

wszystkich ocenach były osoby z wykształceniem wyższym [χ^2 = 6,81, p<0,05], podobne oceny ale nieco lepsze były w grupie osób z wykształceniem średnim [χ^2 = 16,85, p<0,05]. Pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [χ^2 = 17,86, p<0,05] wystawiali znacznie lepsze opinie we wszystkich ocenach. W analizowanych grupach pacjentów, wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wykształceniem a wystawioną opinią.

W tabeli 5 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące czystości w oddziale szpitalnym przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, były znacznie lepsze od opinii wystawianych przez mieszkańców miasta, we wszystkich ocenach a przeprowadzone analizy w przypadku mieszkańców miasta [χ^2 = 13,68, p<0,05] i obszarów wiejskich [χ^2 = 14,38, p<0,05] wykazywały istotny statystycznie związek pomiędzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami przez pacjentów.

Tabela 5 Czystość w oddziale szpitalnym

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	25	3,7	125	18,4	273	40,3	255	37,6
	wieś	23	3,0	52	6,8	382	49,7	311	40,5
Płeć	żeńska	37	3,9	143	15,1	408	43,2	357	37,8
	męska	11	2,2	34	6,8	247	49,3	209	41,7
Wiek	< 30 rż	12	3,6	50	14,8	146	43,3	129	38,3
	30 - 50 rż	22	4,2	89	17,1	218	41,8	192	36,9
	> 50 rż	14	2,4	38	6,5	291	49,5	245	41,7
Wykształcenie	wyższe	4	3,7	22	20,2	42	38,5	41	37,6
	średnie	21	4,1	100	19,6	193	37,8	197	38,6
	podstawowe i zawodowe	23	2,8	55	6,7	420	50,8	328	39,7
Pacjenci w 2004 r. Razem		48	3,3	177	12,2	655	45,3	566	39,1

Opinie kobiet były znacznie gorsze od opinii wystawionych przez mężczyzn we wszystkich ocenach, przeprowadzone analizy zarówno w przypadku kobiet [χ^2 = 4,94, p<0,05] jak i mężczyzn [χ^2 = 13,48, p<0,05] wykazały, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy płcią

a wystawioną przez pacjenta opinią. Najkorzystniejsze oceny wystawili pacjenci powyżej 50 roku życia [$\chi^2 = 16,03$, $p<0,05$] a najgorsze w wieku pomiędzy 30 a 50 roku życia [$\chi^2 = 8,92$, $p<0,05$]. W badanych grupach wystąpił statystycznie istotny związek pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawioną przez niego opinią. W grupie pacjentów w wieku poniżej 30 roku życia [$\chi^2 = 1,63$, $p = 0,2$], związek pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawioną przez niego opinią nie występował. Najbardziej krytyczni w ocenach byli pacjenci z wykształceniem wyższym [$\chi^2 = 5,15$, $p<0,05$] i średnim [$\chi^2 = 17,1$, $p<0,05$]. W analizowanych grupach wyniki były bardzo podobne. Pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [$\chi^2 = 17,02$, $p<0,05$] wystawiali znacznie lepsze opinie i dotyczyło to wszystkich ocen. Wśród pacjentów wszystkich badanych grup, wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wykształceniem a wystawioną opinią.

3. Dyskusja

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach, miejsce zamieszkania pacjenta nie odgrywało większego znaczenia przy wystawianiu opinii dotyczącej warunków panujących w oddziałach. Pytania dotyczyły wyposażenia sal, dostępu do ubikacji i łazienki. Różnice nie wystąpiły również przy ocenie czasu oczekiwania na łóżko szpitalne. Jedyną różnicą była ocena dotycząca czystości w salach chorych. Bardziej krytyczni w tym kryterium okazali się mieszkańcy miasta. Brak różnic w wystawionych opiniach w zależności od miejsca zamieszkania przedstawili również Szydłowski i Grocki [11].

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach, płeć badanego pacjenta nie wpłynęła na ocenę dotyczącą warunków pobytu w oddziale, takich jak: czas oczekiwania na łóżko szpitalne, wyposażenie sal chorych, dostęp do ubikacji i łazienki. Różnice wystąpiły w przypadku oceny czystości w oddziałach szpitalnych, w tym kryterium najbardziej krytyczne były kobiety. Podobnie jak w badaniach przedstawionych przez innych autorów [11] nie było istotnego wpływu płci pacjenta na wystawianą ocenę. W kryterium warunków pobytu i czystości w oddziale szpitalnym Falkowska [5] informuje, że częściej oceny negatywne wystawiają mężczyźni. Odmienne zdanie w tym kryterium przedstawił Szyfert i wsp. [12]. Autorzy uważali, że

stan sanitarno-higieniczny w oddziałach częściej negatywnie oceniają kobiety. W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach, różnice w wystawianych opiniach pomiędzy mężczyznami i kobietami stwierdzono tylko w przypadku oceny czystości w salach chorych.

Najwięcej ocen negatywnych w kryterium dotyczącym czasu oczekiwania na łóżko, wystawiały osoby w wieku powyżej 50 roku życia a najmniej poniżej 30 roku życia. Odwrotna sytuacja wystąpiła w przypadku dostępu od ubikacji i łazienki. Osobami wystawiającymi częściej oceny negatywne byli pacjenci poniżej 30 roku życia a najkorzystniejsze opinie wystawiali pacjenci powyżej 50 roku życia. Pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia pozytywnie ocenili kryterium dotyczące czystości w oddziałach szpitalnych, najwięcej ocen negatywnych wystawili pacjenci w wieku 30 a 50 rokiem życia. W przeciwieństwie do badania Lenkiewicza i Mizery [7], przeprowadzone w Brzezinach badania wykazały, że wiek badanych pacjentów wpływał na ocenę w kryterium dotyczącym funkcjonowania szpitala. W badaniach przedstawionych przez Falkowską [5], najbardziej niezadowoloną grupę pacjentów stanowiły osoby młode. Młodzi pacjenci najczęściej wystawiali negatywne opinie dotyczące ogólnej oceny szpitala i warunków pobytu. W szpitalu w Brzezinach osoby w wieku poniżej 30 roku życia, stanowiły grupę pacjentów wystawiających w wielu kryteriach najmniej ocen negatywnych a najwięcej pozytywnych. Grupę osób wystawiających najczęściej oceny negatywne stanowili pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia. Analogiczne wyniki przedstawili również inni autorzy [10, 11].

W badaniach przeprowadzonych w szpitalu w Brzezinach wykształcenie pacjentów w istotny sposób wpływało na opinie o funkcjonowaniu szpitala. Najwięcej negatywnych opinii w przypadku oceny warunków lokalowych oddziałów wystawiały osoby z wykształceniem wyższym, najkorzystniejsze oceny wystawiali pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku wyposażenia sal chorych, dostępu do ubikacji i łazienki oraz czystości. Odwrotna sytuacja wystąpiła tylko w kryterium dotyczącym czasu oczekiwania na łóżko szpitalne. W tym przypadku najczęściej oceny negatywne wystawiali pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Podobne wyniki przedstawili również inni autorzy [5, 10, 11].

4. Wnioski

1. Płeć i miejsce zamieszkania pacjentów nie wpływało na wystawiane przez nich opinie w większości ocen.
2. Wpływ na wystawiane oceny miało wykształcenie i wiek pacjentów. Najbardziej niezadowoloną grupą byli pacjenci z wykształceniem wyższym.

Literatura

[1] Banaszewska A. *Jakość lecznictwa zamkniętego w oczach pacjentów*, Zdr. i Zarz. 2003; 5:53–57

[2] Banaszewska A: *Jak badać satysfakcję pacjentów*, Sł. Zdr. 2000; 4–5:10–17

[3] Masiakowski A: *Badanie satysfakcji pacjentów ze sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych*, Zdr. Publ. 1997; 1–2: 5–12

[4] Burda K: *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej,* Antidotum 2003; 1:61–80

[5] Danzon M. *Atlas of health in Europe. World Health Organization Regional Office for Europe,* Copenhagen, WHO Regional Office of Europe 2003

[6] Imersheim A, Ests C: F*rom health services to medical markets: the commodity transformation of medical production and the nonprofit sector,* Int. J. of Health Serv. 1996; 2:26–38

[7] Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichen F: *Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden*,Bulletin of the World Health Organization 2005; 83:92–99

[8] Szydłowski J, Grodzki P: *Badanie opinii osób hospitalizowanych o funkcjonowaniu oddziałów szpitalnych. propozycja metody i wnioski po wdrożeniu*, Probl. Med. Społ. 2001; 33:211–214

[9] Falkowska E: *Satysfakcja hospitalizowanych ze świadczeń Szpitala Wojewódzkiego w Łomży,* Praca Doktorska Lublin 2002

[10] Szyfert J, Pietrzak M, Sygit M, Zienkiewicz P: *Opieka stacjonarna w opinii pacjentów*, Probl. Med. Społ. 2001; 34:124–134

[11] Lenkiewicz L, Mizera G: B*adanie poziomu satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu – pierwsze doświadczenia,* Probl. Med. Społ. 2001; 35:81–87

[12] Suliborska-Zielińska K: *Poziom satysfakcji pacjenta wskaźnikiem jakości,* Przew. Men. Zdr. 2001;4:34–35

Social-demographic factors in relation to the assessment of the quality of staying in hospital ward in Regional Hospital in Brzeziny

Summary

Patient's satisfaction means the extent to which the care is accepted by him. Patint's satisfaction depends on the extent in which the received service meats his expectation. The aim was to carrying out the satisfaction of the patients with the quality of staying in Regional Hospital in Brzeziny considering social-demographic factors. The results of the research conducted in Regional Hospital in Brzeziny were analyzed, the data such as living place, sex, age and education were considered in the research. The received material was under statistics analyze, the statistic error of $p<0,05$ was accepted in the estimation. The sex and living place of patients did not influence their opinions in the majority of estimates. The education and the age of patients had the influence on their opinion. The most dissatisfied group was the patients with high education.

Key words: social-demographic factors, patient's satisfaction, hospital care, the quality of hospital care.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 91–100

Jan Krakowiak[1] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojciech Kocemba[2] – Szpital w Tomaszowie Mazowieckim
Andrzej Marjański[3] – SWSPiZ w Łodzi
Alina Kowalska[4] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska[5] – SWSPiZ w Łodzi

Miejsce zamieszkania a struktura socjalno-demograficzna respondentów biorących udział w badaniu satysfakcji pacjentów z leczenia szpitalnego w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 2007 roku

1. Wstęp

Zainicjowane w roku 1990 przemiany polityczne i ekonomiczne, a szczególnie wprowadzenie zasad gospodarki wolnorynkowej, otwarcie na Zachód i aspiracje do członkostwa we wspólnocie europejskiej, stały się istotnym czynnikiem modyfikującym styl życia Polaków. Pojawienie się wyraźniejszej satysfakcji społecznej, postępujący wzrost różnic w dochodach, a także silniejszy ich związek z wykształceniem i kwalifikacjami oraz wachlarz nowych wzorów i możliwości, w zakresie wyboru

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[2] Dr n. med. Wojciech Kocemba, Ordynator, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim, 97–200 Tomaszów Mazowiecki.

[3] Dr n. ekonom. Andrzej Marjański, Prodziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[4] Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[5] Dr n. med. Joanna Sułkowska, Adiunkt, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

kreującego inny jak dotychczas styl życia, wpłynął na różnicowanie się zachowań związanych ze zdrowiem. Wolny rynek sprzyjał jednocześnie urynkowieniu zdrowia. Lista produktów i aktywności niezbędnych dla dobrego zdrowia stała się coraz dłuższa. Zdrowie, zdrowe ciało, zdrowy wygląd jest tematem wszechobecnym w telewizji, czasopismach, supermarketach. Potężną dźwignią zmian, zarówno na korzyść jak i niekorzyść zdrowia staje się reklama, która nie istniała w poprzednim systemie, a która przez „łatwowiernego" konsumenta jest traktowana bardzo dosłownie. Prozdrowotne działania niekoniecznie muszą korespondować z wyższym dochodem, jednak w opinii Polaków zdrowy styl życia jest rzeczą kosztowną i czasochłonną, wymagającą pieniędzy i wyrzeczeń. Mimo to statystyki wskazują na dokonywanie się pewnych pozytywnych przemian, szczególnie widocznych w strukturze odżywiania, a także przemian we wzorach konsumpcji alkoholu. Trudno oczywiście powiedzieć, kiedy i w jakim stopniu na poprawę stylu życia wpływał wzrost świadomości zdrowotnej i przejmowanie odpowiedzialności za własne zdrowie, czy mechanizmy rynkowe [1, 2, 3].

Na przełomie 1999 i 2000 roku, pomimo braku zasadniczych zmian legislacyjnych, można było zaobserwować niewielką poprawę stosunku społeczeństwa do publicznej służby zdrowia. Prawdopodobnie wynikało to z wzrostu usług medycznych w sektorze prywatnym, przez co bardziej doceniano usługi bezpłatne. Rozszerzająca się oferta usług prywatnych odciążyła w niewielkim stopniu państwową służbę zdrowia, której usługi stały się bardziej dostępne. W sumie jednak nie satysfakcjonująca i powszechnie krytykowana działalność państwowej służby zdrowia, spotęgowana chaosem po wprowadzeniu w 1999 roku reformy, była nadal głównym usługodawcą na rynku świadczeń zdrowotnych w Polsce. W aktualnym stanie rozwoju społeczeństw, nie jest rzeczą możliwą do wskazania prostych relacji pomiędzy socjalno-ekonomicznym statusem społeczeństwa a stanem zdrowia populacji [4, 5].

Czynnikiem, który ma wpływ na powiązanie statusu socjalno-ekonomicznego ze zdrowiem danej populacji jest społeczna struktura, szczególnie dochód, zawód wykonywany i poziom wykształcenia. Do czynników tych zaliczamy również poziom uczestnictwa w konsumpcji i wytworzonych dóbr, uczestnictwo w procesie produkcji, dostęp do wiedzy, wartości, normy, styl życia, dostępność do opieki zdrowotnej,

pozycja w relacjach interpersonalnych w życiu społecznym. Duże znaczenie mają również warunki pracy i relacje w pracy, czynniki ryzyka, profilaktyczna opieka zdrowotna, predyspozycje osobowościowe, psychosocjalny stres. Czynniki powyższe, mogą powiązać problemy zdrowotne ludności ze stanem zdrowia. Należy w tym miejscu stwierdzić, że styl życia, wyznaczony przez wyżej wymienione czynniki, odgrywa główną rolę w postępowaniu prewencyjnym, kreowania prozdrowotnego stylu życia dla różnych grup społecznych, zróżnicowanych pod względem socjalno-ekonomicznym. Należy stwierdzić, że różnice w stylu życia grup społecznych o różnym socjalno-ekonomicznym statusie, nie mogą być interpretowane w prosty sposób, jako wyraz indywidualnego wyboru w sposobie działania. Różnice zostały powiązane z innymi aspektami sytuacji życiowych, różnych grup społeczno-ekonomicznych takich jak: dostępność do wiedzy, możliwości finansowe jednostki, czynniki ryzyka, systemy norm i wartości grupy, do której dany osobnik należy [6, 7, 8].

Satysfakcja pacjenta odgrywa ważną rolę w określaniu opieki zdrowotnej, ocenianej zwykle poprzez zewnętrzny system akredytacji i wewnętrzne systemy standardów postępowania medycznego. Satysfakcja pacjenta to stopień w jakim opieka jest przez niego akceptowana w odniesieniu do oczekiwań i potrzeb. Badanie satysfakcji pacjenta jest jedną z metod stosowanych do oceny jakości opieki zdrowotnej i polega na zebraniu opinii pacjentów o sposobie udzielania świadczeń medycznych. Badania satysfakcji pacjentów mogą wpływać na poprawę usług w konkretnych jednostkach służby zdrowia. W sektorze opieki zdrowotnej, jakość świadczonych usług jest zagadnieniem niezwykle ważnym, ponieważ dotyczy bezcennych wartości jakimi są życie i zdrowie. Świadczenie wysokiej jakości usług przy możliwie niskich kosztach, zaliczyć można do podstawowych celów zakładów opieki zdrowotnej. W tej sytuacji niezmiernie istotnym jest utrzymanie ciągłego kontaktu z pacjentami. Poziom zadowolenia klienta służby zdrowia, określają zarówno cechy charakterologiczne pacjenta, jak i obiektywnie istniejące możliwości instytucji świadczących usługi medyczne. W związku z tym działalność placówek zdrowotnych, oprócz poprawności klinicznej wykonywanych świadczeń, powinna cechować dbałość o zadowolenie pacjenta. Pacjenci wypowiadając się w ankiecie, w istotny sposób oddziałują na poprawę warunków leczenia. Na ocenę mogą wpływać różne cechy respon-

dentów takie jak: wiek, poziom wykształcenia, oczekiwania pacjenta, zjawisko takie jak ochrona własnego interesu, wdzięczność [9, 10, 11].

2. Cele pracy, materiały i metody badań, wnioski

Celem pracy jest przedstawienie struktury socjalno-ekonomicznej respondentów, pochodzących ze środowiska miejskiego i wiejskiego, biorących udział w badaniu satysfakcji pacjenta z usług medycznych i pozamedycznych w Szpitalu powiatowym w Brzezinach. Szczególną uwagę zwrócono na takie cechy respondentów jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, warunków zatrudnienia, zamieszkania i utrzymania.

Badanie przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 2007 roku. W rejonie działania szpitala znajdują się dwa miasta Brzeziny i Koluszki. Przyjmowani są również pacjenci z Łodzi oddalonej od Brzezin 19 o kilometrów. Pozostali pacjenci zamieszkują okoliczne miejscowości w rejonach wiejskich zlokalizowanych wokół Brzezin i Koluszek.

W celu zrealizowania wyżej wymienionych badań, zastosowano metodę socjologiczną, określaną badaniem sondażowym. Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety. Ankieta była rozprowadzana wśród pacjentów szpitala. Badanie przeprowadzano raz w tygodniu, w tym samym dniu. Badanie było powtarzane w następnym tygodniu w dniu następnym niż poprzednio. Kryterium doboru pacjentów do przeprowadzonych badań stanowiły: zgoda pacjenta na udział w badaniu i stan zdrowia pozwalający na przeprowadzenie ankiety.

Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, w której posłużono się mianami statystyki opisowej. W opracowaniach stosowano również metody wnioskowania statystycznego, pozwalające ocenić istotność różnic analizowanych zmiennych w badanych grupach lub określić istnienie związku statystycznego. W porównaniach korzystano z testu t dla dwóch prób niezależnych. W ocenie przyjęto błąd statystyczny $p<0,05$.

Wyniki i ich omówienie:

Postęp nauk medycznych w znaczny sposób wpływa na postawy i oczekiwania społeczeństwa. Czynniki, które coraz częściej oddziałują na zdrowie znajdują się w grupie socjalno-ekonomicznej, ocena usług

szpitala zależna jest w dużej mierze od płci pacjenta, jego wieku, wykształcenia, aktywności zawodowej, miejsca zamieszkania, warunków mieszkaniowych, stanu cywilnego, sytuacji materialnej badanego oraz jego stanu zdrowia. Autorzy podają, że oceny pozytywne dotyczące funkcjonowania szpitala, uzyskiwane częściej są od mężczyzn, osób z wykształceniem podstawowym, osób w starszym wieku, mieszkańców wsi, osób pozostających w związku małżeńskim i osób ze zdecydowanie złym stanem zdrowia. Oceny negatywne wystawiają częściej najmłodsi pacjenci, osoby z wykształceniem wyższym, mieszkańcy miasta, osoby mieszkające samotnie, stanu wolnego, o złym stanie zdrowia. Na wyżywienie w szpitalu skarżą się głównie osoby młode i pacjenci z wyższym wykształceniem. Negatywnie procedurę przyjęcia do szpitala, warunki pobytu i usługi świadczone przez personel medyczny, oceniają osoby młode, wykształcone, stanu wolnego, o zdecydowanie dobrym stanie zdrowia [12, 13, 14, 15].

W przeprowadzonym badaniu otrzymano 906 prawidłowo wypełnionych ankiet. Liczba ankiet otrzymanych od respondentów pochodzących ze środowiska wiejskiego wynosiła 493 i była tylko nieznacznie większa w porównaniu do środowiska miejskiego 413 ankiet.

W tabeli 1 przedstawiono respondentów badania z uwzględnieniem ich płci, wieku, wykształcenia i stanu cywilnego. W przeprowadzonym badaniu najliczniejszą grupę respondentów stanowiły kobiety 72,5%. Nie było istotnych statystycznie różnic ($t = -1{,}57$ $p = 0{,}11$) między respondentami ze środowiska wiejskiego i miejskiego. Wśród respondentów pochodzących ze środowiska wiejskiego odsetek kobiet wynosił 70,4%, a ze środowiska miejskiego 75,1%. Najliczniejszą grupą wiekową w przeprowadzonym badaniu stanowili respondenci w wieku 21–40 i 41–60 lat, stanowiąc odpowiednio 38% i 36,5%. Podobnie nie było również i tu różnic dotyczących wieku respondentów ($t = -0{,}6$ $p = 0{,}54$) w obu badanych środowiskach. W środowisku miejskim respondenci w tym wieku stanowili 40% i 36,7% a w środowisku wiejskim 36,5% oraz 36,1%. W obu środowiskach respondenci w wieku 20 lat i poniżej stanowili marginalną grupę, w środowisku miejskim 3,4% a w środowisku wiejskim 5,3%. Na taki rozkład płci i wieku respondentów w znaczniej mierze miało wpływ przeprowadzenie badania również w oddziale położniczo-ginekologicznym, gdzie w większości hospitalizowane były młode kobiety.

Tabela 1. Struktura socjalno-demograficzna respondentów z uwzględnieniem: płci, wieku, wykształcenia i stanu cywilnego badanych, Brzeziny 2007 r.

Dane pacjentów		Miejsce zamieszkania					
		Miasto (n = 413)		Wieś (n = 493)		Razem (n = 906)	
		n	%	n	%	N	%
Płeć	kobiety	310	75,01	347	70,4	657	72,5
	mężczyźni	103	24,9	146	79,6	249	27,5
Wiek	≤ 20 rż	14	3,4	26	5,3	40	4,4
	21–40 rż	165	40,0	180	36,5	345	38,0
	41–60 rż	152	36,7	178	36,1	330	36,5
	> 60 rż	82	19,9	109	22,1	191	21,1
Wykształcenie	podstawowe lub zawodowe	183	44,3	269	54,6	452	49,9
	średnie	151	36,6	173	35,1	324	35,8
	wyższe	79	19,1	51	10,3	130	14,3
Stan cywilny	panna kawaler	39	9,4	50	10,1	89	9,8
	mężatka zamężny	278	67,3	323	65,6	601	66,4
	rozwiedziona rozwiedziony	6	1,5	16	3,2	22	2,4
	wdowa wdowiec	90	21,8	104	21,1	194	21,4

Wśród respondentów najliczniejszą grupę 49,9% stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Najmniej liczną grupą były osoby z wykształceniem wyższym 14,3%. W porównaniu środowisk wśród respondentów mieszkających w mieście mniej było osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym 44,3%, a więcej z wykształceniem wyższym 19,1% – w porównaniu do respondentów mieszkających na wsi, gdzie osoby te stanowiły odpowiednio 54,6% i 10,3%, a różnica ta była istotna statystycznie ($t = 4,0$ $p<0,05$). Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim 66,4%. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby rozwiedzione 2,4%. Nie występowały znaczące różnice, dotyczące stanu cywilnego respondentów, w porównaniu badanych środowisk ($t = 0,04$ $p = 096$).

W tabeli 2 przedstawiono dane dotyczące rodzaju zatrudnienia, warunków utrzymania i warunków zamieszkania respondentów. Najliczniejsze grupy to osoby mające stałe zatrudnienie 32,9% oraz renciści lub emeryci 27,4%. Osoby podające zatrudnienie w rolnictwie stanowiły 16%. Wśród osób pochodzących ze środowiska miejskiego podobnie jak w przypadku wszystkich respondentów najliczniejsze grupy stanowiły osoby stale zatrudnione 48,9% oraz renciści i emeryci 26,4%. Wśród osób mieszkających na wsi do najliczniejszych grup należeli renciści lub emeryci 28,2% oraz osoby zgłaszające zatrudnienie w rolnictwie 24,9%, liczną jednak grupę stanowiły również osoby mające stałe zatrudnienie 19,5%. W porównaniu badanych środowisk wystąpiły różnice, jednak w przeprowadzonej analizie statystycznej nie były one istotne ($t = -1{,}49$ $p = 0{,}13$). Osoby zgłaszające warunki utrzymania jako średnie 36,6% oraz zadowalające 49,3% stanowiły najliczniejsze grupy wśród respondentów. W porównaniu badanych środowisk wyniki były bardzo podobne co potwierdzała przeprowadzona analiza statystyczna ($t = 0{,}05$ $p = 0{,}95$). W środowisku miejskim osoby zgłaszające warunki utrzymania jako średnie stanowiły 34,1% i zadowalające 51,9%, w środowisku wiejskim odpowiednio 38,7% oraz 47,1%. Wśród respondentów najliczniejszą grupę stanowiły osoby podające zamieszkanie w domu jednorodzinnym 69,1%. Różnice między środowiskiem wiejskim a miejskim dotyczące warunków zamieszkania respondentów były znaczące a zarazem naturalne ($t = -6{,}86$ $p<0{,}05$). Wśród osób mieszkających na wsi 78,9% osób zgłosiło zamieszkanie w domu jednorodzinnym, w mieście grupa ta stanowiła tylko 57,4% natomiast drugą równie liczną była grupa osób mieszkających w budynku wielorodzinnym 40,4%.

W porównaniu środowiska miejskiego i wiejskiego nie zaistniały szczególne różnice w przypadku płci, wieku, stanu cywilnego, rodzaju zatrudnienia i warunków utrzymania respondentów. Taka sytuacja dotycząca cech respondentów mogła być spowodowana tym, iż większość pacjentów pochodzących ze środowiska miejskiego zamieszkiwało małe aglomeracje miejskie do 25 tysięcy mieszkańców, takie jak Brzeziny i Koluszki. Liczba respondentów mieszkających w Łodzi była na tyle mała, że nie spowodowała znaczących różnic. Różnice takie w sposób naturalny wystąpiły w przypadku warunków zamieszkania respondentów. W środowisku osób mieszkających na wsi w sposób oczywisty najliczniejszą grupą był osoby

mieszkające w domu jednorodzinnym. Różnice między badanymi środowiskami dotyczyły również wykształcenia respondentów. W przeciwieństwie do osób mieszkających na wsi wśród respondentów pochodzących ze środowiska miejskiego było mniej osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym a więcej z wykształceniem wyższym.

Tabela 2. Struktura socjalno-demograficzna respondentów z uwzględnieniem: rodzaju zatrudnienia, warunków utrzymania i zamieszkania, Brzeziny 2007 r.

Dane pacjentów		Miejsce zamieszkania					
		Miasto (n = 413)		Wieś (n = 493)		Razem (n = 906)	
		n	%	n	%	N	%
Rodzaj zatrudnienia	nie pracuje	45	10,9	64	13,0	109	12,0
	zatrudnienie okresowe	35	8,5	71	14,4	106	11,7
	zatrudnienie stałe	202	48,9	96	19,5	298	32,9
	rolnik	22	5,3	123	24,9	145	16,0
	renta lub emerytura	109	26,4	139	28,2	248	27,4
Warunki utrzymania	złe	20	4,8	17	3,4	37	4,1
	średnie	141	34,1	191	38,7	332	36,6
	zadowalające	214	51,9	232	47,1	446	49,3
	bardzo dobre	38	9,2	53	10,8	91	10,0
Warunki zamieszkania	brak zamieszkania	9	2,2	6	1,2	15	1,7
	mieszkanie w budynku wielorodzinnym	167	40,4	98	19,9	265	29,2
	dom	237	57,4	389	78,9	626	69,1

4. Wnioski

1. Najliczniejszą grupę wśród respondentów stanowiły kobiety, osoby w wieku między 21 a 60 rokiem życia, pozostający w związku małżeńskim, mający wykształcenie podstawowe lub zawodowe. Do grupy tej należały również osoby mające stałe zatrudnienie, zgłaszające średnie lub zadowalające warunki utrzymania i mieszkające w domu jednorodzinnym.
2. Liczba respondentów pochodzących ze środowiska wiejskiego była tylko nieznacznie większa w porównaniu do środowiska miejskiego. Nie było

też różnic między obu środowiskami dotyczącymi płci, wieku, stanu cywilnego, rodzaju zatrudnienia i warunków utrzymania. Różnice takie dotyczyły wykształcenia i warunków zamieszkania respondentów.

Literatura

[1] Abramek E, Owoc A, Wdowiak L: *Szpitale kliniczne w kontekście reform systemowych w ochronie zdrowia w Polsce*, Probl. Med. Społ. 2001; 34: 289–296

[2] Golimowska S. *Problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy. Poprawiać, ale gdzie i jak?*, Zdr. i Zarz. 2002;4:91–106

[3] Księżopolski M: *Strategia polityki społecznej na progu XXI wieku*, Prom. Zdr. N. i Społ. i Med. 2000; 18:41–54

[4] Stępowski A, Sygit K, Pietrzak M: *Zachowania zdrowotne ludności w Polsce i na świecie*, Probl. Med. Społ. 2001; 33:253–260

[5] Buxton M, Hanney S, Jones T: *Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review*, Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:7333–739

[6] Ahmed S, Tomson G, Petzold M, Kabir Z: *Socioeconomic status overrides age and gender in determining health-seeking behaviour in rural Bamgladesh,* Bulletin of the World Health Organization 2005; 83:109–117

[7] Halik J: S*połeczne różnice w stanie zdrowia i dostępie do świadczeń medycznych – główne mechanizmy i uwarunkowania,* Prom. Zdr. N. i Społ. i Med. 2000; 19:103–112

[8] Kuchciarska-Ciesielska M: *Niektóre czynniki ryzyka zdrowotnego mieszkańców Polski*, Zdr. Publ. 1999; 7–8:255–263

[9] Tyszko P, Ostrowski B. *Zespół opieki socjalno-medycznej : model teoretyczny. Problemy medycyny społecznej,* T. 33 – Warszawa 2001; 280–285

[10] Włoch K, Wdowiak A: R*elacje między socjalno-ekonomicznym statusem ludności w wieku produkcyjnym a stanem zdrowia w programach prewencji rentowej,* Probl. Med. Społ. 2001; 34:16–19

[11] Banaszewska A. J*akość lecznictwa zamkniętego w oczach pacjentów*, Zdr. i Zarz. 2003;5:53–57

[12] Kapica D, Orzeł Z, Draus J: *Ocena poziomu zadowolenia pacjentów szpitala ze świadczonych usług zdrowotnych*, Zdr. Pub. 2001; 111:26–31

[13] Kawczyńska-Butrym Z: *Pojęcia: zdrowie-choroba w poglądach mieszkańców wsi,* Prom. Zdr. N. i Społ. i Med. 1997; 10–11:65–74

[14] Lenkiewicz L, Mizera G: *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu – pierwsze doświadczenia,* Probl. Med. Społ. 2001; 35:81–87

[15] Szyfert J, Pietrzak M, Sygit M, Zienkiewicz P: *Opieka stacjonarna w opinii pacjentów*, Probl. Med. Społ. 2001; 34:124–134

A dwelling place versus a social – demographic structure of respondents take part in a research on patients' satisfaction from medical treatment, in County Hospital in Brzeziny, 2007

Summary

Factors, that have an influence on health there are in social-economical group, and the assessment of medical treatment mainly depends on patient's gender, their age, education, activity in the labour market, housing conditions, martial status and financial situation. The aim of this work is putting forward respondents' social-economical structure for people come from rural and urban environment and who participate in a patients' satisfaction from medical treatment research. The research was conducted in County Hospital in Brzeziny in 2007. It was a survey by questionnaire and obtained findings were analysed statistically. The most numerous surveyed group were women between 21 and 60 years old. Most of them were married and have primary or vocational secondary education. There were people who have permanent employment, average or good living conditions, and who live mainly in single-family house in that surveyed group. A number of respondents living in rural environment was slighty higher than those ones from urban environment. There were not also differences between those two environments as far as gender, age, matrial status a sort of employment and living conditions is concerned. The differences concerned respondents' education and living conditions.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 101–110

Jan Krakowiak[1] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojciech Kocemba[2] – Szpital w Tomaszowie Mazowieckim
Włodzimierz Stelmach[3] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska[4] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Andrzej Marjański[5] – SWSPiZ w Łodzi

Opinie pacjentów dotyczące szpitalnej izby przyjęć Szpitala Powiatowego w Brzezinach w 2004 roku przy uwzględnieniu czynników socjalno-demograficznych

1. Wstęp

W ostatnich 15 latach w Polsce, wzrasta zainteresowanie badaniem opinii pacjentów w jednostkach służby zdrowia. Badania prowadzone są pod nazwą satysfakcji pacjenta z udzielonej usługi medycznej. Inspirację do przeprowadzania badań stanowią względy praktyczne. W systemach ochrony zdrowia, w których coraz większą rolę odgrywają elementy gospodarki rynkowej, zdobycie informacji, jak postrzegane są określone usługi medyczne przez pacjentów, jest bardzo cenne. Poznanie opinii

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[2] Dr n. med. Wojciech Kocemba, Ordynator, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim, 97–200 Tomaszów Mazowiecki.

[3] Dr hab. n med. Włodzimierz Stelmach, Kierownik Zakładu Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[4] Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[5] Dr n. ekonom. Andrzej Marjański, Prodziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

pacjentów umożliwia, dostosowania ośrodka do oczekiwań, przyczyniających się do wzrostu konkurencyjności placówki służby zdrowia. W sektorze opieki zdrowotnej, jakość świadczonych usług jest zagadnieniem niezwykle ważnym, ponieważ dotyczy bezcennych wartości jakimi są życie i zdrowie. Świadczenie wysokiej jakości usług przy możliwie niskich kosztach, zaliczyć można do podstawowych celów zakładów opieki zdrowotnej. W tej sytuacji niezmiernie istotnym jest utrzymanie ciągłego kontaktu z pacjentami. Poziom zadowolenia klienta służby zdrowia, określają zarówno cechy charakterologiczne pacjenta, jak i obiektywnie istniejące możliwości instytucji świadczących usługi medyczne. W związku z tym działalność placówek zdrowotnych, oprócz poprawności klinicznej wykonywanych świadczeń, powinna cechować dbałość o zadowolenie pacjenta [1, 3, 4, 5, 7, 8].

W zreformowanym zakładzie opieki zdrowotnej, wszyscy pracownicy, którzy mają kontakt z chorym, powinni działać na rzecz pacjenta bez względu na pełnioną funkcję. Najczęściej oceniana jest relacja w stosunku pacjent – lekarz. Bardzo istotną rolę w systemie jakości świadczeń medycznych pełnią pielęgniarki. Postrzeganie pacjentów zmienia się w zależności od wieku, wykształcenia, statusu socjalnego, korzeni kulturowych i etnicznych, zwykle jednak największy wpływ na poziom ich zadowolenia ma wsparcie i uprzejmość pielęgniarek. Szybkie i trafne reagowanie na wezwania pacjentów, sprawność i zręczność techniczna, poziom posiadanej wiedzy, umiejętności oraz ogólna atmosfera wykonywanej pracy wpływa na komfort psychiczny i fizyczny pacjentów [2, 9, 10, 11, 12, 15].

Analiza prac dotyczących badania satysfakcji pacjenta, wykazuje wysoki poziom udzielania świadczeń medycznych. Przeprowadzający badania stwierdzają w wnioskach, że jakość usług zdrowotnych w trakcie oceny była dobra. Na taką ocenę mogą jednak wpływać cechy respondentów. Elementy cech respondentów to: wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, oczekiwania pacjenta oraz zjawisko takie jak ochrona własnego interesu, wdzięczność [6].

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wnioski

Czynniki socjalno-demograficzne a opinie pacjentów dotyczące szpitalnej izby przyjęć w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 2004 roku.

Analizie poddano wyniki badań przeprowadzonych w szpitalnej izbie przyjęć Szpitala Powiatowego w Brzezinach, w 2004 roku od 1 czerwca do 30 listopada. W badaniach uwzględniono w ankietach takie dane jak: miejsce zamieszkania, płeć, wiek i poziom wykształcenia. W rejonie działania szpitala znajdują się dwa miasta Brzeziny i Koluszki, przyjmowani są również pacjenci z Łodzi. Pozostali pacjenci zamieszkują okoliczne miejscowości w rejonach wiejskich. Pacjentów podzielono w zależności od miejsca zamieszkania na: mieszkańców miasta i wsi. Według wieku na: wiek poniżej 30 roku życia, między 30 a 50 rokiem życia i powyżej 50 roku życia oraz według wykształcenia: wykształcenie wyższe, średnie i wykształcenie podstawowe i zawodowe.

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety, posługując się techniką opartą na komunikowaniu pośrednim, pomiędzy badaczem a badanym, bez bezpośredniego udziału ankietera. W badaniach, respondentowi zadawano pytania odwołujących się do tej samej skali ocen: negatywna, dostateczna, dobra i bardzo dobra. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, w której posłużono się mianami statystyki opisowej, w porównaniach korzystano z testu χ^2, w ocenie przyjęto błąd statystyczny $p<0,05$.

Wyniki i ich omówienie

W tabeli 1 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące szybkości załatwiania formalności w izbie przyjęć szpitala w Brzezinach, przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, we wszystkich ocenach były nieznacznie lepsze od opinii wystawianych przez mieszkańców miasta, ale w przeprowadzonych analizach zarówno w przypadku mieszkańców miasta [$\chi^2=3,19$, $p=0,07$] jak i obszarów wiejskich [$\chi^2=2,98$, $p=0,08$] nie było istotnych związków statystycznych między miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami przez pacjentów. Opinie kobiet we wszystkich ocenach były nieznacznie lepsze od opinii męż-

czyzn. Różnic w opiniach wystawianych przez kobiety [$\chi^2 = 0,14$, $p = 0,7$] w porównaniu do mężczyzn [$\chi^2 = 0,33$, $p = 0,56$] nie potwierdziły przeprowadzone analizy. Wynikało z nich, że nie ma istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią a wystawioną przez pacjenta opinią. Najbardziej krytyczni w swoich opiniach byli pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia [$\chi^2 = 5,28$, $p<0,05$] a oceny najlepsze wystawiali pacjenci w wieku między 30 a 50 rokiem życia [$\chi^2 = 5,64$, $p<0,05$]. W badanych przypadkach istniał statystycznie istotny związek, pomiędzy wiekiem badanego a wystawianą przez niego opinią. Związku nie było natomiast w grupie osób poniżej 30 roku życia [$\chi^2 = 0,11$, $p = 0,74$]. Najbardziej krytyczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym [$\chi^2 = 8,7$, $p<0,05$], natomiast najlepsze oceny wystawiały osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [$\chi^2 = 7,42$, $p<0,05$]. Osoby należące do grupy posiadającej wykształcenie średnie, wystawiały oceny lepsze od posiadających wykształcenie wyższe. Oceny pacjentów z wykształceniem średnim były gorsze od ocen pacjentów z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [$\chi^2 = 5,22$, $p<0,05$]. We wszystkich badanych grupach, istniał statystycznie istotny związek pomiędzy oceną wystawioną przez pacjenta a jego wykształceniem, potwierdziły powyższe przeprowadzone analizy statystyczne.

Tabela 1. Opinie dotyczące szybkości załatwiania formalności w izbie przyjęć

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	23	3,4	110	16,2	297	43,8	248	36,6
	wieś	14	1,8	91	11,8	350	45,6	313	40,8
Płeć	żeńska	20	2,1	130	13,8	423	44,8	372	39,4
	męska	17	3,4	71	14,2	224	44,7	189	37,7
Wiek	< 30 rż	7	2,1	46	13,6	152	45,1	132	39,2
	30–50 rż	11	2,1	52	10,0	247	47,4	211	40,5
	> 50 rż	19	3,2	103	17,5	248	42,2	218	37,1
Wykształcenie	wyższe	5	4,6	25	22,9	41	37,6	38	34,9
	średnie	16	3,1	91	17,8	203	39,7	201	39,3
	podstawowe i zawodowe	16	1,9	85	10,3	403	48,8	322	39,0
Pacjenci w 2004 r. Razem		37	2,6	201	13,9	647	44,7	561	38,8

W tabeli 2 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące uprzejmości personelu pielęgniarskiego izby przyjęć szpitala w Brzezinach, przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, we wszystkich ocenach były lepsze od opinii wystawianych przez mieszkańców miasta. Pomimo zaistniałych różnic przeprowadzone analizy, zarówno w przypadku mieszkańców miasta [$\chi^2 = 3,5$, $p = 0,06$] jak i obszarów wiejskich [$\chi^2 = 3,29$, $p = 0,07$] nie stwierdziły istotnych związków statystycznych pomiędzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami. Opinie kobiet były lepsze w przypadku ocen dostatecznych i dobrych a nieznacznie gorsze w przypadku ocen negatywnych i bardzo dobrych. Różnic w opiniach wystawianych przez kobiety [$\chi^2 = 0,55$, $p = 0,45$] w porównaniu do opinii mężczyzn [$\chi^2 = 1,21$, $p = 0,27$] nie potwierdziły przeprowadzone analizy. Wynikało z nich, że nie ma istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią a wystawioną przez pacjenta opinią. Najbardziej krytyczni w swoich opiniach byli pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia [$\chi^2 = 5,99$, $p<0,05$] a oceny najlepsze wystawiali pacjenci w wieku pomiędzy 30 a 50 rokiem życia [$\chi^2 = 5,17$, $p<0,05$]. W analizowanych przypadkach, istniał statystycznie istotny związek pomiędzy wiekiem a wystawianą przez badanego opinią. Związek taki nie występował wśród osób w wieku poniżej 30 roku życia [$\chi^2 = 0,47$, $p = 0,49$]. Najbardziej krytyczną grupę we wszystkich ocenach stanowiły osoby z wykształceniem wyższym [$\chi^2 = 9,53$, $p<0,05$], najlepsze opinie, z wyjątkiem ocen bardzo dobrych wystawiały osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [$\chi^2 = 8,81$, $p<0,05$]. Osoby należące do grupy z wykształceniem średnim, wystawiały oceny lepsze od osób posiadających wykształcenie wyższe. Natomiast w porównaniu z opiniami pacjentów z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wyniki były gorsze z wyjątkiem oceny bardzo dobrej, którą osoby z tej grupy wskazywały najczęściej [$\chi^2 = 6,32$, $p<0,05$]. We wszystkich grupach istniał statystycznie istotny związek, pomiędzy oceną wystawioną przez pacjenta a jego wykształceniem, potwierdziły powyższe przeprowadzone analizy statystyczne.

Tabela 2. Opinie dotyczące uprzejmości personelu pielęgniarskiego w izbie przyjęć

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	17	2,5	114	16,8	319	47,1	228	33,6
	wieś	17	2,2	84	10,9	381	49,6	286	37,2
Płeć	żeńska	24	2,5	117	12,4	472	49,9	332	35,1
	męska	10	2,0	81	16,2	228	45,5	182	36,3
Wiek	< 30 rż	7	2,1	42	12,5	166	49,3	122	36,2
	30 - 50 rż	11	2,1	51	9,8	261	50,1	198	38,0
	> 50 rż	16	2,7	105	17,9	273	46,4	194	33,0
Wykształcenie	wyższe	4	3,7	26	23,9	41	37,6	38	34,9
	średnie	15	2,9	92	18,0	203	39,7	201	39,3
	podstawowe i zawodowe	34	2,4	198	13,7	700	48,4	514	35,5

3. Dyskusja

Badanie satysfakcji pacjentów, jest bardzo istotnym narzędziem w pozyskaniu informacji o jakości usług świadczonych przez szpital. Wysoka jakość usług medycznych zwiększa konkurencyjność na rynku świadczeniodawców, podnosi prestiż zakładu i stanowi gwarancję stałego finansowania jednostki. Rynek świadczeniodawców, będzie z roku na rok coraz bardziej konkurencyjny i pomimo bardzo niskich nakładów na ochronę zdrowia w Polsce, z roku na rok przybywa i przybywać będzie nowych podmiotów świadczących usługi medyczne. Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej będzie skuteczna wówczas, kiedy reorganizacja placówki zostanie opracowana na podstawie analizy satysfakcji pacjentów, pod potrzeby konsumenta świadczeń medycznych. Duży wpływ na opinie pacjentów wystawiane o funkcjonowaniu szpitala maja pierwsze wrażenia jakich doznają w izbie przyjęć. Izba przyjęć postrzegana jest zazwyczaj przez pacjentów jako swoistego rodzaju wizytówka szpitala. Do ważnych kwestii w funkcjonowaniu izby przyjęć szpitala, należy czas ocze-

kiwania na załatwienie swoich spraw oraz uprzejmość personelu [2, 7, 9, 10, 16].

W badaniach przeprowadzonych przez Szyftera i wsp. [14] odsetek kobiet nie różnił się istotnie od odsetka mężczyzn oceniających pozytywnie opiekę szpitalną, Liczba kobiet oceniających pozytywnie życzliwość i uprzejmość lekarzy była istotnie wyższa od liczby mężczyzn. Staranność w zabiegach wykonywanych przez pielęgniarki częściej wyrażały kobiety niż mężczyźni. W ocenach dotyczących wyżywienia i czystości bardziej krytyczni byli mężczyźni niż kobiety. Według Szydłowskiego i Grockiego [13] ważną dla badań, była obserwacja istnienia korelacji zależności wyrażanych ocen funkcjonowania izby przyjęć i szpitala. Obserwacje powyższe wskazywały, że dla respondentów izba przyjęć postrzegana była jako swoistego rodzaju wizytówka szpitala, stanowiąca istotny udział w kompleksowej ocenie szpitala. Lenkiewicz i Mizera [11] analizowali badania dotyczące satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu. Pacjenci w 67% przypadków, pozytywnie ocenili przyjęcie do szpitala, formalności i pracę izby przyjęć. Wiek ankietowanych w świetle przeprowadzonych badań nie miał większego wpływu na ocenę pracy pielęgniarek i lekarzy. Falkowska [6] stwierdziła, że ocena usług szpitala zależna była od płci pacjenta, jego wieku, wykształcenia, aktywności zawodowej, miejsca zamieszkania, warunków mieszkaniowych, stanu cywilnego, sytuacji materialnej badanego oraz jego stanu zdrowia. Oceny pozytywne funkcjonowania szpitala uzyskiwano częściej od mężczyzn, osób z wykształceniem podstawowym, osób w starszym wieku, mieszkańców wsi, osób pozostających w związku małżeńskim i osób ze zdecydowanie złym stanem zdrowia. Oceny negatywne wystawiali częściej najmłodsi pacjenci, osoby z wykształceniem wyższym, osoby bezrobotne, mieszkańcy miasta, osoby mieszkające samotnie, stanu wolnego, o złym stanie zdrowia.

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach, miejsce zamieszkania nie odgrywało większego znaczenia przy wystawianiu opinii dotyczącej szybkości załatwiania formalności w izbie przyjęć. Podobnie nie było zależności między miejscem zamieszkania a oceną uprzejmości personelu pielęgniarskiego w izbie przyjęć. Płeć badanego pacjenta nie wpłynęła na ocenę funkcjonowania izby przyjęć i dotyczyło to zarówno

czasu załatwiania formalności jak i uprzejmości personelu pielęgniarskiego. Wiek pacjentów wpływał na wystawiane opinie o funkcjonowaniu izby przyjęć. Najczęściej oceny negatywne w kryterium dotyczącym szybkości załatwiania formalności i uprzejmości personelu pielęgniarskiego wystawiali pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia. Wykształcenie pacjentów w istotny sposób wpływało na opinie o funkcjonowaniu szpitala. Najwięcej negatywnych opinii o funkcjonowaniu izby przyjęć zarówno w przypadku szybkości załatwiania formalności jak i uprzejmości personelu pielęgniarskiego wystawiały osoby z wykształceniem wyższym, najkorzystniejsze oceny wystawiali pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

4. Wnioski

1. Na wystawiane oceny dotyczące szpitalnej izby przyjęć nie miało wpływu miejsce zamieszkania pacjenta, ani jego płeć.
2. Wpływ na opinie o funkcjonowaniu izby przyjęć miał wiek pacjenta i jego wykształcenie. Najmniej korzystne opinie wystawiali pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia i pacjenci z wykształceniem wyższym.

Literatura

[1] Abramek E, Owoc A, Wdowiak L: Szpitale kliniczne w kontekście reform systemowych w ochronie zdrowia w Polsce. Probl.Med.Społ. 2001; 34: 289–296

[2] Baran Cz, Sepioło A: Świadczenia poradni ogólnych w opinii pacjentów i lekarzy. Probl.Med.Społ. 1997; 31:293–299

[3] Błaszczyk F, Bazanowski W: Pojęcie i koncepcje jakości. Antidotum 2004; 4:25–36

[4] Chudowska D: Poprawa satysfakcji pacjentek przez skrócenie czasu oraz poprawę komfortu oczekiwania na badanie mammograficzne. Druga Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej" Kraków 1997;38–43

[5] Grajczyk E. Badanie satysfakcji pacjentów hospitalizowanych ze świadczeń usług pielęgniarskich : praca doktorska 2003, Akademia Medyczna im Piastów Śląskich we Wrocławiu

[6] Jaracz K, Cudak E, Grabowska B. Potrzeby pacjenta z perspektywy chorych i personelu pielęgniarskiego: analiza badań empirycznych. Postępy organizacyjno-

prawne, logistyczne i edukacyjne w ratownictwie: analiza doświadczeń w kontekście jakości świadczenia pomocy: materiały przedstawione podczas sesji naukowej VIII Ogólnopolskiego Forum Ratownictwa w Inowrocławiu – Inowrocław, 2003; 375–381

[7] Adamczyk K: Mechanizm zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej. Probl.Med.Społ. 2001; 34:289–296

[8] Karski J. Standardy dla praktyki promocji zdrowia w szpitalu. Nowiny Lek. 2004; 73:238–241

[9] Kupcewicz E. Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik jakości opieki zdrowotnej. Pielęg. i Położ. 2004;46:9–11

[10] Lenkiewicz L, Mizera G: Badanie poziomu satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu – pierwsze doświadczenia. Probl.Med.Społ. 2001; 35:81–87

[11] Oleszczyk K i WSP: Poziom satysfakcji chorych jako miara jakości usług po szpitalnej rehabilitacji kardiologicznej. Druga Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej" Kraków 1997; 111–119

[12] Tymowska K. Założenia i rzeczywistość w reformowaniu ochrony zdrowia. Grab. Poryw. 2000;1:18–34

[13] Falkowska E: Satysfakcja hospitalizowanych ze świadczeń Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. Praca Doktorska Lublin 2002

[14] Wąsiewicz E: Badanie satysfakcji pacjenta jako jeden z etapów wielokierunkowej oceny jakości usług medycznych. Probl.Med.Społ. 1997; 32:131–140

[15] Szydłowski J, Grodzki P: Funkcjonowanie izby przyjęć szpitala w opinii pacjentów. Zmienne wpływające i związek z ogólną oceną funkcjonowania szpitala. Probl.Med.Społ. 2001; 34:345–349

[16] Szyfert J, Pietrzak M, Sygit M, Zienkiewicz P: Opieka stacjonarna w opinii pacjentów. Probl.Med.Społ. 2001; 34:124–134

The patients' opinions considering hospital infirmary of Regional Hospital in Brzeziny in 2004 taking social-demographic into consideration

Summary

For the last 15 in Poland, the interest in research of patients' opinion on health service has increased. The patients perception changes depending on age, education, social status, culture and ethnic roots. The aim was to research on patients satisfaction in hospital infirmary of Regional Hospital in Brzeziny taking social-demographic into consideration. The results of the research conducted in hospital infirmary in Regional Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004 were analyzed, the following data: living place, sex,

age and education were considered in research. The received material was under statistics analyze, the statistic error of $p<0,05$ was accepted in the estimation. The patient's living place and sex had no influence on the assessment considering the hospital infirmary. The patient's age and education had an influence on the assessment considering the hospital infirmary. The less favorable opinions were by the patients at the age above 50 and the patients with higher education.

Key words: social-demographic factors, patient's satisfaction, medical care, hospital infirmary.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 111–118

Jan Krakowiak[1] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojciech Kocemba[2] – Szpital w Tomaszowie Mazowieckim
Andrzej Marjański[3] – SWSPiZ w Łodzi
Alina Kowalska[4] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska[5] – SWSPiZ w Łodzi

Szpitalna izba przyjęć w opinii pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w 1999 i 2004 roku

1. Wstęp

System opieki zdrowotnej w Polsce wymaga modyfikacji. Dyskusje prowadzone od lat, na temat reformy systemu ochrony zdrowia, w ostatnim okresie stały się bardzo powszechne. Badania dotyczące korzystania z usług medycznych, wskazują że decydujący udział w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych, odgrywają placówki publicznej służby zdrowia. Znajomość stanu zdrowia ludności i potrzeb zdrowotnych, jest warunkiem koniecznym dla prawidłowego organizowania opieki zdrowotnej. W okre-

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[2] Dr n. med. Wojciech Kocemba, Ordynator, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim.

[3] Dr n. ekonom. Andrzej Marjański, Prodziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[4] Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[5] Dr n. med. Joanna Sułkowska, Adiunkt, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

sie poprzedzającym zmiany strukturalne w służbie zdrowia, ten sam podmiot prowadził, finansował i nadzorował zakłady opieki zdrowotnej. Pacjent w takim systemie traktowany był jako zło konieczne. Powodowało to spadek obiektywnie i subiektywnie pojmowanej jakości udzielanych usług, szeroko rozumianej jako satysfakcja pacjenta [1, 4, 6, 10].

Badanie satysfakcji jest ważnym źródłem informacji o poziomie świadczonej opieki i jest powszechna zgoda, co do celowości korzystania z opinii pacjentów dotyczących opieki medycznej. Pacjenci mają do tego nienaruszalne prawo i swoistą perspektywę oceny. Należy zauważyć, że pacjenci wyrażają mało zróżnicowane, powściągliwe, zwykle pozytywne lub pobłażliwe opinie. Większość pacjentów nie wyraża krytycznych uwag nawet wówczas, gdy sondaże zapewniają anonimowość i przeprowadzane są po zakończeniu terapii. Badania satysfakcji pacjenta z otrzymanych usług medycznych były i są prowadzone w wielu ośrodkach medycznych. Największa ich część dotyczy pacjentów diagnozowanych i leczonych w ośrodkach szpitalnych [3, 8, 11].

W zreformowanym zakładzie opieki zdrowotnej, wszyscy pracownicy, którzy mają kontakt z chorym, powinni działać na rzecz pacjenta bez względu na pełnioną funkcję. Najczęściej oceniana jest relacja w stosunku pacjent – lekarz. Bardzo istotną rolę w systemie jakości świadczeń medycznych pełnią pielęgniarki. Szybkie i trafne reagowanie na wezwania pacjentów, sprawność i zręczność techniczna, poziom posiadanej wiedzy, umiejętności oraz ogólna atmosfera wykonywanej pracy wpływa na komfort psychiczny i fizyczny pacjentów [2, 7, 8]. W opiniach dotyczących działalności lecznictwa szpitalnego i personelu zatrudnionego w szpitalu, niektórzy autorzy zauważają iż pacjenci najbardziej zadowoleni są z opieki lekarskiej, w mniejszym stopniu z pielęgniarskiej a w najmniejszym stopniu z pracy personelu pomocniczego [9].

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wnioski

Celem pracy było przeprowadzenie badania satysfakcji pacjentów z funkcjonowania szpitalnej izbie przyjęć, w latach 1999 i 2004.

Analizie poddano wyniki badań przeprowadzonych w szpitalnej izbie przyjęć Szpitala Powiatowego w Brzezinach, w 1999 roku w okresie od 01.marca do 31. sierpnia, a w 2004 roku od 01 czerwca do 30. listopada. Szpital Powiatowy w Brzezinach, w okresie od 1999 roku do 2004 roku uległ znacznej reorganizacji oraz rozbudowie. Zwiększyła się liczba oddziałów szpitalnych o takie jak: szpitalny oddział ratunkowy, ortopedia, neurologia, intensywna terapia, oddział opieki długoterminowej i centralna izba przyjęć.

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety, posługując się techniką opartą na komunikowaniu pośrednim, pomiędzy badaczem a badanym, bez bezpośredniego udziału ankietera. W badaniach, respondentowi zadawano pytania odwołujących się do tej samej skali ocen: negatywna, dostateczna, dobra i bardzo dobra. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, w której posłużono się mianami statystyki opisowej, w porównaniach korzystano z testu dla dwóch średnich z dużych prób, w ocenie przyjęto błąd statystyczny $p<0,05$.

Wyniki i ich omówienie

W tabeli 1 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące czasu załatwiania formalności w izbie przyjęć szpitala w Brzezinach. W 1999 roku 2,9% badanych pacjentów negatywnie oceniło czas załatwiania formalności w izbie przyjęć, oceny dostateczne wystawiło 16,7%, dobre 43,2% a bardo dobre 37,2% badanych. W 2004 roku oceny negatywne wystawiło 2,6% badanych pacjentów, dostateczne 13,9%, dobre 44,7% a bardo dobre 38,8% badanych. Wystawione oceny dotyczące czasu załatwiania formalności w izbie przyjęć szpitala w Brzezinach, przez badanych pacjentów w 1999 roku były mniej korzystne od ocen wystawionych przez pacjentów w 2004 roku, jednak przeprowadzona analiza statystyczna nie potwierdziła zaistniałych różnic [$t= -1,76$, $p=0,07$]. Nie było również znaczących różnic w ocenach, osób badanych w oddziale chirurgicznym [$t= 0,04$, $p=0,96$] i oddziale położniczo-ginekologicznym [$t= -0,81$, $p=0,41$]. W badanych latach wystąpiły różnice w przypadku oddziału internistycznego. Pacjenci oddziału, wystawiali częściej oceny dobre i bardzo dobre w 2004 roku, w porównaniu do ocen wystawionych w 1999 roku, potwierdziła powyższe przeprowadzona analiza statystyczna [$t= -2,09$, $p<0,05$].

Tabela 1. Opinie dotyczące szybkości załatwiania formalności w izbie przyjęć szpitala w Brzezinach

Pacjenci	1999								2004							
	ocena								Ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	23	3,7	128	20,5	264	42,3	209	33,5	17	2,6	98	15,2	303	46,8	229	35,4
Oddział Chirurgiczny	13	2,8	83	18,3	183	40,0	178	38,9	14	3,5	66	16,6	165	41,5	153	38,4
O. Położniczo-ginekologiczny	7	1,8	36	9,0	192	48,2	163	41,0	6	1,5	37	9,3	179	44,6	179	44,6
Pacjenci razem	43	2,9	247	16,7	639	43,2	550	37,2	37	2,6	201	13,9	647	44,7	561	38,8

W tabeli 2 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące uprzejmości personelu pielęgniarskiego w izbie przyjęć szpitala w Brzezinach. W 1999 roku oceny negatywne wystawiło 3,7% badanych pacjentów, dostateczne 18,6%, dobre 47,5% a bardo dobre 30,2% badanych. W 2004 roku 2,4% badanych pacjentów, oceniło negatywnie uprzejmość personelu pielęgniarskiego w izbie przyjęć. Oceny dostateczne wystawiło 13,7% osób, dobre 48,4%, a bardo dobre 35,5% badanych. Wystawione oceny, dotyczące badania uprzejmości personelu pielęgniarskiego w izbie przyjęć, szpitala w Brzezinach, przez pacjentów w 1999 roku były mniej korzystne od ocen wystawionych przez pacjentów w 2004 roku, potwierdziła powyższe przeprowadzona analiza statystyczna [$t = -4,56$, $p<0,005$]. Wystąpiły również istotne różnice w porównaniu badanych lat, dotyczących ocen wystawianych przez pacjentów w oddziale internistycznym [$t = -4,14$, $p<0,005$] i oddziale chirurgicznym [$t = -2,64$, $p<0,005$], potwierdziły to przeprowadzone analizy statystyczne. Pacjenci wymienionych oddziałów, częściej w 2004 roku wystawiali oceny dobre i bardzo dobre, w porównaniu do ocen wystawionych w 1999 roku. Różnic, nie zaobserwowano w przypadku oddziału położniczo-ginekologicznego, pa-

cjentki wystawiały w 2004 roku częściej oceny bardzo dobre, rzadziej dostateczne w porównaniu do ocen wystawionych w 1999 roku, lecz różnica nie była istotna statystycznie [t = –0,42, p = 0,67].

Tabela 2. Opinie dotyczące uprzejmości personelu pielęgniarskiego w izbie przyjęć, szpitala w Brzezinach

Pacjenci	1999								2004							
	ocena								ocena							
	negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra		Negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oddział Internistyczny	27	4,3	132	21,2	287	46,0	178	28,5	16	2,5	89	13,7	311	48,1	231	35,7
Oddział Chirurgiczny	24	5,3	92	20,0	221	48,4	120	26,3	13	3,3	61	15,3	197	49,5	127	31,9
O. Położniczo-ginekologiczny	3	0,8	53	13,3	194	48,7	148	37,2	5	1,2	48	12,0	192	47,9	156	38,9
Pacjenci razem	54	3,7	277	18,6	702	47,5	446	30,2	34	2,4	198	13,7	700	48,4	514	35,5

3. Dyskusja

Badanie satysfakcji pacjenta jest jedną z metod stosowanych w ocenie jakości opieki zdrowotnej, polega na zebraniu opinii ankietowanych o sposobie udzielania świadczeń medycznych. Pomiar satysfakcji może być dokonywany przy pomocy różnorodnych metod i technik badawczych. W ostatnich latach do badań satysfakcji pacjentów, socjologowie wybierają często pośrednią lub bezpośrednią technikę ankiet [3, 8, 9].

Ważną dla badań jest obserwacja istnienia korelacji zależności wyrażanych ocen funkcjonowania izby przyjęć i szpitala. Izba przyjęć postrzegana jest zazwyczaj przez pacjentów jako swoistego rodzaju wizytówka szpitala a oceny funkcjonowania rzutują na kompleksową ocenę szpitala. Do ważnych kwestii w funkcjonowaniu izby przyjęć szpitala,

należy czas oczekiwania na załatwienie swoich spraw oraz uprzejmość personelu. Badanie dotyczące funkcjonowania izby przyjęć Szpitala w Policach przeprowadzili Szydłowski i Grodzki [12].

Ocena funkcjonowania izby przyjęć została opracowana na podstawie: uprzejmości i życzliwości personelu średniego, sposobie i zakresie informacji udzielanych pacjentowi, zainteresowaniu pielęgniarek pacjentem, uprzejmości i trosce lekarza o pacjenta, sprawności załatwiania czynności administracyjnych, staranności wykonywania czynności pielęgniarskich, wiedzy fachowej i doświadczeniu lekarza oraz okresie oczekiwania na pierwsze badanie lekarskie.

Autorzy potwierdzili, że wyrażane opinie o funkcjonowaniu szpitala są skorelowane z wyrażanymi opiniami pacjentów o funkcjonowaniu izby przyjęć. Falkowska [5] stwierdziła, że pacjenci skarżą się często na zbyt długą procedurę przyjmowania do szpitala, 11% ocen negatywnych w grupie badanych pacjentów. Dokuczliwe były również trudności z przyjęciem się do szpitala, 9% ocen negatywnych.

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach zadano pacjentom dwa pytania dotyczące działania izby przyjęć, które wydawały się ważne i odgrywały istotny wpływ na opinie. Pierwsze, dotyczyło czasu w jakim personel podjął działania zmierzające do dopełnienia wszystkich formalności administracyjnych, włącznie z decyzją o przyjęciu do oddziału. W 1999 roku większość badanych wystawiała częściej opinie pozytywne. Najszybciej w tym zakresie obsługiwane były pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego, w którym oceny bardzo dobre wystawiło 41% badanych. Najmniej korzystne opinie wystawili pacjenci oddziału internistycznego. Podobne opinie dotyczące czasu załatwiania formalności w izbie przyjęć wystawili pacjenci w 2004 roku. Analogicznie jak w 1999 roku, opinie wystawiane przez pacjentów poszczególnych oddziałów były podobne jak w roku 2004. Najkorzystniejsze opinie wystawiały pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego a najmniej korzystne pacjenci oddziału internistycznego. Tak dobre opinie wystawiane przez pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego wynikały prawdopodobnie z lokalizacji izby przyjęć, która stanowiła integralną część oddziału, co umożliwiało szybkie przyjęcie pacjenta do oddziału.

Drugie pytanie dotyczyło uprzejmości personelu pielęgniarskiego w izbie przyjęć, ocena większości była pozytywna. Opinie powyższe uległy w 2004 roku poprawie. Poprawa w ocenie uprzejmości personelu pielęgniarskiego wystąpiła również w przypadku oddziałów internistycznego i chirurgicznego. Najkorzystniejsze opinie, podobnie jak poprzednio wystawiały pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego. Opinie najgorsze wystawili pacjenci oddziału chirurgicznego. Podobną bardzo pozytywną opinię o funkcjonowaniu izby przyjęć w swoich badaniach przedstawili Lenkiewicz i Mizera [9]. W badaniach prowadzonych przez wymienionych autorów, 67% pacjentów pozytywnie oceniło przyjęcie do szpitala, załatwienie formalności i pracę izby przyjęć. W przeciwieństwie jednak do wyników uzyskanych w Brzezinach opinie negatywne dotyczące przyjęcia do szpitala wystawiło 16,4% ogółu badanych. Podobnie wysoki odsetek ocen pozytywnych o pracy izby przyjęć i przyjęciu pacjentów do szpitala przedstawili w swoich badaniach inni autorzy [5].

4. Wnioski

1. Porównanie badanych lat wykazało wyraźną poprawę w ocenie izby przyjęć przez pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w Brzezinach.
2. Najkorzystniejsze opinie o funkcjonowaniu szpitalnej izby przyjęć wystawiały pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego. Związane to było prawdopodobnie z pełną integracją izby przyjęć i oddziału.

Literatura

[1] Abramek E, Owoc A, Wdowiak L: *Szpitale kliniczne w kontekście reform systemowych w ochronie zdrowia w Polsce*, Probl. Med. Społ. 2001; 34: 289–296.

[2] Buxton M, Hanney S, Jones T: *Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review*, Bulletin of the World Health Organization 2004; 82: 733–739.

[3] Imersheim A, Ests C: *From health services to medical markets: the commodity transformation of medical production and the nonprofit secto,* Int. J. of Health Serv. 1996; 2: 26–38.

[4] Rechel B, Schwalbe N, McKee M: *Health in south-eastern Europe: a troubled past, an uncertain future*, Bulletin of the World Health Organization 2004; 82: 539–546.

[5] Banaszewska A: *Jak badać satysfakcję pacjentów*, Sł. Zdr. 2000; 4–5: 10–17.

[6] Kupcewicz E. *Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik jakości opieki zdrowotnej*, Pielęg. i Położ. 2004;46:9–11.

[7] Stępowski A, Sygit K, Pietrzak M: *Zachowania zdrowotne ludności w Polsce i na świecie,* Probl. Med. Społ. 2001; 33: 253–260.

[8] Adamczyk K: *Mechanizm zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej*, Probl. Med. Społ. 2001; 34: 289–296.

[9] Iwanowicz-Palus G. *Oczekiwania pacjentów w stosunku do pracowników służby zdrowia zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym*, Wiad. Lek. 2002; 55 [supl.]: 708–717.

[10] Lenkiewicz L, Mizera G: *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu – pierwsze doświadczenia*, Probl. Med. Społ. 2001; 35: 81–87.

[11] Szydłowski J, Grodzki P: *Funkcjonowanie izby przyjęć szpitala w opinii pacjentów. Zmienne wpływające i związek z ogólną oceną funkcjonowania szpitala*, Probl. Med. Społ. 2001; 34: 345–349.

[12] Falkowska E: *Satysfakcja hospitalizowanych ze świadczeń Szpitala Wojewódzkiego w Łomży,* Praca Doktorska Lublin 2002.

The opinion of the patients hospitalized in Regional Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004 on hospital infirmary

Summary

The command of the health condition of people is the condition of the proper organization of health care. The research on satisfaction is the important source of information about the level of the medical care. The aim was to research on the satisfaction of the patients with staying in hospital infirmary. The results of the research conducted in Regional Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004 were analyzed. The research was conducted among the patients of the following wards: general medical care, surgery and gynecology. The comparison of the researched years showed the significant improvement in the assessment of infirmary work by the patients hospitalized in Hospital in Brzeziny. The most favorable opinions on the hospital infirmary were by gynecology ward patients. It was due to the total integration of hospital infirmary and the ward.

Key words: medical care, the quality of medical care, hospital infirmary

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 119–128

Jan Krakowiak[1] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojciech Kocemba[2] – Szpital w Tomaszowie Mazowieckim
Andrzej Marjański[3] – SWSPiZ w Łodzi
Krystyna Bogus[4] – SWSPiZ w Łodzi
Alina Kowalska[5] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wpływ czynników socjalno-demograficznych na ocenę opieki lekarskiej w oddziałach szpitalnych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach

1. Wstęp

W sektorze opieki zdrowotnej, jakość świadczonych usług jest zagadnieniem niezwykle ważnym, ponieważ dotyczy bezcennych wartości jakimi są życie i zdrowie. Świadczenie wysokiej jakości usług przy możliwie niskich kosztach, zaliczyć można do podstawowych celów zakładów opieki zdrowotnej. W tej sytuacji niezmiernie istotnym jest utrzymanie ciągłego kontaktu z pacjentami. W systemach ochrony zdrowia, w których coraz większą rolę odgrywają elementy gospodarki rynkowej, zdobycie informacji, jak postrzegane są określone usługi medyczne przez

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[2] Dr n. med. Wojciech Kocemba, Ordynator, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim.

[3] Dr n. ekonom. Andrzej Marjański, Prodziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[4] Dr n. med. Krystyna Bogus, Adiunkt, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[5] Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

pacjentów, jest bardzo cenne. Poziom zadowolenia pacjenta z opieki medycznej, określają zarówno cechy charakterologiczne pacjenta, jak i obiektywnie istniejące możliwości instytucji świadczących usługi medyczne. Satysfakcja pacjenta może być traktowana jako reakcja konsumenta na doświadczenia z otrzymanych usług medycznych. Jest to reakcja emocjonalna i subiektywna, obejmująca aspekty interpersonalne. Satysfakcja pacjenta to stopień w jakim opieka jest przez niego akceptowana w odniesieniu do oczekiwań i potrzeb. Satysfakcja pacjenta zależy od stopnia w jakim otrzymana usługa spełni jego oczekiwania. Wynik oceny tych oczekiwań ze stanem rzeczywistym, określany jest jakością usługi. Różnica między usługą oczekiwaną a faktycznie otrzymaną jest sprawą indywidualną i subiektywną dla każdego pacjenta. Pacjent jest zainteresowany jakością kliniczną, oraz subiektywną satysfakcją z udzielanych świadczeń medycznych. Satysfakcja pacjenta jest często definiowana jako kluczowy element relacji klient – zakład usługowy, wpływający na kształtowanie się współpracy między usługodawcą i usługobiorcą [1, 4, 8].

Zazwyczaj przyjmuje się, że kluczowa dla satysfakcji pacjenta jest relacja między subiektywną oceną poziomu wykonywania usługi a oczekiwaniami. Satysfakcja powstaje w sytuacji, gdy subiektywna ocena poziomu wykonania usługi jest co najmniej równa oczekiwaniom. Produkt finalny jaki uzyskuje pacjent, jest w wysokim stopniu niematerialny oraz wysoce specjalistyczny i silnie związany z osobistymi cechami konsultanta, jak profesjonalizm i doświadczenie. W rozumieniu świadczeniodawcy, jakością jest właściwe postępowanie terapeutyczne, zgodne z aktualną wiedzą medyczną, efektywne, skuteczne, bezpieczne i wykonane we właściwym czasie. Dużą grupę świadczeniodawców stanowią placówki szpitalne, w których jakość działalności jest sumą jakości świadczeń cząstkowych. W rozumieniu pacjenta jakość to dostępność usług, dostateczna informacja o stanie zdrowia, edukacja zdrowotna, dobra komunikacja z lekarzem, szacunek i opiekuńczość okazywana pacjentowi, koordynacja i ciągłość procesu leczenia, a także satysfakcja z udzielonej usługi [3, 6].

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wyniki

Celem pracy było przeprowadzenie badania satysfakcji pacjentów z opieki lekarskiej w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach przy uwzględnieniu czynników socjalno-demograficznych.

Analizie poddano wyniki badań przeprowadzonych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach, w 2004 roku od 01 czerwca do 30. listopada. W badaniach uwzględniono w ankietach takie dane jak: miejsce zamieszkania, płeć, wiek i poziom wykształcenia. W rejonie działania szpitala znajdują się dwa miasta Brzeziny i Koluszki, przyjmowani są również pacjenci z Łodzi. Pozostali pacjenci zamieszkują okoliczne miejscowości w rejonach wiejskich. Pacjentów podzielono w zależności od miejsca zamieszkania na: mieszkańców miasta i wsi. Według wieku na: wiek poniżej 30 roku życia, między 30 a 50 rokiem życia i powyżej 50 roku życia oraz według wykształcenia: wykształcenie wyższe, średnie i wykształcenie podstawowe i zawodowe.

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety, posługując się techniką opartą na komunikowaniu pośrednim, pomiędzy badaczem a badanym, bez bezpośredniego udziału ankietera. W badaniach, respondentowi zadawano pytania odwołujące się do tej samej skali ocen: negatywna, dostateczna, dobra i bardzo dobra. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, w której posłużono się mianami statystyki opisowej, w porównaniach korzystano z testu χ^2, w ocenie przyjęto błąd statystyczny $p<0,05$.

Wyniki i ich omówienie

W tabeli 1 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące dostępności do lekarza w oddziale szpitala w Brzezinach, przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, były gorsze od opinii wystawianych przez mieszkańców miasta, a przeprowadzone analizy, zarówno w przypadku mieszkańców miasta [$\chi^2 = 5,83$, $p<0,05$], jak i obszarów wiejskich [$\chi^2= 4,31$, $p<0,05$], wykazały istnienie statystycznie istotnego związku pomiędzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami. Opinie kobiet były znacznie lepsze od opinii wystawionych przez męż-

czyzn a przeprowadzone analizy zarówno w przypadku kobiet [$\chi^2 = 4,28$, $p<0,05$], jak i mężczyzn [$\chi^2 = 8,57$, $p<0,05$] wykazały istnienie statystycznie istotnego związku pomiędzy płcią pacjenta a wystawioną opinią.

Najkorzystniejsze opinie wystawili pacjenci w wieku pomiędzy 30 a 50 rokiem życia [$\chi^2 = 5,33$, $p<0,05$], a najgorsze w wieku powyżej 50 roku życia [$\chi^2 = 4,12$, $p<0,05$]. W analizowanych grupach wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem a opinią wystawioną przez pacjenta. W grupie pacjentów poniżej 30 roku życia [$\chi^2 = 0,01$, $p = 0,92$], statystycznie istotny związek pomiędzy wiekiem a wystawioną opinią nie wystąpił.

Tabela 1. Dostępność do lekarza w oddziale szpitalnym

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	24	3,5	49	7,2	327	48,2	278	41,0
	wieś	30	3,9	108	14,1	335	43,6	295	38,4
Płeć	żeńska	32	3,4	78	8,3	442	46,8	393	41,6
	męska	22	4,4	79	15,8	220	43,9	180	35,9
Wiek	< 30 rż	14	4,2	35	10,4	151	44,8	137	40,7
	30 - 50 rż	15	2,9	40	7,7	255	48,9	211	40,5
	> 50 rż	25	4,3	82	13,9	256	43,5	225	38,3
Wykształcenie	wyższe	2	1,8	4	3,7	56	51,4	47	43,1
	średnie	18	3,5	51	10,0	233	45,6	209	40,9
	podstawowe i zawodowe	34	4,1	102	12,3	373	45,2	317	38,4
Pacjenci w 2004 r. Razem		54	3,7	157	10,9	662	45,8	573	39,6

Opinie wystawiane przez pacjentów z wykształceniem wyższym [$\chi^2 = 6,97$, $p<0,05$], były najkorzystniejsze we wszystkich ocenach, w grupie badanej wystąpił istotny statystycznie związek, pomiędzy wykształceniem pacjenta a wystawianą opinią. Związek taki nie wystąpił zarówno w grupie pacjentów z wykształceniem średnim [$\chi^2 = 0,37$, $p = 0,54$], jak i podstawowym lub zawodowym [$\chi^2 = 1,43$, $p = 0,25$]. Opinie pacjentów w badanych grupach były zbliżone i gorsze od opinii wystawionych przez pacjentów z wykształceniem wyższym.

Tabela 2. Uprzejmość lekarzy w oddziale szpitalnym

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	25	3,7	77	11,4	298	44,0	278	41,0
	wieś	28	3,6	85	11,1	337	43,9	318	41,4
Płeć	żeńska	34	3,6	108	11,4	414	43,8	389	41,2
	męska	19	3,8	54	10,8	221	44,1	207	41,3
Wiek	< 30 rż	12	3,6	38	11,3	148	43,9	139	41,2
	30 - 50 rż	19	3,6	60	11,5	230	44,1	212	40,7
	> 50 rż	22	3,7	64	10,9	257	43,7	245	41,7
Wykształcenie	wyższe	4	3,7	10	9,2	48	44,0	47	43,1
	średnie	18	3,5	60	11,7	224	43,8	209	40,9
	podstawowe i zawodowe	31	3,8	92	11,1	363	43,9	340	41,2
Pacjenci w 2004 r. razem		53	3,7	162	11,2	635	43,9	596	41,2

W tabeli 2 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące uprzejmości lekarzy w oddziale szpitala w Brzezinach, przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, były bardzo podobne we wszystkich ocenach do opinii wystawianych przez mieszkańców miasta a przeprowadzone analizy zarówno w przypadku mieszkańców miasta [χ^2 = 0,01, p = 0,92] jak i obszarów wiejskich [χ^2 = 0,01, p = 0,92] nie stwierdzały istotnego statystycznie związku pomiędzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami przez pacjentów. Opinie kobiet były podobne do opinii wystawionych przez mężczyzn a przeprowadzone analizy zarówno w przypadku kobiet [χ^2= 0,01, p = 0,92] jak i mężczyzn [χ^2=0,03, p = 0,87] nie wykazały istnienia istotnego statystycznie związku pomiędzy płcią pacjenta a wystawioną opinią. Opinie pacjentów poniżej 30 roku życia [χ^2 = 0,01, p = 0,92], pomiędzy 30 a 50 rokiem życia [χ^2= 0,03, p = 0,87] oraz pacjentów powyżej 50 roku życia [χ^2 = 0,02, p = 0,88] były bardzo zbliżone we wszystkich ocenach a przeprowadzone analizy statystyczne nie stwierdziły istotnego statystycznie związku pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawioną opinią. Opinie wystawiane przez pacjentów z wykształceniem wyższym [χ^2 = 0,33, p = 0,56], średnim [χ^2 = 0,05, p = 0,82] oraz podstawo-

wym lub zawodowym [$\chi^2 = 0{,}01$, $p = 0{,}92$] były zbliżone we wszystkich ocenach, wśród pacjentów analizowanych grup nie wystąpił również istotny statystycznie związek pomiędzy wykształceniem a wystawioną opinią.

W tabeli 3 przedstawiono opinie pacjentów, dotyczące informacji o terapii i zabiegach udzielanych przez lekarzy w oddziale szpitala w Brzezinach, przy uwzględnieniu czynników takich jak: miejsca zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie. Opinie pacjentów mieszkających na wsi, były gorsze od opinii wystawianych przez mieszkańców miasta, ale przeprowadzone analizy zarówno w przypadku mieszkańców miasta [$\chi^2 = 1{,}79$, $p = 0{,}18$] jak i obszarów wiejskich [$\chi^2 = 1{,}47$, $p = 0{,}22$] nie wykazały istnienia statystycznie istotnego związku pomiędzy miejscem zamieszkania a wystawianymi ocenami przez pacjentów. Opinie kobiet były znacznie lepsze od opinii wystawionych przez mężczyzn a przeprowadzone analizy zarówno w przypadku kobiet [$\chi^2 = 65{,}06$, $p<0{,}05$] jak i mężczyzn [$\chi^2 = 8{,}81$, $p<0{,}05$] wykazały istnienie statystycznie istotnego związku pomiędzy płcią pacjenta a wystawioną opinią.

Tabela 3. Informacja o terapii i zabiegach udzielana przez lekarzy w oddziale szpitalnym

Dane pacjentów		Ocena							
		negatywna		dostateczna		dobra		bardzo dobra	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Miejsce zamieszkania	miasto	41	6,0	168	24,8	273	40,3	196	28,9
	wieś	60	7,8	219	28,5	294	38,3	195	25,4
Płeć	żeńska	61	6,5	221	23,4	387	41,0	276	29,2
	męska	40	8,0	166	33,1	180	35,9	115	23,0
Wiek	< 30 rż	16	4,7	79	23,4	149	44,2	93	27,6
	30 - 50 rż	21	4,0	118	22,6	228	43,8	154	29,6
	> 50 rż	64	10,9	190	32,3	190	32,3	144	24,5
Wykształcenie	wyższe	4	3,7	18	16,5	49	45,0	38	34,9
	średnie	24	4,7	114	22,3	219	42,9	154	30,1
	podstawowe i zawodowe	73	8,8	255	30,9	299	36,2	199	24,1
Pacjenci w 2004 r. Razem		101	7,0	387	26,8	567	39,2	391	27,0

Najkorzystniejsze oceny wystawili pacjenci w wieku pomiędzy 30 a 50 rokiem życia [$\chi^2 = 8,81$, $p<0,05$] a najgorsze w wieku powyżej 50 roku życia [$\chi^2 = 16,11$, $p<0,05$]. W analizowanych grupach, wystąpił istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem a opinią wystawioną przez pacjenta. W grupie pacjentów poniżej 30 roku życia [$\chi^2 = 3,84$, $p = 0,051$] nie wystąpił statystycznie istotny związek pomiędzy wiekiem pacjenta a wystawioną opinią. Opinie wystawiane przez pacjentów z wykształceniem wyższym [$\chi^2 = 8,46$, $p<0,05$], były najlepsze we wszystkich ocenach, opinie pacjentów z wykształceniem średnim [$\chi^2 = 7,89$, $p<0,05$] były zbliżone, lecz nieznacznie gorsze. Najgorsze opinie we wszystkich ocenach wystawili pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [$\chi^2 = 8,12$, $p<0,05$]. W analizowanych grupach wystąpił statystycznie istotny związek pomiędzy wykształceniem pacjenta a wystawianą opinią.

3. Dyskusja

Badanie satysfakcji pacjentów, jest bardzo istotnym narzędziem w pozyskaniu informacji o jakości usług świadczonych przez szpital. Wysoka jakość usług medycznych zwiększa konkurencyjność na rynku świadczeniodawców, podnosi prestiż zakładu i stanowi gwarancję stałego finansowania jednostki. W Brzezinach w 2004 roku przeprowadzono badania dotyczące satysfakcji z opieki medycznej. W badaniu uwzględniono czynniki socjalno-demograficzne takie jak: miejsce zamieszkania, płeć, wiek i wykształcenie pacjentów [2, 9].

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach różnice w ocenie pracy lekarzy między mieszkańcami wsi i miasta dotyczyły możliwości dostępności do lekarza, gdzie bardziej krytyczni byli mieszkańcy wsi. Różnic nie było w przypadku oceny uprzejmości lekarzy czy udzielanych informacji o terapii i zabiegach. Brak różnic w wystawionych opiniach w zależności od miejsca zamieszkania przedstawili również inni autorzy [11]. Falkowska [5] wykazała różnice, jakie zachodzą w opiniach ankietowanych, których miejscem zamieszkania jest wieś lub miasto. Kryterium oceny dotyczyło działalności szpitala. Autorka stwierdziła, że oceny pozytywne o funkcjonowaniu szpitala, częściej wystawiają osoby mieszkające na wsi.

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach płeć badanego pacjenta nie wpłynęła na wystawiane oceny dotyczące uprzejmości personelu lekarskiego. Różnice wystąpiły przy ocenie dostępności do lekarza i udzielanych informacji o terapii i zabiegach, w tym kryterium więcej ocen negatywnych wystawili mężczyźni. W przeciwieństwie do Szyferta i wsp. [12] oraz Falkowskiej [5], którzy wykazali różnicę w opinii wystawionej przez mężczyzn i kobiety w kryterium dotyczącym uprzejmości lekarzy, w Brzezinach nie wystąpiły różnice pomiędzy opiniami wystawionymi przez kobiety i mężczyzn.

Wiek pacjentów nie wpływał na opinie pacjentów dotyczące uprzejmości lekarzy. Różnice wystąpiły w przypadku dostępności do lekarza i udzielanych przez niego informacji o terapii i zabiegach. Najczęściej oceny negatywne wystawiali pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia, oceny najkorzystniejsze wystawiali pacjenci w wieku pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. Badania przeprowadzone przez Lenkiewicza i Mizerę [7], nie wykazały wpływu wieku badanych pacjentów, na wyniki badań dotyczące kryterium funkcjonowania szpitala i ocenę pracy lekarzy. W Brzezinach natomiast, badania wykazały, że wiek badanych pacjentów wpływał na ocenę w kryterium dotyczącym funkcjonowania szpitala oraz opinię o personelu medycznym. W badaniach przedstawionych przez Falkowską [5], najbardziej niezadowoloną grupę pacjentów stanowiły osoby młode. Młodzi pacjenci najczęściej wystawiali negatywne opinie dotyczące ogólnej oceny szpitala i usług udzielanych przez lekarzy. W Brzezinach osoby w wieku poniżej 30 roku życia, stanowiły grupę pacjentów wystawiających w wielu kryteriach najmniej ocen negatywnych a najwięcej pozytywnych. Grupę osób wystawiających najczęściej oceny negatywne stanowili pacjenci w wieku powyżej 50 roku życia. Analogiczne wyniki przedstawili również inni autorzy [10, 11].

W badaniach przeprowadzonych w Brzezinach wykształcenie pacjentów w istotny sposób wpływało na opinie o funkcjonowaniu szpitala. Dostępność do lekarza oraz udzielanie informacji o terapii i zabiegach najmniej korzystnie ocenili pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Najmniej ocen negatywnych wystawiły w tym kryterium osoby z wykształceniem wyższym. Nie wystąpiły różnice wśród pacjentów z różnym wykształceniem, w kryterium dotyczącym uprzejmości

personelu lekarskiego. Podobne wyniki przedstawili również inni autorzy [10, 11]. Odmienne wyniki przedstawiła Falkowska [5], autorka stwierdziła, że grupę pacjentów zgłaszających najwięcej zastrzeżeń do pracy zatrudnionego personelu szpitala, stanowiły osoby z wykształceniem wyższym.

4. Wnioski

1. Nie było różnic w opiniach pacjentów dotyczących uprzejmości lekarzy.
2. Różnice w opiniach pacjentów wystąpiły w przypadku dostępności do lekarza i udzielanych przez niego informacji. Najkorzystniejsze opinie udzielali pacjenci płci żeńskiej i z wykształceniem wyższym.

Literatura

[1] Banaszewska A. *Jakość lecznictwa zamkniętego w oczach pacjentów*, Zdr. i Zarz. 2003; 5: 53–57.

[2] Danzon M. *Atlas of health in Europe. World Health Organization Regional Office for Europe,* Copenhagen, WHO Regional Office of Europe 2003.

[3] Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichen F: *Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden*, Bulletin of the World Health Organization 2005; 83: 92–99.

[4] Burda K: *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej,* Antidotum 2003; 1: 61–80.

[5] Imersheim A, Ests C: *From health services to medical markets: the commodity transformation of medical production and the nonprofit sector,* Int. J. of Health Serv. 1996; 2: 26–38.

[6] Banaszewska A: *Jak badać satysfakcję pacjentów*, Sł. Zdr. 2000; 4-5: 10–17.

[7] Masiakowski A: *Badanie satysfakcji pacjentów ze sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych*, Zdr. Publ. 1997; 1–2: 5–12.

[8] Szydłowski J, Grodzki P: *Badanie opinii osób hospitalizowanych o funkcjonowaniu oddziałów szpitalnych. propozycja metody i wnioski po wdrożeniu,* Probl. Med. Społ. 2001; 33: 211–214.

[9] Falkowska E: S*atysfakcja hospitalizowanych ze świadczeń Szpitala Wojewódzkiego w Łomży*, Praca Doktorska Lublin 2002.

[10] Szyfert J, Pietrzak M, Sygit M, Zienkiewicz P: *Opieka stacjonarna w opinii pacjentów*, Probl. Med. Społ. 2001; 34: 124–134.

[11] Lenkiewicz L, Mizera G: *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu - pierwsze doświadczenia,* Probl. Med. Społ. 2001; 35: 81–87.

[12] Suliborska-Zielińska K: *Poziom satysfakcji pacjenta wskaźnikiem jakości,* Przew. Men. Zdr. 2001; 4: 34–35.

The influence of social-demographic factors on the assessment of doctor care in hospital wards in Regional Hospital in Brzeziny

Summary

In medical care sector, the quality of service is an extremely important matter. High quality service at possibly low costs can be included in main aims of medical care institutions. The aim of the work was to make a research on patients satisfaction in the field of doctor service in Regional Hospital in Brzeziny considering social-demographic factors. The results of the research conducted in Regional Hospital in Brzeziny in 1999 and 2004 were analyzed, the following data: living place, sex, age and education were taken into consideration. The received material was under statistics analyze, the statistic error of $p<0,05$ was accepted in the estimation. There were no difference in opinions considering the kindness of doctors. There was difference in the patients' opinions on the availability of doctors and on the information provided by hem. The most favorable opinions were by women and patients with higher education.

Key words: social-demographic factors, patient satisfaction, medical care.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 129–142

Jan Krakowiak[1] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wojciech Kocemba[2] – Szpital w Tomaszowie Mazowieckim
Włodzimierz Stelmach[3] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska[4] – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Andrzej Marjański[5] – SWSPiZ w Łodzi

Badanie satysfakcji pacjentów z usług medycznych i pozamedycznych w szpitalach powiatowych województwa łódzkiego, Szpital Powiatowy w Brzezinach

1. Wstęp

Dynamiczny postęp nauk medycznych w zasadniczy sposób wpływa na postawy i oczekiwania społeczeństwa. Postępowanie medyczne w coraz większej części zależy od wiedzy, doświadczenia oraz umiejętności personelu medycznego, stosowanych metod leczniczych i wyposażenia w sprzęt medyczny. Usługa medyczna świadczona przez lekarzy i pielęgniarki coraz częściej staje się towarem, którego jakość nieustannie jest kształtowana i podwyższana. Do czynników, poprzez które powiązany jest sta-

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[2] Dr n. med. Wojciech Kocemba, Ordynator, Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim.

[3] Dr hab. n med. Włodzimierz Stelmach, Kierownik Zakładu Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[4] Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

[5] Dr n. ekonom. Andrzej Marjański, Prodziekan Wydziału Zarządzania Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

tus socjalno-ekonomiczny ze zdrowiem danej populacji zaliczane są: struktura społeczna, poziom uczestnictwa w konsumpcji, warunki i relacje w pracy, czynniki ryzyka, profilaktyczna opieka zdrowotna, predyspozycje osobowościowe, psychosocjalny stres. Czynniki powyższe, mogą powiązać problemy zdrowotne ludności ze stanem zdrowia. Należy w tym miejscu stwierdzić, że styl życia, wyznaczony przez wyżej wymienione czynniki, odgrywa główną rolę w postępowaniu prewencyjnym, kreowania prozdrowotnego stylu życia dla różnych grup społecznych [1, 2, 3].

Od roku 1999, kiedy Kasy Chorych a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje określone usługi medyczne, powstaje konieczność stałego badania i analizowania potrzeb zdrowotnych. Pojawia się celowość stosowania badań marketingowych do poznania wszelkich wydarzeń zaistniałych podczas realizowania określonej usługi medycznej. Celem badań marketingowych, jest badanie związków zachodzących pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą, którym w powyższej relacji jest pacjent i szpital. Działalność marketingowa powinna być prowadzona na miarę swoich potrzeb i możliwości ośrodków służby zdrowia, z uwzględnieniem ich specyfiki. W systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, podejmowane są działania zmierzające w kierunku zwracania uwagi na wymagania i potrzeby pacjentów oraz lepszym zaspokajaniu ich potrzeb. Bardzo ważnym zagadnieniem jest świadczenie usług o wysokiej jakości, przy możliwie intratnych cenach. Działanie powyższe wymaga zmiany zarządzania i funkcjonowania zakładu medycznego i wprowadzenie zasad rachunku ekonomicznego. System powyższy wymusza zmianę sposobu myślenia, kreatywności, wprowadzania nowych rozwiązań, narzędzi i technik opartych na planowaniu, kontroli i kierowaniu zarówno środkami finansowymi jak i potencjałem ludzkim [4, 5, 6].

W sektorze opieki zdrowotnej, jakość świadczonych usług jest zagadnieniem niezwykle ważnym, ponieważ dotyczy bezcennych wartości jakimi są życie i zdrowie. Świadczenie wysokiej jakości usług przy możliwie niskich kosztach, zaliczyć można do podstawowych celów zakładów opieki zdrowotnej. W tej sytuacji niezmiernie istotnym jest utrzymanie ciągłego kontaktu z pacjentami. Satysfakcja pacjenta jest to reakcja emocjonalna i subiektywna, może być traktowana jako reakcja konsu-

menta na doświadczenia z otrzymanych usług medycznych. Trosce o satysfakcję pacjenta służy szereg działań, do których można zaliczyć: kompleksowe zarządzanie jakością, ciągłe doskonalenie jakości, badanie opinii pacjentów na temat otrzymywanych usług. Satysfakcja pacjenta jest często definiowana jako kluczowy element relacji klient – zakład usługowy, wpływający na kształtowanie się współpracy między usługodawcą i usługobiorcą. W placówce służby zdrowia, klientem jest pacjent, jego rodzina, bliskie osoby oraz wszystkie osoby płacące za leczenie. W związku z powyższym satysfakcja pacjenta, jest traktowana jako reakcja konsumenta na doświadczenia z otrzymanych usług [7, 8, 9].

Większość badań satysfakcji pacjentów przeprowadza się w szpitalach i tylko nieliczne zostały przeprowadzone w przychodniach. Wynika to z faktu, że w szpitalach często istnieje skomputeryzowana baza danych, łatwiej jest dotrzeć do pacjenta i wykonać badanie porównawcze. Badanie satysfakcji pacjenta jest jedną z metod stosowanych do oceny jakości opieki zdrowotnej i polega na zebraniu opinii pacjentów o sposobie udzielania świadczeń medycznych. Pomiar satysfakcji może być dokonywany przy pomocy różnorodnych metod i technik badawczych: obserwacje, wywiady, ankiety, metody projekcyjne, metody heurystyczne. Dla potrzeb badań satysfakcji pacjentów wykorzystuje się wiele metod i technik socjologicznych, takich jak: wywiad kwestionariuszowy i telefoniczny, ankieta pocztowa, ankieta „audytoryjna" w oddziale, wywiad pogłębiony, obserwacja uczestnicząca. W wyborze danej techniki odgrywa rolę przydatność metodologiczna zapewniająca reprezentatywność i merytoryczna, informująca ile i jakie wiadomości z danej ankiety można zebrać. Wybór techniki zależy, głównie od postawionych hipotez, liczby i rodzaju pytań w kwestionariuszu. Należy podkreślić, że nie istnieje gradacja stopniowania technik badań na lepszą i gorszą. Najważniejszymi czynnikami badań satysfakcji pacjentów są kwestie związane z reprezentatywnością próby oraz kontaktem badacza z pacjentem [10, 11].

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wnioski

Celem pracy jest przeprowadzenie badania satysfakcji pacjentów z zakresu usług medycznych i pozamedycznych w szpitalach powiatowych. Obecne badanie przeprowadzone zostało w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach.

W badaniu szczególną uwagę zwrócono na porównanie opinii przedstawionych przez pacjentów, dotyczących satysfakcji z usług medycznych i pozamedycznych w zależności od:

- miejsca zamieszkania – na wsi lub w mieście,
- warunków zamieszkania, utrzymania i zatrudnienia,
- płci, wieku i poziomu wykształcenia,
- motywacji wyboru szpitala i trybu w jakim zostali przyjęci.

Badanie przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach, w okresie od 1 lutego do 31 lipca 2007 roku. Szpital Powiatowy w Brzezinach w roku 1999 został przekształcony w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) i na mocy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, został wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych, utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Reforma ochrony zdrowia, oprócz poprawy jakości dostępu do świadczeń zdrowotnych, zakładała utworzenie systemu monitoringu powstawania kosztów. W szpitalu funkcjonują takie oddziały jak internistyczny, chirurgiczny, położniczo-ginekologiczny, noworodkowy, pediatryczny, szpitalny oddział ratunkowy, ortopedia, neurologia, intensywna terapia, oddział opieki długoterminowej. Poza oddziałem położniczo-ginekologicznym, noworodkowym i pediatrycznym, wszystkie pozostałe funkcjonują w nowo wybudowanej części szpitala. W nowych obiektach funkcjonują sale chorych jedno, dwu i trzy łóżkowe z własnym węzłem sanitarnym.

W rejonie działania szpitala znajdują się dwa miasta Brzeziny i Koluszki. Przyjmowani są również pacjenci z Łodzi oddalonej od Brzezin 19 kilometrów. Pozostali pacjenci zamieszkują okoliczne miejscowości w rejonach wiejskich zlokalizowanych wokół Brzezin i Koluszek.

Badanie przeprowadzono w trzech oddziałach: chirurgicznym, internistycznym i położniczo-ginekologicznym. Badanie przeprowadzano we wszystkich oddziałach raz w tygodniu, w tym samym dniu. Badanie było powtarzane w następnym tygodniu, w tych samych oddziałach w dniu następnym niż poprzednio, np. poniedziałek następnie wtorek i tak dalej aż do zakończenia badań. Kryterium doboru pacjentów do przeprowadzonych badań stanowiły: zgoda pacjenta na udział w badaniu i stan zdrowia pozwalający na przeprowadzenie ankiety. W celu zrealizowania wyżej wymienionych badań, zastosowano metodę socjologiczną, określaną badaniem sondażowym. W celu przeprowadzenia badania posłużono się kwestionariuszem ankiety.

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety, posługując się techniką opartą na komunikowaniu pośrednim, pomiędzy badaczem a badanym, bez bezpośredniego udziału ankietera. Ankieta była rozprowadzana wśród pacjentów wymienionych oddziałów przez wyznaczone osoby a ankiety wrzucane były do specjalnie przygotowanego pojemnika, znajdującego się na oddziale. Ankieterzy informowali również pacjentów, w przypadkach wątpliwości związanych z wypełnieniem ankiety.

Ankieta (patrz zał. 1) została podzielona na trzy części. Pierwsza część dotyczyła informacji demograficznych i socjalnych o respondencie, następne jego ocen o szpitalnej izbie przyjęć i oddziale, w którym był leczony. W badaniach, respondentowi zadawano wiele pytań odwołujących się do tej samej skali ocen: negatywna, dostateczna, dobra i bardzo dobra. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej, w opracowaniach stosowane były elementy statystyki opisowej.

W tabeli 1 przedstawiono liczbę hospitalizowanych pacjentów w badanych trzech oddziałach, w okresie od lutego do lipca 2007 roku. W tym okresie hospitalizowanych było w badanych oddziałach 2401 pacjentów. Największą grupą byli pacjenci oddziału internistycznego 1111, stanowiło to 46,3% wszystkich hospitalizowanych. W badanym okresie w oddziale chirurgicznym hospitalizowanych było 593 pacjentów co stanowiło 24,7% a w oddziale położniczo-ginekologicznym 697 pacjentek, 29% ogółu badanych.

Tabela 1. Liczba hospitalizowanych pacjentów w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach w okresie od 1.02. do 31.07.2007 r.

Pacjenci hospitalizowani	Oddziały Szpitalne						
	internistyczny		chirurgiczny		położniczo-ginekologiczny		razem
	N	%	N	%	N	%	N
Luty	202	52,6	93	24,2	89	23,2	384
Marzec	207	48,0	107	24,8	117	27,2	431
Kwiecień	183	45,3	92	22,8	129	31,9	404
Maj	164	41,1	112	28,1	123	30,8	399
Czerwiec	186	49,3	99	26,3	92	24,4	377
Lipiec	169	41,6	90	22,2	147	36,2	406
Razem	1111	46,3	593	24,7	697	29,0	2401

W tabeli 2 przedstawiono liczbę rozdanych ankiet w badanym okresie czasu na poszczególnych oddziałach. W przeprowadzonym badaniu w okresie od 01.02. do 31.07.2007 roku rozdano 1254 ankiety, stanowiło to 52,2% hospitalizowanych w tym okresie pacjentów. W oddziale internistycznym rozdano 541 ankiet, stanowiło to 48,7% leczonych pacjentów. W oddziale chirurgicznym rozdano 337, stanowiło to 56,8% a w oddziale położniczo-ginekologicznym 376 i stanowiło to 53,9% hospitalizowanych.

Tabela 2. Liczba rozdanych ankiet w badaniu przeprowadzonym w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach od 01.02. do 31.07.2007 r.

Oddziały szpitalne	Liczba hospitalizowanych	Liczba rozdanych ankiet	
	N	N	%
Internistyczny	1111	541	48,7
Chirurgiczny	593	337	56,8
Położniczo-ginekologiczny	697	376	53,9
Razem	2401	1254	52,2

W tabeli 3 przedstawiono zwrotność ankiet w przeprowadzonym badaniu. Prawidłowo wypełnionych ankiet otrzymano 906, zwrotność ankiet kształtowała się na poziomie 72,2%. W oddziale internistycznym zwrotność ankiet wyniosła 71%, w oddziale chirurgicznym 73% a w oddziale położniczo-ginekologicznym 73,4%.

Tabela 3. Zwrotność ankiet w badaniu przeprowadzonym w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach od 1.02. do 31.07.2007 r.

Oddziały szpitalne	Liczba rozdanych ankiet	Liczba otrzymanych ankiet	
	N	N	%
Internistyczny	541	384	71,0
Chirurgiczny	337	246	73,0
Położniczo-ginekologiczny	376	276	73,4
Razem	1254	906	72,0

W badaniach satysfakcji pacjentów z leczenia szpitalnego, przeprowadzonego w szpitalu w Brzezinach w 2004 roku rozdano 1777 ankiet, wypełnionych prawidłowo ankiet otrzymano 1446. Zwrotność ankiet wyniosła 81,4%. W przeprowadzonym badaniu największa zwrotność ankiet była w oddziale chirurgicznym 82,4% a najmniejsza w oddziale położniczo-ginekologicznym 80,8% [12]. Zwrotność ankiet była w obecnie przeprowadzonym badaniu mniejsza o około 10% od uzyskanej w 2004 roku. W przeciwieństwie do wyników otrzymanych w 2004 roku, obecnie najwyższa zwrotność ankiet była w oddziale położniczo-ginekologicznym i wynosiła 73,4% a najniższa w oddziale internistycznym 71%. W badaniach innych autorów zwrotność ankiet była bardzo różna. Znacznie większą zwrotność ankiet uzyskali Lenkiewicz i Mizera [13]. Z rozdanych 602 ankiet wśród pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Wałbrzychu wykorzystano do badań 582 ankiety. Szydłowski i Grocki [14] badali opinie pacjentów na temat funkcjonowania oddziałów Szpitala Rejonowego w Policach. Zwrotność ankiet w przeprowadzonym przez autorów badaniu była znacznie mniejsza od uzyskanej w Brzezinach i wynosiła 38%. Najniższą zwrotność ankiet w swoich badaniach odnotowali Kapica i wsp. [15]. Autorzy badali poziom zadowolenia pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu MSWiA w Lublinie. Z rozdanych 500 ankiet autorzy otrzymali tylko 117 prawidłowo wypełnionych egzemplarzy co stanowiło zaledwie 23,4%.

W przygotowaniu jest również przeprowadzenie ankiet dotyczących satysfakcji pacjentów z usług medycznych i pozamedycznych w szpitalach w Tomaszowie Mazowieckim, Rawie Mazowieckiej i Skierniewicach. Dane z przeprowadzonego badania w szpitalu w Brzezinach oraz

uzyskane w przyszłości z badań w pozostałych szpitalach, będą przeanalizowane statystycznie a uzyskane wyniki zostaną przedstawione w dalszych pracach.

3. Wnioski

1. Badaniem satysfakcji pacjentów z usług medycznych i poza medycznych objętych była ponad połowa hospitalizowanych pacjentów w wybranych oddziałach.
2. Zwrotność ankiet była wysoka i wynosiła 72,2%, najwyższa była w oddziale położniczo-ginekologicznym a najniższa w oddziale internistycznym.

Literatura

[1] Cybart A. Chromińska-Szosland D. *Zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce jako podstawa wprowadzania orientacji marketingowej,* Zdr. Pub. 1999; 109(12):431–435.

[2] Rechel B, Schwalbe N, McKee M: *Health in south-eastern Europe: a troubled past, an uncertain future*, Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:539–546.

[3] Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichen F: *Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden*, Bulletin of the World Health Organization 2005; 83:92–99.

[4] Burda K: *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej,* Antidotum 2003; 1:61–80.

[5] Iwanowicz-Palus G. *Oczekiwania pacjentów w stosunku do pracowników służby zdrowia zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym*, Wiad. Lek. 2002; 55(supl.):708–717.

[6] Jędrzejczyk T: *Strategia marketingowa dla szpitala,* Sł. Zdr. 2000; 3:22–23.

[7] Smoleń M, Smoleń M: *Problemy planowania i zastosowania programów marketingowych w organizacjach „nonprofit" – aspekt opieki zdrowotnej*, Antidotum 2000; 2:3–54.

[8] Sitzia J: *How valid and reliable are patient satisfaction data? An analisys of 195 studies,* Int. J. for Qualityin Health Care 2000; 4:319–331.

[9] Szyfert J, Pietrzak M, Sygit M, Zienkiewicz P: *Opieka stacjonarna w opinii pacjentów,* Probl. Med. Społ. 2001; 34:124–134.

[10] Banaszewska A: J*ak badać satysfakcję pacjentów*, Sł. Zdr. 2000; 4–5:10–17.

[11] Maciąg R: *Badania satysfakcji pacjentów-wskazówki metodologiczne*, Zdr. Pub. 2001; 111:53–59.

[12] Krakowiak J. *Badanie satysfakcji pacjentów, hospitalizowanych w Szpitalu w Brzezinach, w latach 1999 i 2004*, Praca doktorska Lublin 2006.

[13] Lenkiewicz L, Mizera G: *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu – pierwsze doświadczenia*, Probl. Med. Społ. 2001; 35:81–87.

[14] Szydłowski J, Grodzki P: *Badanie opinii osób hospitalizowanych o funkcjonowaniu oddziałów szpitalnych. propozycja metody i wnioski po wdrożeniu*, Probl. Med. Społ. 2001; 33:211–214.

[15] Kapica D, Orzeł Z, Draus J: *Ocena poziomu zadowolenia pacjentów szpitala ze świadczonych usług zdrowotnych*, Zdr. Pub. 2001; 111:26–31.

Researching on patients' satisfaction from medical and out of medical non-medical services in Łódź province's county hospitals. County Hospital in Brzeziny

Summary

Rapid development of medical science exerts strong infuence on people's attitudes and expectations. A patient's satisfaction research is one of methods using for the appraisal of health care quality and it consists in collecting patients' opinions on ways of health service providing. The aim of this work is a survey conducts into patients' satisfaction from range of medical and out of medical services in county hospitals. The currently research was conducted in County Hospital in Brzeziny. The same researches are in preparation for county hospitals in Tomaszów Mazowiecki, Rawa Mazowiecka and Skierniewice. The data deprived from that conducting research in County Hospital in Brzeziny, and those ones from the others hospitals will be analysed statistically and obtained findings will be reported in later works. The currently research was conducted in County Hospital in Brzeziny from 1st February to 31st July 2007 at the surgical ward, the gynaecological-maternity ward and the internal medicine ward. In order to conducting the research a questionaire form was used. The obtained findings were analysed statistically. More than a half of hospitalized patients at each ward were provided for that research. There was a high form returning (72,7%), the highest one was at the gynaecological-maternity ward and the lowest one was at the internal medicine ward.

Key words: patient's satisfaction, hospital care, the quality of hospital care.

Załącznik 1. Wzór ankiety

Szanowni Państwo
Badanie poziomu satysfakcji Pacjentów z leczenia szpitalnego

A n k i e t a

Zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety. Dotyczyć ona będzie oceny jakości usług świadczonych podczas Państwa pobytu w szpitalu. Wyniki pozwolą nam ocenić poziom świadczeń medycznych udzielanych w Państwa szpitalu. Wyniki pozostaną anonimowe i zostaną wykorzystane tylko do przeprowadzenia statystycznych analiz badawczych.

Serdecznie dziękujemy za udział w przeprowadzeniu ankiety

Ankieta składa się z dwóch części. Pierwsza część obejmuje informacje dotyczące osoby uczestniczącej w ankiecie. W tej części prosimy tylko o zakreślenie właściwej dla Państwa odpowiedzi.

W drugiej części ankiety oceniacie Państwo jakość świadczonych usług medycznych i pozamedycznych udzielonych Państwu w trakcie pobytu w szpitalu. Przy każdym pytaniu znajdują się cyfry od 2 do 5, które odpowiadają ocenom udzielonym przez Państwa:

2 - ocena negatywna

3 - poziom dostateczny, ocena przeciętna

4 - poziom zadowalający, ocena dobra

5 - ocena bardzo dobra

Prosimy zakreślić lub otoczyć kółkiem wybraną przez Państwa odpowiedź lub ocenę. Jeżeli nie mają Państwo zdania na niektóre tematy lub nie chcecie odpowiedzieć, prosimy je opuścić. Po wypełnieniu ankiety prosimy o jej zwrot w dniu wypisu w wyznaczonym miejscu.

I. Informacje dotyczące Pacjentów:

Szanowni Państwo uprzejmie prosimy o dpowieź na poniżej zadane pytania. Dane te będą anonimowe i zostaną wykorzystane tylko do przeprowadzenia analiz statystycznych.

1.Płeć: kobieta | mężczyzna

2.Miejsce zamieszkania: miasto | wieś

3.Przedział wieku:

poniżej 20 rż | 21-30 lat | 31-40 lat | 41-50 lat | 51-60 lat | powyżej 60 rż

4.Stan cywilny: panna kawaler | mężatka zamężny | rozwiedziona rozwiedziony | wdowa wdowiec

5.Wykształcenie: podstawowe lub zawodowe | średnie | wyższe

6.Rodzaj zatrudnienia: nie pracuję | okresowe zatrudnienie | stałe zatrudnienie | rolnik | renta lub emerytura

7.Warunki utrzymania: złe | średnie | zadowalające | bardzo dobre

8.Warunki zamieszkania: brak mieszkania | mieszkanie w budynku wielorodzinnym | dom

9.Dostępność do toalety i łazienki: brak toalety i łazienki | dostęp tylko do toalety | łazienka i toaleta w mieszkaniu

10.Czy jest to pierwszy czykolejny pobyt w tym szpitalu: pierwszy raz | drugi raz | trzeci lub kolejny raz

11.Dlaczego wybraliście Państwo ten szpital: nie miałem innego wyboru | tak chciałem leczyć się w tym szpitalu | szpital jest najbliżej mojego miejsca zamieszkania

12.W jakim trybie byliście Państwo przyjęci do szpitala: karetka pogotowia | samodzielne zgłoszenie | skierowanie od lekarza

II. Informacje dotyczące pobytu Państwa w szpitalu.

Uprzejmie prosimy o zakreślenie odpowiedniej dla Państwa oceny:
[2 / 3 / 4 / 5]

A. Pobyt w szpitalnej izbie przyjęć.

1.Czas załatwiania formalności związanych z przyjęciem do szpitala:	2	3	4	5
2.Uprzejmość personelu pielęgniarskiego:	2	3	4	5
3.Pomoc personelu pielęgniarskiego::	2	3	4	5
4.Wykonywanie zabiegów przez personel pielęgniarski:	2	3	4	5
5.Uprzejmość personelu lekarskiego:	2	3	4	5
6.Informacje udzielone przez lekarza:	2	3	4	5
7.Zabiegi wykonane przez lekarza:	2	3	4	5
8.Czystość w izbie przyjęć:	2	3	4	5
9.Uprzejmość personelu pomocniczego:	2	3	4	5
10.Dostęp do toalety lub łazienki:	2	3	4	5

B. Pobyt w oddziale szpitalnym.

1.Pierwsze wrażenia po przyjęciu do oddziału:	2	3	4	5
2.Czas oczekiwania na łóżko:	2	3	4	5
3.Uprzejmość personelu przyjmującego:	2	3	4	5
4.Informacja o topografii oddziału:	2	3	4	5
5.Czystość w salach:	2	3	4	5
6.Uprzejmość personelu pomocniczego:	2	3	4	5
7.Wyposażenie sal i oddziału:	2	3	4	5
8.Dostępność do ubikacji i łazienki:	2	3	4	5
9.Możliwość korzystania z kuchenki oddziałowej:	2	3	4	5
10.Świetlica w oddziale i jej wyposażenie:	2	3	4	5
11.Dostępność do lekarza:	2	3	4	5
12.Informacja udzielana pacjentowi przez lekarza:	2	3	4	5
13.Uprzejmość personelu lekarskiego:	2	3	4	5

14.Uprzejmość personelu pielęgniarskiego:	2	3	4	5
15.Pomoc personelu pielęgnirskiego przy zabiegach pielęgnacyjnych:	2	3	4	5
16.Fachowość personelu pielęgnirskiego przy wykonywaniu zabiegów medycznych:	2	3	4	5
17.Pomoc personelu podczas spożywania posiłków:	2	3	4	5
18.Jakość posiłków:	2	3	4	5
19.Różnorodność posiłków:	2	3	4	5
20.Odwiedziny w oddziale:	2	3	4	5
21.Możliwość korzystania z parkingu szpitalnego:	2	3	4	5
22.Dostępność do bufetu i sklepiku szpitalnego:	2	3	4	5
23.Informacja dotycząca wypisu z oddziału:	2	3	4	5
24.Czas oczekiwania na wypis:	2	3	4	5
25.Informacja dotycząca ewentualnego dalszego leczenia udzielana przez lekarza wypisującego:	2	3	4	5

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 143–156

Roman Lewandowski[1]
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce

X-engineering w ochronie zdrowia

1. Wstęp

W wielu krajach opieka zdrowotna jest poddawana ustawicznej krytyce, gdyż pomimo ciągłego zwiększania nakładów finansowych i wprowadzania kolejnych reform wciąż nie spełnia wymagań, jakie stawia przed nią społeczeństwo. Dotyczy to głównie niewystarczającej jakości i dostępności usług zdrowotnych. Problemy te wynikają w dużej mierze ze słabej koordynacji działań pomiędzy poszczególnymi ogniwami systemu, takimi jak: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, różne formy diagnostyki i lecznictwo stacjonarne oraz z niewielkiego upodmiotowienia pacjentów. Znikomy wpływ, jaki mogą wywierać pacjenci na dostosowanie usług medycznych do ich wymogów sprawia, że korzystanie z ochrony zdrowia jest czasochłonne, uciążliwe i nie zawsze daje optymalne rezultaty.

Pod koniec XX wieku wiele wiodących przedsiębiorstw rozszerzyło wewnętrzne procesy poza swoje granice, angażując w nie dostawców, klientów i partnerów, dzięki czemu uzyskały one znaczne korzyści. Zaangażowanie klientów w procesy świadczenia usług, projektowania, produkcji wyrobów, itp. jest możliwe dzięki zastosowaniu technologii teleinformatycznych (Information and Communication Technology – ICT), głównie internetu. Filozofię synchronizacji procesów, wychodzącą poza granice własnej organizacji z wykorzystaniem ICT, James Champy nazwał „x-engineeringiem".

[1] dr inż. Roman Lewandowski, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce, r.lewandowski@ameryka.com.pl.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 157–168

Jan Krakowiak[1], SWSPiZ w Łodzi
Agnieszka Kaźmierczak[2], Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Aleksandra Grzelewska[3], Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska[4], SWSPiZ w Łodzi
Włodzimierz Stelmach[5], Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Opinie usługodawców o systemie Jednorodnych Grup Pacjentów – badanie własne

1. Wstęp

W ramach planowania, najważniejszej funkcji w zarządzaniu szpitalem, podejmowane są decyzje, dotyczące zadań finansowych i rzeczowych, jakie należy zrealizować w odpowiednich komórkach organizacyjnych. Szpital stanowi specyficzną organizację, gdyż w przeciwieństwie do innych jednostek gospodarczych jego celem nie jest osiągnięcie zysku. W organizacji typu non profit działalność powinna być rentowna, zaś bieżąca płynność finansowa zachowana. W następstwie tego każdy szpital powinien utrzymać koszty prowadzonej działalności na racjonalnym poziomie. W jednostkach tych nie tyle chodzi o minimalizowanie

---

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[2] Mgr Agnieszka Kaźmierczak Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

[3] Mgr Aleksandra Grzelewska Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

[4] Dr n. med. Joanna Sułkowska, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[5] Dr hab. n. med. Włodzimierz Stelmach Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

kosztów, a raczej o ich racjonalne wykorzystanie i systematyczne monitorowanie pozostających do dyspozycji zasobów. Z tego też powodu tak ważną rolę odgrywa planowanie kosztów, w tym głównie kosztów związanych bezpośrednio z realizacją świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) do polskich szpitali daje możliwość szczegółowej charakterystyki procesu leczniczego w dwóch wymiarach: kosztowych i klinicznych. Dzięki JGP możliwa jest identyfikacja pacjentów z różnymi klinicznie dolegliwościami, a następnie przyporządkowanie ich do grupy o podobnej charakterystyce kosztowej oraz zbliżonym podejściu diagnostyczno-leczniczym. Zakwalifikowanie pacjenta do grupy JGP umożliwia personelowi medycznemu oszacowanie czasu wykonania procedury oraz określenie ilościowo-wartościowych kosztów odpowiednio do przyjętego procesu leczenia. Uzyskanie powyższej wiedzy umożliwia personelowi (głównie zarządzającym danymi komórkami organizacyjnymi szpitala) zmniejszenie ryzyka działań przypadkowych, ograniczanie zbędnych kosztów. W kontekście finansów uzyskiwanie danych o kosztach świadczonych usług medycznych oraz ich późniejsze przetwarzanie powinno się odbywać według zasad zapisanych w rozporządzeniu MZiOS w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Rozporządzenie z 22 grudnia 1998 r., Dz. U. nr 164 poz. 1194), które zostało opracowane w oparciu o polskie doświadczenia w zakresie wyceny procedur medycznych i jednostek chorobowych. System JGP stanowi uniwersalne narzędzie, które umożliwia oszacować poziom kosztów z uwzględnieniem ich rodzaju i wielkości, ponieważ przyporządkowanie pacjentów do poszczególnych JGP definiuje automatycznie, jakie zasoby i w jakich ilościach będą wykorzystane w celu realizacji określonego świadczenia zdrowotnego. (por. Macuda 2008, s. 271–277; Paszkiewicz 2008, s. 2–46; Grabowski i wsp. 2001, s. 3075–3076; Rój 2004, s. 43–49; Katrynicz 2008, s. 211–212).

System JGP w odróżnieniu od systemu „starego", którego cechował brak efektywnego sposobu zarządzania katalogiem świadczeń szpitalnych oraz brak związku z podstawowymi klasyfikacjami (ICD-10, ICD-9CM), jednoznacznie definiuje i opisuje świadczenia, co podkreśla w swych opiniach większość świadczeniodawców. Dodatkowo w „nowym" systemie istnieje wręcz konieczność stosowania klasyfikatorów

(ICD-10, ICD-9 CM) do celów statystycznych i modyfikacji systemu rozliczeń, co wyeliminuje nieefektywne rozliczenie (bardzo wysokie wskaźniki nadużyć sięgające 15% w reprezentatywnych ogólnopolskich kontrolach, nieustanne kontrole dokumentacji, które charakteryzowało stary system). Oczekuje się, że system JGP będzie narzędziem uproszczającym zasady i zmniejszającym liczbę pozycji katalogowych, ograniczy możliwość oderwania rozliczeń finansowych od faktycznie realizowanej terapii, a także pomoże w powiązaniu finansowania z kosztami wytworzenia. Narodowy Fundusz Zdrowia zapewniał, że system jest sprawny i niesie za sobą korzyści finansowe, pozwala ujednolicić system klasyfikacji oraz efektywne funkcjonowanie szpitali, jednak w rzeczywistości można odnaleźć wiele jego niedociągnięć. Środowisko medyczne przedstawia jednak konkretne i uargumentowane zarzuty w stosunku do systemu JGP. Konkluzja wypływa jedna, nowy system rozczarował zarówno kształtem jak i mechanizmem wprowadzenia i samego funkcjonowania pod patronatem NFZ. Lekarze podchodzą wprawdzie sceptycznie do tego rodzaju globalnych zmian, mając na pamięci nieudany system Kas Chorych, choć w tym przypadku znalazły się szpitale pokładające wiele nadziei w JGP. Dyrektorzy uwierzyli, że jest to metoda na zmniejszanie zadłużeń a proponowane ujednolicenie procedur wpłynie pozytywnie na funkcjonowanie placówki. Jednak kilkumiesięczne zmagania z niejasnymi procedurami, zmianą priorytetów, czasochłonnym uzupełnianiem dokumentacji medycznej, która odciąga lekarzy od pacjentów, a w końcu wyniki finansowe utwierdzają lekarzy i dyrektorów dużych placówek, że system JGP może być postrzegany jako modelem niedostosowany do polskich warunków (por. Radziwiłł 2007, s. 93; Grzegorowski i wsp. 2007, s. 26–28; Bęben 2008, s. 18, Bączek 2008, s. 10). Celem obecnej pracy było ukazanie opinii świadczeniodawców na temat dotychczasowego funkcjonowania systemu Jednorodnych Grup Pacjentów.

2. Materiał i metody

Badanie opinii świadczeniodawców dotyczące funkcjonowania systemu Jednorodnych Grup Pacjentów zostało zrealizowane w SP ZOZ w Tomaszowie Mazowieckim mieszczącego się na ul. Jana Pawła II 35,

w miesiącach lipiec–sierpień 2009 roku. Badanie ankietowe zostało skierowane do jedenastu lekarzy specjalistów pracujących w placówce. Ankieta została zrealizowana w: Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, Oddziale Otolaryngologicznym, Oddziale Chorób Wewnętrznych, Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, Oddziale Chirurgii Ogólnej, Oddziale Pediatrycznym, Oddziale Neurologicznym oraz Oddziale Neonatologicznym. W kwestionariuszu ankiety uwzględniono pytania dotyczące ogólnej opinii o nowym systemie rozliczenia według JGP, wad i korzyści z wprowadzenia systemu JGP, trudności wynikające z rozliczania według JGP a także rezultatów wdrożenia systemu w szpitalu w Tomaszowie Mazowieckim.

W celu zbadania zależności pomiędzy oceną lekarza specjalisty dotyczącą funkcjonowania systemu JGP a specjalizacją którą posiada wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana.

3. Wyniki

Na podstawie uzyskanych w badaniu wyników trudno jednoznacznie stwierdzić czy systemu JGP przyczynia się do poprawy funkcjonowania szpitala, czy tez wpływa negatywnie na świadczenie usług medycznych w opinii lekarzy specjalistów. Lekarze w swoich opiniach nie są zgodni nawet, co do tego czy system jest prosty w obsłudze czy sprawia wiele trudności. Najczęściej powtarzającymi się wadami systemu JGP są: brak możliwości uwzględnienia w rozliczeniu więcej niż jednej choroby współistniejącej oraz niezgodność w oznakowaniu niektórych grup JGP w klasyfikacji ICD-10. Korzyściami z wprowadzenia systemu JGP, którą podkreślili lekarze w swoich opiniach jest uzyskanie rzeczywistych kosztów leczenia poszczególnych jednostek chorobowych i poprawa sprawozdawczości zbiorczej. Większość badanych lekarzy nie zaobserwowała rezultatów wdrożenia systemu JGP w placówce, w której pracują. Można przypuszczać, iż jest to skutkiem zbyt krótkiego czasu funkcjonowania systemu (tabele 1–6).

Tabela 1. Opinie lekarzy specjalistów o systemie rozliczania według JGP

Oddziały	Pytanie
	Co Pani/Pan sadzi o systemie rozliczania według JGP?
Obserwacyjno–-Zakaźny	System JGP i oprogramowanie jest sprawne. System JGP jest korzystniejszy w rozliczeniu niektórych procedur niż poprzedni
Otolaryngologiczny	Brak innych wariantów
Chorób Wewnętrznych	Mało elastyczny, częste zmiany katalogów
	System prosty w obsłudze
Ginekologiczno-Położniczy	Trudny w użyciu, zbyt mało elastyczny w przydzielaniu grup w zależności od rozpoznania czy procedury
	Mało praktyczny, źle opracowany
Chirurgii Ogólnej	System nie pozwala na rozliczenie wielu procedur przy rozpoznani aro wielu procedur, zabiera lekarzom dużo czasu przy wpisywaniu rozpoznań i procedur. Dodatkowa praca dla lekarzy, system niedoskonały
	System jest lepszy niż poprzedni
Pediatryczny	System prosty w obsłudze
Neonatologiczny	Opinia pozytywna, czego wymierny potwierdzeniem jest dodatni bilans rozliczeniowy
Neurologiczny	System JGP jest dużo lepszy niż stosowany uprzednio system rozliczeń. Rozliczanie wg JGP jest łatwiejsze i precyzyjniejsze

Tabela 2. Wady systemu JGP w opinii lekarzy specjalistów

Oddziały	Pytanie
	Jakie Pan/Pani dostrzega wady systemu JGP?
1	2
Obserwacyjno-Zakaźny	Pewne utrudnienie stanowi niezgodność w oznakowaniu grup JGP w stosunku do klasyfikacji ICD-10
Otolaryngologiczny	Słaba wycena niektórych procedur np. operacja usunięcia migdałów podniebiennych
Chorób Wewnętrznych	Zbyt mało elastyczny w stosunku do kwalifikacji rozpoznań. Ograniczenie czasu pobytu w oddziale przy wykonywany procedur, które mogą być wykonywane jednoczasowe
	Niemożność uwzględnienia w rozliczeniu więcej niż jednej choroby współistniejącej, zaniżanie wyceny punktowej przy diagnostyce w kierunku określonych chorób wykluczających te choroby np. w kierunku zatorowości płucnej lub tętniaka aorty

Tabela 2 (cd.)

1	2
Ginekologiczno--Położniczy	Ta sama wartość punktowa za procedurę porodu fizjologicznego i cięcia cesarskiego. Niektóre rozpoznania i procedury medyczne trudne do zakodowania w JGP
	Brak elastyczności w zakresie kwalifikacji rozpoznań, sztywne normy długości pobytów
Chirurgii Ogólnej	Brak możliwości rozliczenia rozległej rany, brak punktów za leczenie np. złamania nosa. Ilość punktowa za wycięcie zmiany skórnej dwa razy większa od trzy godzinnej operacji żylaków. System konsekwentnie nie przyjmuje urazu, jako przyczyny zgonu
	Niemożność rozliczania większej liczby procedur w trakcie hospitalizacji
Pediatryczny	Niemożność rozliczenia więcej niż jednej procedury
Neonatologiczny	Brak wad
Neurologiczny	Brak możliwości sumowania świadczeń z katalogu 1b(pobyt na OAiIT) z grupą z katalogu 1a (w grupach niezabiegowych). Podział na grupy A49 i A50 wydaje się być sztuczny. Różnica polega na tym, że grupa A50jest grupą bazową, a grupa A49 zawiera warunki dodatkowe (czas i badania diagnostyczne

Tabela 3. Korzyści systemu JGP w opinii lekarzy specjalistów

Oddziały	Pytanie
	Jakie Pan/Pani mogłaby wymienić korzyści z wprowadzenia nowego systemu?
Obserwacyjno--Zakaźny	Korzystniejszy w rozliczeniu niż system poprzedni.
Otolaryngologiczny	Jest możliwość przyporządkowania procedur określonym schorzeniom i przełożenia tego na wartość punktową
Chorób Wewnętrznych	Zwrócenie uwagi na koszty leczenia, diagnostyki w korelacji z płatnościami
	Usprawnia naliczanie punktów
Ginekologiczno--Położniczy	Trudne do oceny
	Brak korzyści
Chirurgii Ogólnej	Podział na procedury płatne w określonych oddziałach sprawdza się w warunkach szpitala wysokospecjalistycznego, szczególnie klinicznego.
	Sprawniejsze rozliczanie procedur

Tabela 3 (cd.)

1	2
Pediatryczny	Sprawniejsze rozliczanie procedur
Neonatologiczny	Pozwala w sposób elastyczny dostosować procedury do nowych jednostek chorobowych
Neurologiczny	Łatwość rozliczania w oparciu o ICD-10 i ICD-9, precyzja, wartość punktowa lepiej odzwierciedla rzeczywiste koszty leczenia poszczególnych jednostek chorobowych

Tabela 4. Trudności przy rozliczaniu wg systemu JGP w opinii lekarzy specjalistów

Oddziały	Pytanie
	Co sprawia najwięcej trudności przy rozliczaniu wg JGP?
Obserwacyjno--Zakaźny	Niezgodność w oznakowaniu grup JGP
Otolaryngologiczny	Brak trudności
Chorób Wewnętrznych	Brak możliwo śmo prawidłowego rozliczania procedur bardzo kosztochłonnych lub wykonywanych jednoczasowo
	Konieczność w rozliczaniu z osobna każdej jednostki krwi lub preparatu krwiopochodnego
Ginekologiczno--Położniczy	Długość pobytu zmienia kwalifikację do grupy często na mniej korzystną wycenowo
	Przypadki zbyt długiego pobytu w indywidualnych przypadkach, brak niektórych rozpoznań
Chirurgii Ogólnej	Tzw. „terenowe" oddziały zabiegowe zmuszone są leczyć i stosować procedury w większej ilości chorób i urazów w systemie JGP za darmo
	Konieczność rozliczania każdej jednostki krwi i preparatu krwiopochodnych
Pediatryczny	Niezgodność w stosunku do klasyfikacji ICD-10
Neonatologiczny	Trudności w początkowym okresie wdrażania
Neurologiczny	Rozliczenie nie sprawia żadnych trudności. Większość grup w neurologii to grupy zabiegowe, gdzie rozliczanie jest proste. Grupy z warunkami dodatkowymi również nie stanowią żadnego problemu, gdyż warunki dodatkowe to główne procedury diagnostyczne wg ICD-9 i jest ich niewiele

Tabela 5. Rezultaty wdrożenia systemu JGP w opinii lekarzy specjalistów

Oddziały	Pytanie **Jakie Pan/Pani zaobserwowali rezultaty wdrożenia systemu w Szpitalu w Tomaszowie Mazowieckim?**
Obserwacyjno-Zakaźny	System jest bardziej korzystny finansowo
Otolaryngologiczny	Poszerzył się zakres jednostek chorobowych, które mogą być leczone w oddziale laryngologii
Chorób Wewnętrznych	Poprawna sprawozdawczość zbiorowa
	Bark oceny rezultatów
Ginekologiczno-Położniczy	Szybszy przepływ informacji po zakończeniu hospitalizacji
	Częstsze kłopoty z rozliczaniem pobytu
Chirurgii Ogólnej	Trudności w ocenie rezultatów
	Zwiększenie wartości wyceny procedur
Pediatryczny	Brak oceny
Neonatologiczny	Nie są znane
Neurologiczny	Odnosząc się do oddziału neurologicznego, gdzie system JGP jest en bloc finansowo korzystniejszy, (choć mogłoby być lepiej) od poprzedniego systemu

Jak zauważono opinie lekarzy specjalistów są bardzo zróżnicowane. Można przypuszczać, iż zależą one od oddziału lub placówki, w której pracują lekarze. Wyniki badania pozwalają na ocenę zależności pomiędzy oceną lekarza specjalisty dotyczącą funkcjonowania systemu JGP a specjalizacją którą posiada. Należy podkreślić, iż specjalizacja jest tożsama z oddziałem na którym pracuje lekarz (tabela 6). Wykorzystany w badaniu współczynnik korelacji rang Spearmana przyjął wartość 0,06, co oznacza, iż korelacja między oceną lekarza specjalisty dotyczącą funkcjonowania systemu JGP a oddziałem na którym pracuje jest słaba. Uzyskany wynik wskazuje, że nie można jednoznacznie ocenić czy istnieje omawiana zależność. W przekonaniu autorów należy ponowić badanie i objąć większą próbę badawczą.

Tabela 6. Zależność pomiędzy oceną lekarza specjalisty dotyczącą funkcjonowania systemu JGP a specjalizacją którą posiada

Nr	Oddział	Ocena
1	Obserwacyjno-zakaźny	Pozytywna
2	Otolaryngologiczny	Pozytywna
3	Chorób Wewnętrznych	Negatywna
3	Chorób Wewnętrznych	Pozytywna
4	Ginekologiczno-położniczy	Negatywna
4	Ginekologiczno-położniczy	Negatywna
5	Chirurgia ogólna	Negatywna
5	Chirurgia ogólna	Pozytywna
6	Pediatria	Pozytywna
7	Neurologiczny	Pozytywna
8	Neonatologiczny	Pozytywna

4. Dyskusja

Zasady rozliczania świadczeń oferowanych w szpitalach, na podstawie katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów, wzbudziły wiele skrajnych opinii, szczególnie wśród świadczeniodawców, którzy rozliczają się z płatnikiem, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Przeprowadzone w pracy badanie opinii lekarzy pracujących w SP ZOZ w Tomaszowie Mazowieckim potwierdza publicznie wyrażane sądy na temat sposobu wdrożenia i funkcjonowania systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Lekarze w swych wypowiedziach są zgodni, co do niewłaściwego, chaotycznego wprowadzenia systemu w połowie roku kalendarzowego, a także mają zastrzeżenia do merytoryki i materiałów dydaktycznych i informacyjnych poprzedzających wprowadzenie JPG. Jednak największe kontrowersje wzbudza niedoskonały, posiadający wiele wad katalog świadczeń i procedur medycznych. Świadczeniodawcom trudności spowodował brak możliwości uwzględnienia w rozliczeniu więcej niż jednej choroby współistniejącej oraz niezgodność w oznakowaniu niektórych grup JGP w klasyfikacji ICD-10. Należy podkreślić, iż rozliczanie według JGP jest z założenia łatwiejsze i bardziej precyzyjne, gdyż oparte o klasyfikację ICD-9 i ICD-10, którymi lekarze posługują się na co dzień od lat i nie powinny mieć one dla nich żadnych tajemnic. Autorzy sądzą, iż niedociągnięcia widoczne w katalogu NFZ uwzględni w swych noweli-

zacjach w najbliższym czasie, a katalog stanie się narzędziem, które najbardziej będzie cenione w nowym systemie, gdyż ujednolicenie i wycena świadczeń i procedur medycznych stanowi jeden z celów wprowadzenia systemu JGP. Potwierdzeniem tego są deklaracje NFZ wskazujące, że koryguje on niedoskonałości JGP kolejnymi rozporządzeniami i zapowiada, że system będzie nadal poprawiany a Jednorodne Grupy Pacjentów będą modyfikowane jednakowo według sugestii wszystkich odbiorców lekarzy i dyrektorów, mając na uwadze dobro pacjenta. Doskonałym potwierdzeniem omawianej sytuacji jest przeprowadzenie badania pilotażowego, które miało na celu zweryfikowanie funkcjonowania systemu w placówkach medycznych (por. Michalak 2008, s. 12–13). Podczas pilotażu nie spotkano się z większymi problemami organizacyjnymi, jednak w niektórych Zakładach Opieki Zdrowotnej problemem było dostosowanie systemów informatycznych do jednoczesnego stosowania więcej niż jednej wersji klasyfikacji ICD-9 (por. Praktyczny sprawdzian Jednorodnych Grup Pacjentów 2008,s. 45). Ten oraz inne problemy, które ujawnił pilotaż zostały przeanalizowane przez NFZ a po wprowadzonych zmianach dostrzega się kolejne pozytywne zmiany w systemie, które odczuły już wysokospecjalistyczne szpitale dziecięce. NFZ wydaje kolejne zarządzenia, które dotyczą zmian w sprawie warunków zawierania i realizacji umów (por. Bączek 2008, s. 5–7). Potwierdzeniem tego jest chociażby opinia dr Artura Flajterskiego, który stwierdził, iż „katalog z Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 19/2009 jest bez porównania lepszy niż katalog grup JGP i ich opis z Zarządzenia Nr 32/2008" (por. Flajterski 2009). Na podstawie przytoczonych opinii jednoznacznie można stwierdzić, iż temat wywołuje wiele kontrowersji, sporów, pomimo komunikatów uspokajających, których autorem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczeniodawcy skłonni są raczej system oceniać nieprzychylnie, mając wiele wątpliwości i zastrzeżeń.

Bibliografia

Bączek I. (2008). *Pilotaż okazał się fikcją*, „Puls Medycyny", vol. 162, nr 10, s. 5–7.

Bączek I. (2008), *Wdrażanie JGP, czyli wszystko wychodzi w praniu*, „Rynek Zdrowia", vol. 38, nr 9, s. 10.

Bęben A. (2008), *Trochę jak na Allegro*, „Rynek Zdrowia", vol. 38, nr 9, s. 18.

Flajterski A. (2009), *Wywiad bezpośredni z neurologiem pracującym w SP ZOZ w Tomaszowie Mazowieckim*.

Grabowski J., Kozierkiewicz A., Gajek F (2001), *Polski system jednorodnych grup Pacjentów*, „Służba Zdrowia", tom 80–81, s. 3075–3076.

Grzegorowski M., Czernik J. (2007), *Atmosfera niepewności*, „Menedżer Zdrowia", nr 8, s. 26–28.

Katrynicz A. (2008), *Zyskowne Grupy*, „Gazeta Lekarska", nr 7–8, s. 211–212.

Kozierkiewicz A. (2008), *Jednorodne Grupy Pacjentów*, „Kardiologia Polska" nr 66, s. 708–710.

Macuda M. (2008); *Wykorzystanie Jednorodnych Grup Pacjentów w planowaniu kosztów świadczeń zdrowotnych na przykładzie szpitali w Szwajcarii*; Macuda M. *Kierunki wykorzystania systemu jednorodnych grup pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej,* [w:] *Rachunkowość zarządcza w warunkach globalizacji,* red. E. Nowak, Prace naukowe UE we Wrocławiu, nr 15, Wrocław, s. 271–277; http://www.katrach.ue.poznan.pl/macuda/publikacje/wykorzystanieJPG_szwajcaria.pdf; data pobrania 01.03.2009).

Michalak J. (2008), *Uniknąć chaosu. Rozmowa z Jackiem Paszkiewiczem.* „Menedżer Zdrowia", tom 1, s. 9–14.

Paszkiewicz J. (2008), *Jednorodne Grupy Pacjentów-Przewodnik po systemie*, „Menedżer Zdrowia", tom 4, s. 2–46.

(2008). *Praktyczny sprawdzian Jednorodnych Grup Pacjentów*, „Menedżer Zdrowia", tom 5, s. 42–45.

Radziwiłł K (2007), *Bomba wybuchła* „Menedżer Zdrowia", nr 7, s. 93.

Rój J. (2004), *Znaczenie systemu JGP dla poprawy efektywności usługowej szpitali w Polsce (w świetle badań empirycznych)*, „Zdrowie i Zarządzanie", tom 6, nr 1, s. 43–49.

The opinions of the health caregivers regarding diagnosis related groups – self study

Abstract

Rationale: Implementing of the system of diagnosis related groups (DRG) to polish hospitals offers a possibility of detailed characterisation of treatment process in two dimensions: costs and clinical.

Aim of the study: The aim of the presented study was to analyse the opinion of the health caregivers (physicians) on the functional aspects of the DRG system implemented.

Material and methods: The study was performed in a Hospital in Tomaszów Mazowiecki, Poland during a period from july to august 2009. Questionnaire was fullfilled by eleven physicians working in different hospital wards. Questionnaire questions were focused on the general opin-

ion regarding DRG system, new system's faults and benefits, DRG system settling problems and the results of implementing of DRG system in a Hospital in Tomaszów Mazowiecki, Poland.

Results: Most frequently repeated faults regarding the DRG system were: lack of possibility to take into consideration of more than one accompanying disease in a final settling and disagreement in labelling some of the DRG groups in a ICD-10 classification. Benefits coming from implementing the system due to studied physicians were obtaining the real treatment costs of the several diseases and improvement of the general reports. Most of studied physicians did not observe the results of DRG system implementation in their hospital. Our study showed the weak correlation between physician's opinion on the functioning of DRG system and a speciality of the studied physician (the Spearman rank correlation coefficient was 0,06).

Conclusions: According to the obtained results from the specialist physicians it is difficult to simply conclude whether the DRG system is of any help in a process of a hospital functioning, or whether it has negative influence on health care giving. Health caregivers present many doubts and reservations and are rather keen to assess this system negatively.

Wydaje się, że również w ochronie zdrowia, podobnie jak w przedsiębiorstwach, możliwe będzie uzyskanie znaczącej poprawy funkcjonowania systemu dzięki wykorzystaniu doświadczeń x-engineeringu. Zadanie optymalizacji systemu ochrony zdrowia jest ważne nie tylko z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa, ale również dlatego, że jest to jedna z istotniejszych gałęzi gospodarki, zatrudniająca w europie ok. 9% siły roboczej (e-Health..., 2004, s. 4) i konsumująca w krajach rozwiniętych od 6 do 16% PKB (OECD.Stat Extracts).

Celem niniejszej publikacji jest:

1. Weryfikacja hipotezy, że zastosowanie filozofii x-engineeringu wpłynie na zwiększenie jakości i efektywności usług zdrowotnych.
2. Identyfikacja nowych obszarów zastosowania technologii teleinformatycznych w ochronie zdrowia.

Przyjęta metoda badawcza to jest analiza literatury i wytycznych instytucji europejskich oraz polskich, a także praktycznych rozwiązań w zakresie zastosowania technologii teleinformatycznych w systemie i organizacjach ochrony zdrowia.

Na podstawie swego wieloletniego doświadczenia w zarządzaniu szpitalem i wiedzy wynikającej z licznych rozmów z pacjentami i ich rodzinami autor przyjął następujące założenia:

- Pacjenci i ich rodziny odczuwają brak bieżącej wyczerpującej informacji na temat ich stanu zdrowia podczas hospitalizacji;
- Obecny system prowadzenia list oczekujących pomimo, że umożliwia równy dostęp do usług medycznych, nie jest przyjazny dla pacjentów;
- Pacjenci uważają za ważną możliwość potwierdzenia postawionej im diagnozy i planowanego leczenia.

2. Koncepcja x-engineeringu

Opisana przez Jamesa Champy filozofia x-engineeringu dotyczy wykorzystania technologii teleinformatycznych, szczególnie internetu, do budowania powiązań między procesami przedsiębiorstw w celu uzyskania radykalnej poprawy produktywności i jakości. Reengineering dotyczy usprawniania procesów wewnątrz organizacji, natomiast

x-engineering wskazuje na poszukiwanie nowych płaszczyzn ulepszania procesów, wychodzących poza obręb pojedynczej organizacji, łączących procesy dostawców i klientów za pomocą zaawansowanych technologii teleinformatycznych (ICT). To podejście wymaga pokonania wielu granic między ludźmi i organizacjami oraz otwartości, zaufania i szczerości w kontaktach.

Chcąc zastosować filozofię x-engineeringu należy poddać analizie wszystkie relacje, w jakich znajduje się organizacja, zarówno ze swoimi dostawcami i klientami, jak też z pracownikami, partnerami, a nawet konkurentami. Champy (2003, s. 41) wskazuje trzy obszary, które należy na nowo zaprojektować, według niego są to: **procesy, propozycja i partycypacja**, tworzą one tzw. trójkąt x-engineeringu.

Procesy – organizacja będzie odnosiła sukcesy, jeżeli wydajne będą nie tylko jej procesy, ale również procesy wszystkich jej partnerów, dlatego każde przedsiębiorstwo musi posegregować swoje procesy na te, które (Champy 2003, s. 44-45): wykonuje samo, ponieważ są unikalne i dają przewagę konkurencyjną; wykonuje z innymi organizacjami i te, które można zlecić innym organizacjom, gdyż potrafią je lepiej wykonać.

Propozycja – Istnieje wiele uniwersalnych propozycji wartości dla klienta m.in.: jakość, cena, różnorodność, innowacyjność, poziom obsługi, szybkość oraz, co ważne w usługach medycznych, reputacja i doświadczenie. Organizacje, działając razem, mogą osiągnąć lepsze rezultaty, oferować klientom wyższą wartość i tym samym uzyskać przewagę konkurencyjną.

Trzecim wierzchołkiem trójkąta jest **partycypacja**, która określa stopień zaangażowania organizacji w x-engineering. Champy (2003, s. 52–53) wyróżnia cztery poziomy partycypacji:

na poziomie 1 – organizacja przeprojektowuje własne procesy;

na poziomie 2 – przeprojektowuje je wspólnie z jednym ze współpracujących przedsiębiorstw np. dostawcą;

na poziomie 3 – przeprojektowuje procesy własne oraz dwóch innych organizacji (np. dostawców i klientów);

a na poziomie 4 – przeprojektowuje procesy trzech różnych organizacji, co może nawet doprowadzić do zmian stosunków w całej branży.

3. Wdrożenie x-engineeringu w ochronie zdrowia

Ochrona zdrowia jest branżą specyficzną i podejmując się wprowadzenia zmian w organizacjach do niej należących, należy brać pod uwagę jej unikalne cechy:

- pierwszoplanową rolę, jaką pełnią usługi zdrowotne w społeczeństwie;
- sposób finansowania, najczęściej z wykorzystaniem tzw. „trzeciej strony" (Getzen 2000, s. 103);
- niewielką konkurencję pomiędzy uczestnikami rynku medycznego (Lewandowski i Kowalski 2008, s. 258);
- specyficzną organizację pracy (Shortell i Kaluzny 2001, s. 26);
- wysoką pozycję społeczną i siłę negocjacyjną kluczowych pracowników;
- trudności w obiektywnej ocenie jakości usług medycznych (Tasso i inni 2002, s. 5–8).

Organizacje ochrony zdrowia, chociaż mają wiele cech odmiennych, mogą brać przykład z przedsiębiorstw, które uzyskały znaczne korzyści i jednocześnie wytworzyły dużą wartość dla klientów, angażując ich w swoje procesy. Europejskie opracowania potwierdzają, że ICT może mieć istotny wpływ na poprawę dostępności, jakości, efektywności i produktywności systemu ochrony zdrowia. Technologie te mogą zredukować koszty w obszarze prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, zmniejszyć liczbę błędów medycznych i niepotrzebnych hospitalizacji (Health..., 2004, s. 6)

Wdrażając rozwiązania x-engineeringu w branży medycznej należy ponadto pamiętać, że system ochrony zdrowia to nie tylko medycyna naprawcza, ale również profilaktyka i przebudowa procesów powinna obejmować wszystkie placówki, gdyż nie można przewidzieć, do której z nich trafi pacjent. W większości branż wraz z upadkiem przedsiębiorstwa procesy są najczęściej przerywane i zanikają, natomiast gdy taki przypadek zdarzy się w ochronie zdrowia, procesy muszą być natychmiast ponownie przekonfigurowane i połączone, a zgromadzone dane medyczne zachowane i nadal udostępniane. Między innymi dlatego w integracji procesów medycznych wymagany jest udział państwa, który powinien polegać na tworzeniu odpowiednich ram prawnych zabezpie-

czających poufność i trwałość danych, sprzyjającego klimatu, zachęt do łączenia procesów pomiędzy publicznymi, ale też i prywatnymi placówkami ochrony zdrowia oraz na wyborze standardów technologicznych.

Wprowadzając filozofię x-engineeringu do placówek ochrony zdrowia trzeba nie tylko wdrożyć technologie teleinformatyczne, ale przede wszystkim przeprojektować sposoby pracy. W pierwszym rzędzie należy wprowadzić zarządzanie procesowe wewnątrz organizacji, układając procesy i dostosowując strukturę organizacyjną w taki sposób, aby wspierała otwartość organizacji na partnerów zewnętrznych, szczególnie pacjentów. Następnie należy podzielić procesy na zaproponowane przez Champiego klasy: procesy unikalne dla organizacji, procesy, które organizacja chce łączyć i optymalizować z organizacjami partnerskimi oraz procesy, które są planowane do przekazania firmom zewnętrznym (outsourcing). Dalej powinien nastąpić etap wymiany informacji pomiędzy organizacjami, aby funkcjonujące w izolacji placówki nie sklasyfikowały odmiennie procesów, uniemożliwiając ich synchronizację. W x-engineeringu mogą uczestniczyć również organizacje zajmujące się produkcją i wdrażaniem oprogramowania, dystrybucją leków, sprzętu medycznego lub innych materiałów i usług, wykorzystywanych w ochronie zdrowia.

Wprowadzenie x-engineeringu powinno uwzględniać trójstopniowy[2] podział kompetencji w ochronie zdrowia, który umożliwia selekcję pacjentów, w zależności od ciężkości i zaawansowania schorzenia, racjonalizując wykorzystywanie zasobów.

Procesy unikalne dla organizacji ochrony zdrowia to bez wątpienia procesy medyczne. Jednakże w innych częściach łańcucha udzielania usług poszczególne jednostki będą poszukiwały swoich głównych procesów (*core competence*). Jest to zdeterminowane poziomem, do którego należą. Poszczególne placówki muszą identyfikować i rozwijać tylko te rodzaje świadczeń, w których mają szansę stać się liderami pod wzglę-

[2] Lecznictwo pierwszego poziomu (*primary care*) – podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Lecznictwo drugiego poziomu (*secondary care*) – lecznictwo szpitalne, które określa się mianem „lecznictwa drugiego poziomu", gdyż do szpitala zazwyczaj konieczne jest skierowanie z pierwszego poziomu. Lecznictwo trzeciego poziomu (*tertiary care*) – lecznictwo szpitalne w placówkach pełniących funkcje badawcze i edukacyjne – czyli w szpitalach klinicznych.

dem jakości i kosztów; pozostałe usługi należy „oddać" innym świadczeniodawcom.

Jak wynika z wieloletnich badań przeprowadzonych w USA, na jakość leczenia i uzyskiwane wyniki kliniczne duży wpływ wywiera doświadczenie (Porter M. E., E. Olmsted Teisberg, 2006, s. 111). Występuje znaczna korelacja pomiędzy wysoką jakością i niższymi kosztami oraz doświadczeniem i liczbą pacjentów leczonych na określone schorzenie. Na przykład St. Luke's Episcopal Hospital, wykonując 100 000 zabiegów wszczepiania bypassów, obniżył koszty operacji od 30% do 50% w porównaniu z innymi akademickimi szpitalami klinicznymi. Natomiast badania porównawcze śmiertelności wewnątrzszpitalnej po zabiegach, prowadzone pomiędzy szpitalami o najmniejszej i największej liczbie operacji danego rodzaju, wykazały, że śmiertelność w szpitalach o najmniejszej liczbie zabiegów, w niektórych schorzeniach, była prawie trzykrotnie większa (Porter M. E., E. Olmsted Teisberg, 2006, s. 112–114) niż w szpitalach o największej liczbie zabiegów.

Większa konsolidacja i centralizacja usług medycznych sprzyja jakości diagnozowania i leczenia oraz efektywności kosztowej, gdyż pozwala na tworzenie wyspecjalizowanych zespołów oraz lepsze dostosowanie środowiska opieki. Natomiast negatywnym efektem specjalizacji jest zwiększenie fragmentacji leczenia w przypadku schorzeń wielonarządowych, wymagających współdziałania specjalistów z różnych dziedzin. Wydaje się, że optymalizacja sposobów transportu pacjentów i wdrożenie rozwiązań teleinformatycznych, integrujących procesy świadczeniodawców zgodnie z filozofią x-engineeneringu, pozwoli na złagodzenie tej dychotomii. Z raportu e-BusinnesW@tch wynika, że ICT nie tylko pozwala zmniejszyć fragmentaryczność leczenia poprzez lepsze połączenie różnych oddziałów szpitalnych i placówek opieki, ale pozwala również zintegrować różne odmiany ochrony zdrowia, takie jak profilaktyka, badania przesiewowe, diagnostyka i rehabilitacja (*Sector Report* No. 10/2006, s. 127).

Propozycja. Ochrona zdrowia, podobnie jak inne gałęzie gospodarki, dostarcza społeczeństwu szerokiego wachlarza wartości, a najważniejszymi z nich są jakość i dostępność. Wiele problemów tego sektora wynika z niedostatecznej koordynacji procesów pomiędzy poszczególnymi poziomami leczenia, jak i wewnątrz placówek medycznych, gdy chodzi

o leczenie pacjentów ze schorzeniami wielonarządowymi. Pracownicy ochrony zdrowia posiadają wysoki poziom etosu zawodowego i przykładają dużą wagę do jakości swojej pracy, jednakże zarazem właśnie ten etos i prestiż są przeszkodami w koordynowaniu procesów o dużym zasięgu i przełamywaniu barier pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi i placówkami. Jedną z metod rozwiązania tego problemu może być zaprojektowanie megaprocesów obejmujących wiele specjalności w jednej lub wielu organizacjach oraz skuteczne ich monitorowanie z wykorzystaniem ICT.

Partycypacja – zaangażowanie pacjentów i ich rodzin. Proponowana przez Champiego czteropoziomowa klasyfikacja zaangażowania organizacji w x-engineering, mogłaby być interpretowana w ochronie zdrowia w następujący sposób:

1. Na pierwszym poziomie placówki medyczne powinny przeprojektować własne procesy wraz ze strukturą organizacyjną, w kierunku większej ich orientacji na pacjenta i większej wrażliwości na bodźce zewnętrzne.
2. Na drugim poziomie organizacje powinny przeprojektować, zsynchronizować i udostępnić sobie nawzajem, określone procesy, aby zoptymalizować przepływ pacjentów.
3. Na trzecim poziomie należałoby zaangażować dostawców i pozostałych partnerów we wspólne przeprojektowanie procesów, w celu zwiększenia efektowności zaopatrzenia jednostek w materiały i usługi.
4. Czwarty poziom partycypacji powinien objąć zaangażowanie pacjentów i umożliwienie im realnego wpływu na procesy ich leczenia. Na przykład uzyskanie poprzez pacjentów dostępu do informacji medycznych *on-line*, również do bieżącej historii choroby w trakcie hospitalizacji, upodmiotowiłoby ich i pozwoliło mieć realny wpływ na jakość w ochronie zdrowia.

Umożliwienie pacjentom aktywnego wpływu na procesy ich leczenia wymaga nie tylko inwestycji w infrastrukturę ICT, ale przede wszystkim przełamania stereotypu o pacjencie, jako biernym odbiorcy usług medycznych. Przykładem udostępnienia wewnętrznych procesów indywidualnym osobom są banki, które pozwoliły swoim klientom na samodzielne dokonywanie szeregu czynności, m.in. operacji finansowych, obniżając koszty i podnosząc dostępność usług.

Niestety praktycznie wszystkie propozycje wykorzystania ICT w ochronie zdrowia, zarówno te opracowywane przez organizacje międzynarodowe, rządy poszczególnych krajów, firmy komercyjne, jak i same placówki medyczne, zakładają bierność pacjentów w procesie przetwarzania informacji na temat stanu ich zdrowia i sposobu leczenia (strategia lizbońska, 2000; eEurope 2005..., 2002; Decyzja Nr 1350/2007/WE, 2007; e-Health..., 2004; Ustawa o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne 2005, Dz.U. nr 64 poz. 565; Plan Informatyzacji Państwa, 2007; Nowoczesna infrastruktura informacyjna..., 2005, Strategia e-Zdrowie Polska ..., 2009; Sector Report No. 10/2006; www.osoz.pl, www.imed24.pl, odczyt: 21.02.2010).

4. Jak zwiększyć wpływ pacjentów na proces udzielania usług medycznych?

Postępując zgodnie z filozofią x-engineeringu organizacje opieki zdrowotnej powinny się skoncentrować na maksymalizacji zaangażowania partnerów w swoje procesy. Najtrudniejsze do wykonania, i to głównie ze względu na panującą w ochronie zdrowia kulturę organizacyjną, będzie udostępnienie niektórych procesów pacjentom.

W jakie procesy mogą się włączyć pacjenci? Oto kilka przykładów.

W sytuacji planowych zabiegów należy umożliwić im samodzielną rezerwację terminu i dokonywanie ewentualnych zmian w oddziałowym lub szpitalnym planie zabiegów, z założonym minimalnym wyprzedzeniem. Przy zabiegach planowych często zdarza się, że od długości okresu oczekiwania ważniejsza jest dla pacjenta możliwość wyboru dogodnego terminu. Rozwiązanie powyższe jest korzystne z dwóch powodów, po pierwsze zdejmuje ze szpitala część pracy związanej z rezerwacją, po drugie umożliwia dostosowanie czasu zabiegów do wymogów pacjentów, co znacznie trudniej wykonać placówce medycznej samodzielnie z uwagi na przepisy prawne dotyczące kolejek oczekujących.

W trakcie leczenia na oddziale pacjenci odczuwają dyskomfort, wywołany brakiem informacji na temat wyników wykonanych im procedur diagnostycznych. W chwili obecnej w większości szpitali stosowana jest praktyka, że pacjent nie jest na bieżąco informowany o szczegółowych

wynikach poszczególnych procedur diagnostycznych, dopóki nie zostanie zakończony proces diagnostyczny. Pacjent nie ma również nieograniczonego wglądu do historii choroby, tylko musi polegać na informacjach przekazanych mu przez lekarza. Nie mając możliwości zapoznania się z wynikami badań przed rozmową ustalającą dalsze leczenie, nie jest w stanie się do niej przygotować, zadać właściwych pytań i podjąć przemyślanej decyzji. Nieinformowanie pacjentów na bieżąco o wynikach poszczególnych procedur diagnostycznych jest najczęściej konsekwencją braku czasu lekarzy. Niestety powoduje to niekorzystną sytuację, w której pacjent dopiero po wyjściu ze szpitala i dokładnym przeczytaniu swojej karty informacyjnej, ma pytania i wątpliwości skłaniające go do poszukiwania informacji i wyjaśnień u tego samego lub innego lekarza.

Technologie informatyczne można wykorzystać do pogodzenia obu tych na pozór sprzecznych interesów: pacjenta do rzetelnej i wyczerpującej informacji oraz efektywnego wykorzystania czasu personelu medycznego, zabezpieczające w ten sposób placówkę przed nadmiernym wzrostem kosztów leczenia. Będzie to możliwe w przypadku, gdy wyniki procedur diagnostycznych udostępni się natychmiast po ich wykonaniu i wpisaniu w historię choroby on-line na serwerze szpitalnym, łącznie ze zdjęciami i filmami z diagnostyki obrazowej (Rtg, TK, MRI, USG) oraz filmami z badań broncho-, kolono-, gastroskopijnych. Pacjent mógłby wtedy otrzymać dostęp do swojej historii choroby już w trakcie hospitalizacji i na bieżąco konsultować się ze swoim lekarzem POZ lub innym specjalistą, pod którego opieką się znajduje, chociażby z powodu innych schorzeń. Te dane mógłby również udostępnić swojej rodzinie lub zewnętrznemu konsultantowi.

5. Implikacje wprowadzenia filozofii x-engineeringu do systemu ochrony zdrowia

Większość z formułowanych i używanych definicji zdrowia podkreśla dobrostan psychiczny, jako jego immanentny składnik[3], dlatego

[3] Porównaj definicję zdrowia opublikowaną w 1948 r. przez Światową Organizację Zdrowia, która brzmi: „zdrowie to stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności".

ochrona zdrowia powinna przykładać dużą wagę do zapewnienia człowiekowi w przypadku leczenia choroby ciała, również dobrostanu psychicznego. A ten dobrostan osiąga się m.in. poprzez zapewnienie pacjentowi dostępu do pełnej informacji na temat jego zdrowia i możliwości weryfikowania diagnozy oraz wyznaczonego leczenia. Dostęp do informacji o stanie zdrowia gwarantują również prawa pacjenta (ustawa o zoz, art. 19, ust 1, pkt. 2), ale nie określają one na ile ta informacja powinna być bezzwłoczna, szczegółowa i obszerna.

Przy projektowaniu nowych rozwiązań organizacyjnych, szczególnie tych uwzględniających szerokie zastosowanie technologii teleinformatycznych, należy brać pod uwagę coraz wyższy poziom wiedzy medycznej społeczeństwa, który wynika z rosnącego zainteresowania ludzi swoim zdrowiem i propagowania wiedzy medycznej m.in. poprzez drukowane poradniki i serwisy elektroniczne. Dodatkowo upowszechnienie informacji na temat liczby błędów medycznych[4] i niepożądanego działania leków, którego można było uniknąć[5], sprawia, że pacjenci są bardziej nieufni i oczekują od środowiska medycznego coraz więcej informacji na temat sposobu leczenia. Przy podejmowaniu decyzji medycznych ludzie, chcą być traktowani jak równorzędni partnerzy, a w przypadku wątpliwości chcą mieć możliwość jej weryfikacji.

Umożliwienie pacjentom aktywnego uczestnictwa w procesie ich leczenia w szpitalu podczas hospitalizacji poprzez udostępnienie im danych medycznych, bez wątpienia wywrze znaczny wpływ na całą branżę związaną ze zdrowiem i zmieni wzajemny układ sił pomiędzy pacjentami, świadczeniodawcami i profesjonalistami medycznymi. Dlatego przed udostępnieniem pacjentom tych informacji należy przeprowadzić gruntowną analizę możliwych skutków tych działań i to zarówno dla systemu ochrony zdrowia, czyli jego kosztów, jakości i satysfakcji pracowników, jak i samych pacjentów. Należy przeprowadzić badania, czy

[4]Badania przeprowadzone w USA wskazują, że śmierć w szpitalu z powodu błędów medycznych jest trzecią przyczyną zgonu pod względem ich liczby, po chorobach serca i nowotworach złośliwych. Z tych badań wynika, że w 2002 roku w USA z powodu błędów zmarło w szpitalach ok. 200 tys. osób (Porter i Olmsted Teisberg 2006, s. 25).

[5] Z badań amerykańskich wynika, że prawie 2 procent pacjentów szpitali jest dotkniętych niepożądanym działaniem leków, którego można było uniknąć (Porter i Olmsted Teisberg 2006, s. 25)

taka wiedza rzeczywiście poprawi dobrostan psychiczny pacjentów i czy pozwoli im na podejmowanie konstruktywnych działań poprawiających wyniki leczenia.

Przeciwdziałając nadmiernemu wzrostowi kosztów systemu, należałoby dokładnie określić, ile i jakich konsultacji może oczekiwać pacjent w ramach środków publicznych, a za które musiałby zapłacić sam, czy też mogłoby je objąć komercyjne ubezpieczenie. Już teraz ubezpieczyciele proponują polisy obejmujące konsultacje lekarza specjalisty podczas pobytu w szpitalu[6].

Dostęp on-line do pełnych danych diagnostycznych zapewne wpłynęłoby na rozwój odpłatnych konsultacji. Pacjent mógłby zakupić przez internet usługę weryfikacji postawionej diagnozy i zaproponowanego sposobu leczenia. Zewnętrzny konsultant, mając zdalny dostęp do wyników badań i historii choroby, często bez przyjazdu do szpitala, mógłby potwierdzić lub ewentualnie zaproponować inne postępowanie zespołowi leczącemu. Obecnie standardem jest opisywanie materiałów z badań obrazowych, takich jak Rtg, MRI, czy TK. Zdalna konsultacja pozwala znacznie obniżyć koszty ponoszone prze pacjentów i efektywniej wykorzystać czas specjalistów. Ponadto, taka konsultacja może być przeprowadzona z każdego miejsca na świecie.

Wprowadzenie dodatkowych konsultacji medycznych prawdopodobnie zmniejszyłoby liczbę błędów spowodowanych niewłaściwą diagnozą lub niepożądanym działaniem leków oraz wpłynęłoby na szybsze upowszechnianie nowoczesnych metod leczenia. Jednakże mogłoby mieć zarazem negatywny wpływ na sytuację finansową szpitali. Zewnętrzny konsultant działający z ramienia prywatnego ubezpieczyciela lub prowadzący własną działalność gospodarczą nie byłby zainteresowany optymalizacją kosztów leczenia, a wręcz odwrotnie, dbając o własny wizerunek, mógłby proponować pacjentom droższe leczenie, nie zawsze bardziej skuteczne, indukując dodatkowe roszczenia pacjentów wobec szpitali.

---

[6] Przykładem takiej polisy jest ubezpieczenie na życie i zdrowie Opieka Medyczna PREMIUM PLUS firmy PZU. (http://www.pzu.pl/pub/files/PZU_ZYCIE_SA/3/8704 premiumplus.pdf, odczyt 2010.02.10).

Bezzwłoczny dostęp pacjentów do wyników badań jest podstawowym warunkiem ich upodmiotowienia, jednakże może mieć również negatywne skutki, dlatego że analiza niezakończonego procesu diagnostycznego może prowadzić do błędnych wniosków i dodatkowego stresu dla pacjentów. Toteż należy rozważyć, które informacje i w jakiej formie można udostępnić pacjentom.

Ponadto, przechowywanie w bazach danych milionów historii choroby z pełną dokumentacją diagnostyczną po ich anonimizacji mogłoby służyć profesjonalistom medycznym, naukowcom, studentom i osobom kierującym systemem ochrony zdrowia za cenne źródło informacji.

6. Podsumowanie

Wdrożenie filozofii x-engineeringu do ochrony zdrowia, czyli przede wszystkim zaangażowanie pacjentów w wewnętrzne procesy jednostek medycznych bez wątpienia wywrze istotny wpływ na całą branżę. Pozwoli pacjentom i ich bliskim aktywniej uczestniczyć w procesie leczenia i tym samym stworzyć system bardziej nastawiony na potrzeby ludzi chorych. Obecnie w większości systemów ochrony zdrowia przedstawicielem i rzecznikiem pacjenta powinien być jego lekarz rodzinny (GP-general practitioner) jednakże nie zawsze przynosi to oczekiwane rezultaty. Trudno znaleźć osoby, które bardziej zaangażują się w leczenie, niż sam chory i jego rodzina. Dlatego też należy rozwijać narzędzia, które pozwolą na większe zaangażowanie społeczeństwa w wewnętrzne procesy leczenia, tym bardziej, że coraz większa skolaryzacja zmniejsza dysproporcje wiedzy pomiędzy lekarzem i jego pacjentem, a zaangażowanie ICT pozwala na obniżenie kosztów dodatkowych konsultacji specjalistycznych.

ICT pozwala również na większą integrację wymienionych wcześniej trzech poziomów opieki zdrowotnej z wieloma placówkami na każdym z nich, tak aby były one w stanie stworzyć jeden spójny proces leczenia.

Wprowadzenie postulowanych rozwiązań wymaga nie tylko wdrożenia technologii, lecz przede wszystkim ewolucji w podejściu profesjonalistów medycznych do ICT. Już teraz lekarze opierają się w dużej mierze na przekazie elektronicznym. Przecież widok wnętrza człowieka, pod-

czas przeprowadzania gastro-, czy kolonoskopii pochodzi z kamery, nie są jednak skłonni do stawiania diagnoz bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem, pomimo posiadania praktycznie wszystkich informacji.

Z wywiadów przeprowadzonych przez e-Businness W@tch (2006, s. 146) wynika, że największymi barierami we wdrażaniu elektronicznej komunikacji pomiędzy podstawową opieką zdrowotną i szpitalami oraz w większym angażowaniu pacjentów w przetwarzanie danych na temat swojego zdrowia, jest przyzwyczajenie lekarzy do wydawania diagnoz tylko przy osobistym kontakcie z pacjentem oraz to, że wielu starszych i wybitnych lekarzy nie chce się uczyć używania nowoczesnych narzędzi teleinformatycznych.

Zaproponowane w artykule rozwiązania zostały oparte o dostępną literaturę naukową i formalne dokumenty instytucji krajowych oraz europejskich, jak również o doświadczenia autora wynikające z rozmów z wieloma pacjentami i ich rodzinami i z długoletniej pracy w placówce ochrony zdrowia. Należy je traktować jako wskazania określające najbardziej obiecujące kierunki dalszych badań.

Bibliografia

Champy J., (2003), *X-engineering przedsiębiorstwa.* Warszawa: Wydawnictwo PLACET.

Decyzja Nr 1350/2007/WE, (2007), *ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013*, Parlament Europejski i Rada, Strasburg. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:PL:PDF (odczyt: 27.02.2010).

eEurope 2005: An information society for all, (2002), Communication from the Commission, COM(2002) 263 final, Brussels.

e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area, (2004) Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. COM (2004) 356 final. Brussels.

Getzen T. E. (2000), *Ekonomika Zdrowia.* Warszawa: PWN.

Lewandowski R. A., Kowalski I. M. (2008), *W poszukiwaniu obiektywnych metod pomiaru jakości usług medycznych,* [w:] R. A. Lewandowski (red.), *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, Katedra Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego, Olsztyn.

Nowoczesna infrastruktura informacyjna podstawą taniego i przyjaznego państwa obywatelskiego: Program reformy infrastruktury informacyjnej państwa i strategii informatyzacji sektora publicznego, (2005), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Warszawa, www.mswia.gov.pl/download.php?s=1&id=2419 (odczyt: 01.03.2010).

OECD. Stat Extracts, Organisation for Economic Co-operation and Development, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH (odczyt: 18.02.2010).

Plan Informatyzacji Państwa, (2007), Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 marca 2007 r. w sprawie Planu Informatyzacji Państwa na lata 2007–2010, Dz. U. 61 poz. 415.

Porter M. E., Olmsted Teisberg E. (2006), *Redefining health care: Creating Value-Based Competition on Results.* Harvard Business School Press, Boston.

Sector Report No. 10/2006, *ICT and e-Business in Hospital Activities ICT adoption and e-business activity in 2006*, e-Business W@tch, www.ebusiness-watch.org/studies/... hospital/.../Hospitals_2006.pdf.

Shortell S. M., Kaluzny A. D. (2001), *Teoria organizacji i zarządzania usługami zdrowotnymi* [w:] S. M. Shortell i A. D. Kaluzny (red.), *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków.

STRATEGIA e-ZDROWIE POLSKA na lata 2009–2015– Projekt, (2009), Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, www.csioz.gov.pl/file.php?s=cD8x (odczyt: 01.03.2010).

Strategia lizbońska, (2000), The Lisbon European Council – An agenda of economic and social renewal for Europe. Contribution of the European Commission to the special European Council in Lisbon, COM(2000) 7, Lizbona.

Tasso K., i inni. (2002), *Assessing Patient Satisfaction and Quality of Care through Observation and Interview,* Hospital Topics, Summer, s. 4–8.

X-engineering in Healthcare

Summary

The article presents the possibility of applying x-engineering concept in health care. Wider use of information and communication technology (ICT) allows access to internal processes of medical institutions to partners, i.e. for different medical facilities, suppliers, but first of all patients, which improves the flow of patients between different levels of care, such as primary care, outpatient specialist care, hospitals and clinics.

This work shows that new application of ICT enables greater involvement of patients and their families in the treatment process, which contributes to their empowerment and greater orientation of healthcare system for patients.

The analysis demonstrates that the use of x-engineering philosophy in healthcare may lead to improved efficiency and quality of medical services.

Seria SWSPiZ w Łodzi: *PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE*
Tom XI – Zeszyt 7 – 2010 – ss. 169–187

Jan Krakowiak, Joanna Sułkowska[1], SWSPiZ w Łodzi
Kamila Zagier, Włodzimierz Stelmach[2], Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Aleksandra Grzelewska[3], Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Satysfakcja pacjentów jako czynnik kształtujący rynek usług medycznych. Badanie własne na przykładzie Szpitala w Pabianicach

1. Wstęp

Szpital to jedna z najważniejszych jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej. W szpitalu udziela się świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa zamkniętego. Podstawowym zadaniem szpitali jest leczenie chorych pacjentów. W szpitalu udziela się również świadczeń dla ludzi zdrowych, dotyczy to odbieranych porodów. Przy szpitalu często ulokowane są także przychodnie ambulatoryjne i zakłady diagnostyczne. W szpitalu pacjent otrzymuje całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską (http://pl.wikipedia.org/wiki/szpital pobrano dnia. 15.05.2009 r.). Celem nadrzędnym każdej placówki medycznej jest działanie na rzecz pacjenta. Wyznacznikiem sukcesu danej placówki jest satysfakcja z otrzymanej usługi. Badania poziomu satysfakcji pacjenta prowadzone przez szpital stwarzają możliwość wysondowania co myślą pacjenci o oferowanych im usługach, a także dowiedzenia się czy istnieją takie obszary, w któ-

[1] Dr n. med. Jan Krakowiak, dr n med. Joanna Sułkowska, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

[2] Mgr Kamila Zagier, dr hab. n. med. Włodzimierz Stelmach, Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

[3] Mgr Aleksandra Grzelewska, Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

rych jakość usług powinna być poprawiona. Jest to bardzo subiektywny, ale jeden z najważniejszych mierników jakości. Wyniki takiego badania pozwalają także na podjecie działań marketingowych, ocenę i przygotowanie placówki do wdrożenia systemów zarządzania jakością. Na poziom satysfakcji pacjenta wpływa wiele czynników. Zalicza się do nich m.in. czas oczekiwania na usługę, szybkość wykonywania zabiegów, uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia, empatia. Ponieważ jakość usługi mierzona jest według subiektywnych kryteriów, pacjenci mają swój własny pułap oczekiwań i wymagań, własne wcześniejsze doświadczenia. Także istotny wpływ mają czynniki psychologiczne, emocje związane z leczeniem. Niskie oceny w oddziałach tj. onkologia, ortopedia, chirurgia urazowa, powiązane są ze stanem emocjonalnym chorego, wynikającym ze stanu zdrowia. Odczucia i emocje pacjenta, przeżywanie w trakcie choroby utrudniają obiektywną ocenę sytuacji (Maciąg 2006, s. 50–62). W praktyce szpitale jako narzędzie, najczęściej wykorzystują skonstruowane przez siebie ankiety. Sposoby zapoznawania się z opinią pacjenta o zakładzie opieki zdrowotnej zaczynają się od izby przyjęć. W tym miejscu chory po raz pierwszy ma kontakt z personelem szpitala, a jakość tego spotkania może w istotny sposób wpłynąć na opinię o całym szpitalu. Kolejne zbierane informacje dotyczą opieki lekarskiej, kontaktu lekarz – pacjent. Niewłaściwa komunikacja, brak swobodnego przepływu informacji powodują postanie lęku, braku zaufania. Informacje o stanie zdrowia pacjenta przekazywane żargonem medycznym sprawiają, że pacjenci podejmując decyzje dotyczące zdrowia bardziej ufają swojej intuicji i emocjom (Maciąg 2004, s. 43). Ocena sfery informacyjnej ma na celu uzyskanie informacji dotyczących: życzliwości personelu medycznego, prawa do prywatności, zachowania tajemnicy lekarskiej, wsparcia emocjonalnego chorego, poczucia bezpieczeństwa. Kolejnym determinantem poziomu satysfakcji pacjentów jest dostępność do świadczeń. Opinie dotyczą czasu oczekiwania na planowany zabieg, dostępność do porad specjalistów, badań diagnostycznych itp. Na zadowolenie pacjentów wpływają również warunki hotelowe. Rozumiemy tutaj przede wszystkim wygląd zewnętrzny i wewnętrzny pomieszczeń, wyposażenie, jakość podawanych posiłków (Maciąg 2007, s. 27–28). Podsumowując „pacjent chce być leczony przez najlepszych dostępnych specjalistów, chce pomoc uzyskać jak najszybciej, chce być gruntownie

przebadany i prawidłowo zdiagnozowany oraz chce, aby wszystkie działania medyczne wykonywane były przez życzliwy, zainteresowany jego osobą personel, w czystych, wygodnych, schludnych salach, z użyciem najnowocześniejszego sprzętu. Rezultatem tych działań jest trwały, pełen efekt terapeutyczny (Wójtowicz 2009).

2. Cele badania, materiały, metody

Głównymi celami badania były:

1. Poznanie opinii pacjentów hospitalizowanych w szpitalu w Pabianicach na temat jakości świadczonych usług medycznych i poza medycznych w oddziałach: wewnętrznym, chirurgicznym, ginekologiczno-położniczym.
2. Ocena w jakim stopniu dostępność, warunki i przebieg leczenia w szpitalu w Pabianicach oraz kontakt z personelem zaspakajają potrzeby pacjentów.

Było to badanie ankietowe, które zostało przeprowadzone w miesiącach listopad i grudzień 2008 roku w Szpitalu w Pabianicach w trzech oddziałach: chirurgicznym, internistycznym, ginekologiczno-położniczym. W badaniu uczestniczyło **331** pacjentów. Ankietowani byli pacjentami hospitalizowanymi w oddziałach: chirurgicznym – **108**, chorób wewnętrznych – **110** i ginekologiczno-położniczym – **113** osób. Ankieta składała się z siedmiu pytań (5 pytań medycznych i 2 poza medyczne) którym towarzyszyło od 2. do 5. podpunktów. Ocena wyników badania była oparta na odpowiedziach udzielonych przez respondentów. Każdemu pytaniu towarzyszyły cyfry odpowiadające ocenom szkolnym: 2 – ocena negatywna; 3 – ocena dostateczna; 4 – ocena dobra; 5 – ocena bardzo dobra.

Kwestionariusz podzielono na kilka grup tematycznych:

- Izba Przyjęć (szybkość załatwienia formalności w Izbie Przyjęć, życzliwość i chęć pomocy personelu Izby Przyjęć);
- ocena oddziału (przyjęcie na odział, sala chorych, opieka lekarska, opieka pielęgniarska);
- inne, jak jakość podawanych posiłków, dostęp do telewizji, dogodna pora odwiedzin czy dostęp do sklepiku szpitalnego.

Kryterium doboru pacjentów do przeprowadzonych badań stanowiły: zgoda pacjenta na udział w badaniu oraz stan zdrowia pacjenta pozwalający na przeprowadzenie badania.

Ankietowani zostali poinformowani, że udział w badaniu jest dobrowolny i anonimowy. Metryczka, która znajdowała się na końcu ankiety zawierała informacje tj.: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie. Pacjent sam wyrażał chęć uczestniczenia w badaniu, miał prawo odmowy i wycofania zgody na udział w badaniu, w każdej chwili bez podania powodu i jakichkolwiek konsekwencji, z zachowaniem prawa do leczenia w tym samym Zakładzie Opieki Zdrowotnej.

Podczas statystycznej analizy zebranych danych zastosowano następujące metody:

- test t-Studenta do porównania zmiennych przedziałowych o rozkładzie normalnym,
- test Shapiro-Wilka do oceny normalności rozkładów,
- test CHI-kwadrat do porównania zmiennych jakościowych i skategoryzowanych.

Dla wszystkich wykorzystanych testów statystycznych przyjęto poziom istotności P= 0,05.

3. Wyniki

Charakterystyka grupy badawczej

Grupa badawcza liczyła ogółem 331 osób. Wśród osób objętych badaniem kobiety stanowiły 61,6% a mężczyźni 38,4% (tab. 1).

Spośród badanych osób 71% stanowili mieszkańcy miast, mieszkańcy wsi stanowili zaledwie 28,7%. Ogółem najliczniejszą grupę (51,7%) wśród ankietowanych stanowiły osoby pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. Osoby poniżej 30 roku życia (25,1%) i osoby powyżej 50 roku życia (23,3%) stanowiły bardzo zbliżony odsetek respondentów.

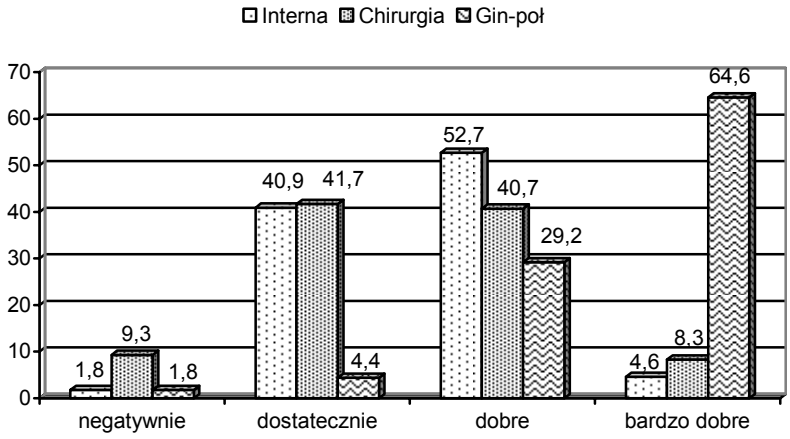
Tabela 1. Płeć pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych oddziałach

PŁEĆ		ODDZIAŁ			Ogółem
		CHIRURGIA	GIN-POŁ	INTERNA	
KOBIETY	N	39	113	52	204
	%	36,1%	100,0%	47,3%	61,6%
MĘŻCZYŹNI	N	69	0	58	127
	%	63,9%	,0%	52,7%	38,4%
Ogółem	N	108	113	110	331
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Również w poszczególnych oddziałach największy odsetek ankietowanych stanowiły osoby pomiędzy 30 a 50 rokiem życia: chirurgia 51,9%, ginekologiczno-położniczy 46,9%, wewnętrzny 56,4%. Spośród badanych osób 39,9% posiadało wykształcenie średnie i 37,8% wykształcenie zawodowe/podstawowe. Badani z wykształceniem wyższym stanowili 22,4%. Przyjęcie pacjenta do szpitala najlepiej było oceniane w oddziale ginekologiczno-położniczym (tab. 2). Zaobserwowano istotną dysproporcję przyznawanych ocen bardzo dobrych (tab. 2). Pacjenci oddziału ginekologiczno-położniczego wystawili bardzo małą liczbę ocen negatywnych i dostatecznych. Należy tutaj zauważyć, że choć proporcje ocen negatywnych były zbliżone we wszystkich oddziałach to liczba ocen dostatecznych była zdecydowanie wyższa w oddziale chirurgicznym i oddziale wewnętrznym, niż w oddziale ginekologiczno-położniczym.

Pacjenci w badanych oddziałach wystawili odpowiednio 2,7%, 0,9%, 1,8% ocen negatywnych (rys. 2). Ocen dostatecznych i dobrych wystawiono najwięcej w oddziałach internistycznym oraz chirurgicznym, aniżeli w oddziale ginekologiczno-położniczym. Znajduje to odzwierciedlenie w liczbie ocen bardzo dobrych, gdzie wystąpiła ogromna przewaga oddziału ginekologiczno-położniczego i wyniosła ona nad oddziałem chirurgicznym 52,3% i wewnętrznym 57,9%. W oddziale ginekologiczno-położniczym na pytanie dotyczące pierwszego wrażenia pacjenta po przyjęciu na oddział oraz na pytanie o czas oczekiwania na łóżko (tab. 3), nie wystawiono ani jednej oceny negatywnej. Oceny negatywne w małej liczbie wystawione były w oddziale chirurgicznym oraz wewnętrznym.

Rysunek 1. Opinie pacjentów (w %), dotyczące szybkości załatwiania formalności w Izbie Przyjęć



Rysunek 2. Opinie pacjentów (w %), dotyczące życzliwości i chęci pomocy personelu Izby Przyjęć

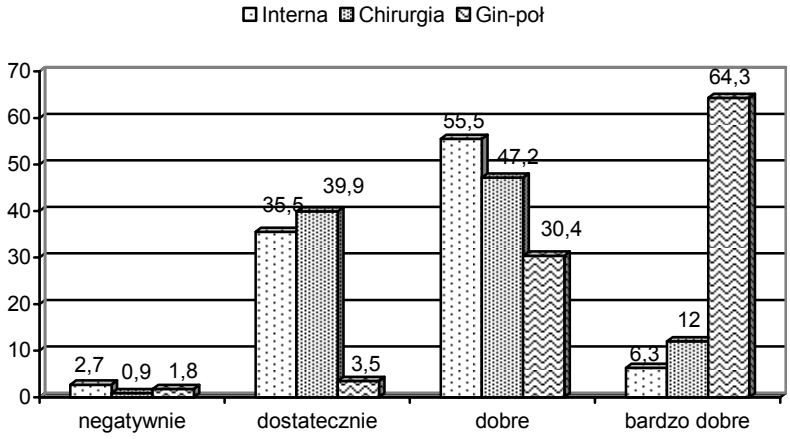


Tabela 2. Przyjęcie do szpitala w ocenie pacjentów hospitalizowanych w badanych oddziałach

1. Przyjęcie pacjenta do szpitala:		GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY				CHIRURGIA				INTERNA				Test CHI-kwadrat	
		2	3	4	5	2	3	4	5	2	3	4	5	χ^2	p
a) szybkość załatwiania formalności w Izbie Przyjęć	N	2	5	33	73	10	45	44	9	2	45	58	5	148,53	0,001
	%	1,8	4,4	29,2	64,6	9,3	41,7	40,7	8,3	1,8	40,9	52,7	4,6		
b) życzliwość i chęć pomocy personelu Izby Przyjęć (lekarzy, pielęgniarek)	N	2	4	34	72	1	43	51	13	3	39	61	7	123,73	0,001
	%	1,8	3,5	30,4	64,3	0,9	39,9	47,2	12,0	2,7	35,5	55,5	6,3		

Tabela 3. Przyjęcie do szpitala w ocenie pacjentów hospitalizowanych w badanych oddziałach

1. Przyjęcie do oddziału:		GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY				CHIRURGIA				INTERNA				Test CHI-kwadrat	
		2	3	4	5	2	3	4	5	2	3	4	5	χ^2	p
a) pierwsze wrażenie	N	0	8	47	58	2	58	39	8	2	42	62	4	119,93	0,001
	%	0,0	7,1	41,6	51,3	1,9	54,2	36,4	7,5	1,8	38,2	56,4	3,6		
b) czas oczekiwania na łóżko	N	0	6	30	77	4	41	51	12	2	33	68	7	137,48	0,001
	%	0,0	5,4	26,5	68,1	3,7	38,0	47,2	11,1	1,8	30,0	61,8	6,4		
c) czas oczekiwania na łóżko	N	4	10	48	50	4	44	47	12	3	46	48	13	61,52	0,001
	%	3,6	8,9	42,9	44,6	3,7	41,2	43,9	11,2	2,7	47,8	43,7	11,8		

Wystąpiła ogromna dysproporcja w przyznawaniu ocen dostatecznych i bardzo dobrych, pomiędzy podobnie oceniającymi oddziałami wewnętrznym i chirurgicznym, a oddziałem ginekologiczno-położniczym. Zarówno w przypadku ocen dostatecznych jaki bardzo dobrych korzystniej wypadł oddział ginekologiczno-położniczy. Odpowiedzi na pytania dotyczące wyposażenia sal chorych i warunków tam panujących (tab. 4) oceniane były przez pacjentów dostatecznie i dobrze w oddziałach: chirurgicznym i wewnętrznym, natomiast dobrze i bardzo dobre w oddziale ginekologiczno-położniczym. Również w tym oddziale nie wystawiono ani jednej oceny negatywnej, na pytanie dotyczące dostępu do łazienki/ubikacji oraz na pytanie dotyczące czystości w salach chorych. W oddziale chirurgicznym oceny negatywne nie zostały wystawione na pytanie o wyposażenie sal chorych w oddziałach.

Tabela 5 przedstawia opinie pacjentów na temat opieki lekarskiej. Jeżeli chodzi o rozkład ocen negatywnych to pacjenci oddziałów: chirurgicznego i chorób wewnętrznych wystawili oceny lepsze od pacjentów oddziału ginekologiczno-położniczego. Pacjenci oddziałów chirurgicznego i chorób wewnętrznych wystawili więcej ocen dobrych od pacjentek oddziału ginekologiczno-położniczego, z czego 73,8% pacjenci oddziału chirurgicznego. W oddziale ginekologiczno-położniczym, mimo iż stwierdzono więcej ocen negatywnych, to pacjenci wystawili więcej ocen bardzo dobrych w stosunku do pozostałych oddziałów. Pytanie o pozytywny stosunek personelu medycznego do pacjenta było najlepiej ocenianym pytaniem w tym oddziale – 43 oceny dobre i 63 bardzo dobre.

W pytaniu o życzliwość i uprzejmość personelu pielęgniarskiego (tabela 6) na żadnym z oddziałów nie stwierdzono ani jednej negatywnej opinii. Dobrze został oceniony stosunek personelu pielęgniarskiego do pacjenta. Tylko w jednym przypadku wystawiono ocenę negatywną (oddział internistyczny). Najwięcej ocen bardzo dobrych wystawiono ogółem w oddziale ginekologiczno-położniczym. Najwięcej ocen dobrych i dostatecznych stwierdzono na oddziale chirurgicznym. Najwięcej ocen negatywnych (7) stwierdzono *ex aequo* w oddziale wewnętrznym i ginekologiczno-położniczym.

Tabela 4. Sala chorych i warunki tam panujące w ocenie pacjentów hospitalizowanych w badanych oddziałach

3. Sala chorych w oddziale:		GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY				CHIRURGIA				INTERNA				Test CHI-kwadrat	
		2	3	4	5	2	3	4	5	2	3	4	5	χ^2	p
a) wyposażenie sali (łóżko, pościel, stolik, dzwonek)	N	3	4	39	66	0	35	68	5	1	36	64	9	124,87	0,001
	%	2,7	3,6	34,8	58,9	0,0	32,4	63,0	4,6	0,9	32,7	58,2	8,2		
b) dostęp do łazienki, ubikacji	N	0	10	44	58	6	36	60	5	4	35	63	8	99,29	0,001
	%	0,0	8,9	39,3	51,8	5,6	33,6	56,1	4,7	3,6	31,8	57,3	7,3		
c) czystość w salach	N	0	7	46	59	2	30	61	14	2	35	55	18	62,87	0,001
	%	0,0	6,3	41,1	52,7	1,9	28,0	57,0	13,1	1,8	31,8	50,0	16,4		
d) warunki snu odpoczynku	N	1	21	41	50	5	20	73	9	1	31	65	13	58,89	0,001
	%	0,9	18,6	36,3	44,2	4,7	18,7	68,2	8,4	0,9	28,2	59,1	11,8		

Tabela 5. Opieka lekarska w ocenie pacjentów hospitalizowanych w badanych oddziałach

4. Opieka lekarska:		GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY				CHIRURGIA				INTERNA				Test CHI-kwadrat	
		2	3	4	5	2	3	4	5	2	3	4	5	χ^2	p
a) uprzejmość lekarzy	N	2	15	46	50	0	25	78	5	2	27	69	12	65,97	0,001
	%	1,8	13,3	40,7	44,2	0,0	23,2	72,2	4,6	1,8	24,6	62,7	10,9		
b) fachowość lekarzy	N	3	5	52	52	0	11	79	17	0	22	70	18	50,18	0,001
	%	2,7	4,5	46,4	46,4	0,0	10,3	73,8	15,9	0,0	20,0	63,6	16,4		
c) pozytywny stosunek personelu medycznego do pacjenta	N	1	6	43	63	1	22	74	9	0	23	73	14	82,32	0,001
	%	0,9	5,3	38,0	55,8	0,9	208	69,8	8,5	0,0	20,9	66,4	12,7		
d) dostępność lekarza dla pacjenta	N	4	27	45	35	2	40	57	8	0	24	67	19	30,82	0,001
	%	3,6	24,4	40,5	31,5	1,9	37,3	53,3	7,5	0,0	21,8	60,9	17,3		
e) pozytywny stosunek personelu medycznego do pacjenta	N	7	22	52	32	4	28	68	8	3	18	72	17	22,84	0,001
	%	6,2	19,5	46,0	28,3	3,7	25,9	63,0	7,4	2,7	16,4	65,5	15,4		

Tabela 6. Opieka pielęgniarska w ocenie pacjentów hospitalizowanych w badanych oddziałach

5. Opieka pielęgniarska:		GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY				CHIRURGIA				INTERNA				Test CHI-kwadrat	
		2	3	4	5	2	3	4	5	2	3	4	5	χ^2	p
a) uprzejmość i życzliwość personelu pielęgniarskiego	N	0	7	77	24	0	7	77	24	0	2	25	85	125,35	0,001
	%	0,0	6,5	71,3	22,2	0,0	6,5	71,3	22,2	0,0	1,8	22,3	75,9		
b) fachowe i staranne wykonywanie zabiegów/opatrunków	N	1	3	29	79	0	10	69	29	1	23	72	14	94,52	0,001
	%	0,9	2,7	25,9	70,5	0,0	9,3	63,8	26,9	0,9	20,9	65,5	12,7		
c) pozytywny stosunek personelu pielęgniarskiego do pacjenta	N	0	2	22	89	0	11	66	31	1	11	65	33	78,15	0,001
	%	0,0	1,8	19,4	78,8	0,0	10,7	61,3	27,8	0,9	10,0	59,1	30,0		
d) zapewnienie i poszanowanie intymności pacjenta podczas wykonywanych zabiegów	N	4	19	41	48	1	8	39	60	2	7	40	61	11,56	0,073
	%	36	17,0	36,5	42,9	0,9	7,4	36,1	55,6	1,8	6,4	36,3	55,5		
e) pomoc udzielana przez personel pielęgniarski przy utrzymaniu higieny pacjenta	N	2	10	45	53	2	21	48	35	3	11	49	47	9,49	0,148
	%	1,8	9,1	40,9	48,2	1,9	19,8	45,3	33,0	2,7	10,0	44,6	42,7		

Jakość podawanych posiłków była krytycznie oceniana przez pacjentów wszystkich oddziałów (tab. 7). Wyróżnić można jedynie oddział ginekologiczno-położniczy, który wystawił więcej ocen dobry i bardzo dobrych niż pozostałe oddziały. Jednak o wiele mniej, niż miało to miejsce w poprzednich pytaniach. Odpowiedzi negatywne pojawiały się tutaj kilkukrotnie częściej w porównaniu do poprzednich pytań. Również liczba ocen dostatecznych była znacznie wyższa, a ocena ta, była w ogóle najczęściej wystawiana przez oddziały internistyczny (53,7%) oraz chirurgiczny (59,8%).

Usługi poza medyczne (tab. 8) oceniane były najlepiej przez pacjentów z oddziału ginekologiczno-położniczego. Na każde pytanie z tabeli pacjenci z badanego oddziału wystawili najwięcej ocen bardzo dobrych. Najwięcej ocen negatywnych (9,3%) wystawili pacjenci oddziału chirurgicznego na pytanie o dostęp do telewizji.

Oceny dotyczące dostępu do telewizji w analizowanych oddziałach to głównie oceny dobre (rys. 3). Jedynie pacjenci oddziału ginekologiczno-położniczy wystawili więcej ocen bardzo dobrych (45,1%). Pacjenci oddziału internistycznego oraz chirurgicznego także często wystawiali oceny dostateczne. Liczba ocen negatywnych w żadnym z oddziałów nie przekroczyła progu 10%.

Rysunek 3. Opinie pacjentów (w %), dotyczące dostępu do telewizji

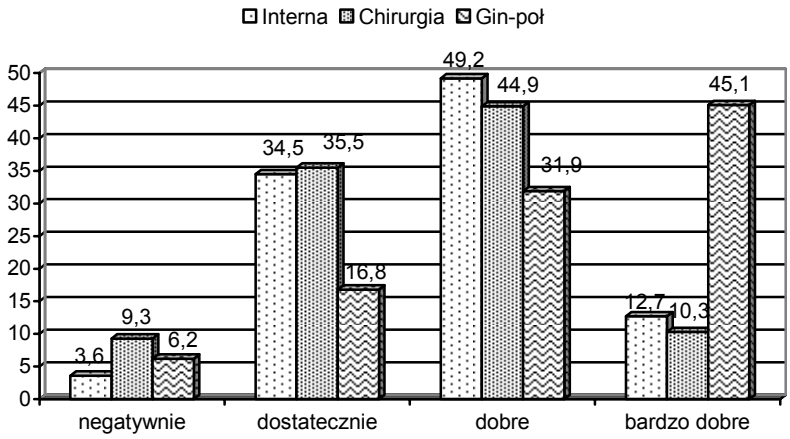


Tabela 7. Posiłki w ocenie pacjentów hospitalizowanych w trzech badanych oddziałach

6. Posiłki:		GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY				CHIRURGIA				INTERNA				Test CHI-kwadrat	
		2	3	4	5	2	3	4	5	2	3	4	5	χ^2	p
a) jakość podawanych posiłków (temperatura ich podania, urozmaicenie jedzenia)	N	18	34	44	17	21	64	20	2	26	59	23	2	43,92	0,001
	%	15,9	30,2	38,9	15,0	19,6	59,8	18,7	1,9	23,6	53,7	20,9	1,8		
b) pomoc przy spożywaniu posiłków	N	10	21	39	37	34	45	21	5	18	38	50	2	86,25	0,001
	%	9,3	19,6	36,5	34,6	32,4	42,8	20,0	4,8	16,6	35,2	46,3	1,9		

Tabela 8. Usługi poza medyczne w ocenie pacjentów hospitalizowanych w badanych oddziałach

7. Usługi poza medyczne:		GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY				CHIRURGIA				INTERNA				Test CHI-kwadrat	
		2	3	4	5	2	3	4	5	2	3	4	5	χ^2	p
a) dogodne pory odwiedzin w oddziale chorego	N	3	19	34	57	4	40	50	14	6	42	56	6	73,83	0,001
	%	2,7	16,8	30,1	50,4	3,7	37,0	46,3	13,0	5,5	38,1	50,9	5,5		
b) dostęp do bufetu, sklepiku szpitalnego	N	0	9	46	58	2	37	57	12	4	38	54	14	71,94	0,001
	%	0,0	8,0	40,7	51,3	1,9	34,2	52,8	11,1	3,6	34,5	49,2	12,7		
c) dostęp do telewizji	N	7	19	36	51	10	38	48	11	4	38	54	14	52,26	0,001
	%	6,2	16,8	31,9	45,1	9,3	35,5	44,9	10,3	3,6	34,5	49,2	12,7		

4. Dyskusja

Pierwszym miernikiem, poddanym badaniu był wiek pacjentów, którzy brali udział w badaniu, a także ich wykształcenie. Uzyskane wyniki w tych dwóch kategoriach zestawiono z wynikami badań przeprowadzonych w Szpitalu Powiatowym w Ostrowi Mazowieckiej w 2008 roku (Szyszkowska 2008, s. 1–7). W szpitalu tym największą grupę badanych stanowiły osoby powyżej 61 roku życia, najmniejszą grupę osoby pomiędzy 31 a 40 rokiem życia. Osoby pomiędzy 20 a 30 rokiem życia stanowiły 11,9% wszystkich badanych. Zestawiając to z wynikami obecnego badania należy zaobserwować sporą różnice w uzyskanych wynikach. W szpitalu powiatowym w Pabianicach najliczniejszą grupą były osoby pomiędzy 30 a 50 rokiem życia, oraz poniżej 30 roku życia, zaś najmniej liczną grupą osoby powyżej 50 roku życia. Jeśli chodzi o wykształcenie badanych osób to należy zauważyć, że zarówno w Pabianicach jaki Ostrowi Mazowieckiej najmniej liczną grupą były osoby o wykształceniu wyższym. Różnica natomiast występuje w pozostałych grupach. Najliczniejszą grupę w Powiatowym Szpitalu w Pabianicach stanowiły osoby z wykształceniem średnim, odwrotnie niż w szpitalu w Ostrowi Mazowieckiej gdzie najliczniejszą grupą były osoby z wykształceniu zawodowym i podstawowym. Kolejnym elementem, którego porównania dokonano w obecnym badaniu było przyjęcie na Izbę Przyjęć. Dla porównania przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w 2004 (Prot 2005, s. 299–304) oraz badań przeprowadzonych przez Zespół ds. Poprawy Jakości Usług Medycznych Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach w roku 2005 (Zespół ds. Poprawy Jakości Usług Medycznych Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach, 2008). W obu placówkach odpowiedzi na pytania dotyczące Izby Przyjęć były pozytywne i oscylowały w granicach 90%. W szpitalu w Pabianicach, jedynie pacjenci znajdujący się w oddziale ginekologiczno-położniczym udzielili podobnej liczby odpowiedzi pozytywnych. W pozostałych dwóch oddziałach tj. chirurgicznym i internistycznym pacjenci ocenili prace Izby Przyjęć na oceny dostateczne i dobre. Następnie dokonano badania opinii pacjentów dotyczącej przyjęcia do oddziału. Badania przeprowadzone przez dr n. med. Jana Krakowiaka w SPZOZ

w Brzezinach w roku 2004 (Krakowiak 2004) wykazały, iż pacjenci udzielając odpowiedzi na pytanie mające na celu ustalić stopień satysfakcji z przyjęcia na oddział, przeważnie wystawili oceny dobre i bardzo dobre. Odpowiedzi dobre i bardzo dobre za każdym razem stanowiły łącznie więcej niż 65% wszystkich odpowiedzi. Zatem zdecydowanie więcej niż połowa pacjentów którzy znajdowali się wówczas w badanych oddziałach uznała przyjęcie do oddziału za satysfakcjonujące. Przeprowadzone przez nas badania wykazały, że podobna sytuacja w badanej przez nas placówce wystąpiła jedynie w oddziale ginekologiczno-położniczym. W pozostałych oddziałach przyjęcie do oddziału było oceniane dostatecznie bądź dobrze. Niewielki odsetek nie przekraczający 12% stanowiły osoby, które wystawiły oceny bardzo dobre. Aby porównać elementy związane z salami chorych takie jak: dostęp do łazienki, czystość w salach czy warunki snu i odpoczynku, uzyskane przeze nas wyniki zestawiono z badaniami przeprowadzonymi w latach 2006–2007 wśród trzech grup pacjentów, którzy byli hospitalizowani w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie oraz w Klinice Chirurgii Naczyń Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie (Wasilewski 2008, s. 81–86), a także z badaniami przeprowadzonymi przez Zespół ds. Poprawy Jakości Usług Medycznych Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach w trzech okresach rozliczeniowych w roku 2005. Wszystkie te źródła wykazują, że sale chorych w oddziałach oceniane były przeważnie bardzo dobrze i dobrze. W przypadku ostatniego źródła (Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Plichowicach) osoby oceniające dobrze lub bardzo dobrze, w każdym z trzech okresów rozliczeniowych wystawiały około 90% takich odpowiedzi. Badania, które przeprowadzone zostały w Lublinie pomimo równie dużej ilości odpowiedzi pozytywnych wykazały pewne podobieństwo z badaniami, które przeprowadzono w szpitalu w Pabianicach. Objęci badaniami pacjenci najgorzej ocenili dostęp do łazienki, ubikacji. Podobna sytuacja miała miejsce we wszystkich trzech oddziałach w których były przeprowadzone badania w Lublinie (Wasilewski 2008, s. 81–86). Bardzo ważnym elementem funkcjonowania każdego szpitala jest opieka lekarska i pielęgniarska. Aby ocenić te dwa elementy dokonano porównania z badaniami przeprowadzonymi przez

Zespół do Spraw Jakości Usług Medycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Prot 2005, s. 293–298), a także z badaniami przeprowadzonymi w Szpitalu Powiatowym w Ostrowi Mazowieckiej w 2008 r. (Szyszkowska 2008, s. 1–7) oraz badaniami przeprowadzonymi przez dr n. med. Jana Krakowiaka w SPZOZ w Brzezinach w roku 2004 (Krakowiak 2004). W wyniku tego porównania należy uznać, iż Szpital Powiatowy w Pabianicach wypada o wiele gorzej niż wymienione wyżej porównywane ośrodki. Jedynie oddział ginekologiczno-położniczy uznał opiekę lekarską za bardzo satysfakcjonującą. W pozostałych oddziałach panował średni optymizm. Szczególnie niepokojąca w naszym badaniu może być mała liczba ocen bardzo dobrych w odpowiedzi na pytanie o dostępność lekarza dla pacjenta. Dla porównania w trzech wyżej wymienionych ośrodkach liczba odpowiedzi bardzo dobrych lub pozytywnych na to lub podobnie skonstruowane pytanie wynosiła odpowiednio 88% dla Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dla Szpitala Powiatowego w Ostrowi Mazowieckiej liczba ta wynosiła 79,4% łącznie odpowiedzi dobrych i bardzo dobrych, w szpitalu Brzezinach łączna liczba odpowiedzi dobrych i bardzo dobrych na trzech badanych oddziałach, za każdym razem oscylowała w granicach 80%.W przypadku naszego badania należy zauważyć, iż poza oddziałem ginekologiczno-położniczym, który oceniony został podobnie jak wyżej wymienione ośrodki, najczęściej wystawianymi ocenami były oceny dostateczne i dobre, rzadko zaś występowały oceny negatywne. Oznacza to, że pacjenci mimo, iż nie uważają opieki lekarskiej nie jest na najwyższym poziomie, to jest ona dla nich satysfakcjonująca. Dobrą oznaką jest fakt, że pacjenci znajdujący się w badanych oddziałach w Szpitalu Powiatowym w Pabianicach bardzo wysoko oceniają fachowość lekarzy. Za każdym razem wystawili dla tej odpowiedzi łącznie 80% lub więcej ocen dobrych i bardzo dobrych. Jakość udzielania niezbędnych informacji dotyczących leczenia również stawia szpital na dobrym miejscu bowiem z przeprowadzonego porównania wynika, iż lepiej oceniany w tej kategorii był jedynie Szpital Powiatowy w Ostrowi Mazowieckiej (Szyszkowska 2008, s. 1–7). Opieka pielęgniarska była bardzo wysoko oceniana w ośrodku, w którym przeprowadzono obecne badanie. Na każdym z oddziałów otrzymywała ona w każdej z kategorii łącznie w granicach 80–90% odpowiedzi dobrych i bardzo dobrych. Sprawia to, iż szpital wypada porów-

nywalnie, a nawet lepiej niż ośrodki z którymi go porównano. Szpital w tej dziedzinie funkcjonowania działa bardzo dobrze i uznawany jest przez pacjentów za bardzo satysfakcjonujący. Posiłki to jeden z najczęstszych powodów pacjentów do narzekań. Dokonaliśmy porównania wyników naszego badania, z badaniami przeprowadzonymi przez mgr psycholog Barbarę Gimbut w SPZZOZ w Nowej Dębie w roku 2008 (Gimbut, 2008), a także z badaniami przeprowadzonymi w latach 2006 - 2007 wśród trzech grup pacjentów, którzy w Lublinie (Wasilewski 2008, s. 81–86) oraz badaniami przeprowadzonymi Dr n med. Jana Krakowiaka w SPZOZ w Brzezinach w roku 2004. Porównanie to wykazało, iż jakość podawanych posiłków bardzo rzadko była oceniana bardzo dobrze. Szpital Powiatowy Pabianicach oceniony został w tej kategorii w większości na oceny dostateczne i dobre z przewagą tych pierwszych. Jedynie w oddziale ginekologiczno-położniczym stwierdzono więcej odpowiedzi dobrych niż dostatecznie. Jednak na pozostałych oddziałach liczba ocen dostatecznych zdecydowanie przewyższyła ilość ocen dobrych osiągając powyżej 50%. W Szpitalu Powiatowym w Brzezinach również bardzo często pojawiały się oceny dostateczne, nie wystąpiła jednak ich przewaga nad ocenami dobrymi. Najlepiej na tym tle wypadł SPZZOZ w Nowej Dębie gdzie zdecydowanie najwięcej pacjentów uznało jakość posiłków za zgodną z oczekiwaniami. Podobnie wyglądała ocena pacjentów dotycząca pomocy przy spożywaniu posiłków z tą różnicą, że oddział ginekologiczno-położniczy w odróżnieniu od poprzedniego pytania wystawiał głównie oceny dobre i bardzo dobre. Lepiej od badanej przeze nas placówki wypadły SPZOZ w Brzezinach gdzie łączna liczba ocen dobrych i bardzo dobrych na to pytanie oscylowała w przedziale 50–80% w zależności od oddziału, a także w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej w Lublinie. Aby porównać usługi poza medyczne Szpitala Powiatowego w Pabianicach wyniki naszego badania porównano z badaniami poziomu satysfakcji pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Opolu w 2006 roku (Głowacka 2007) oraz badaniami przeprowadzonymi przez dr n. med. Jana Krakowiaka w SPZOZ w Brzezinach w roku 2004. Badania te wykazały, iż pacjenci w Pabianicach ocenili usługi poza medyczne za zadowalające (oceny dobre) lub bardzo zadowalające (oceny bardzo dobre) w oddziale ginekologiczno-położniczym oraz za zadowalające lub średnio zadowalające (oceny dostateczne) na pozostałych od-

działach. Dla porównania w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu usługi poza medyczne za zadowalające lub bardzo zadowalające uznało łącznie 82% badanych, również w SPZOZ w Brzezinach oceny dobre i bardzo dobre były przeważające na wszystkich trzech oddziałach, na których wykonano badania. Szpital Powiatowy w Pabianicach został oceniony bardziej negatywnie od ośrodków, z którymi został porównywany. Niemniej jednak przeprowadzając analizę uzyskanych wyników, należy stwierdzić, iż pacjenci uważają, że szpital nie schodzi poniżej pewnego poziomu jakości opieki, o czym świadczy mała liczba ocen negatywnych. Ponadto w pewnych ważnych dziedzinach swojego funkcjonowania szpital potrafi się wyróżnić na tle porównywanych ośrodków. Możemy to zaobserwować chociażby w pytaniu o fachowość lekarską czy opiekę pielęgniarską. Za największy problem nad którym powinna się zastanowić dyrekcja Szpitala Powiatowego w Pabianicach uważamy znaczące różnice pomiędzy oddziałem ginekologiczno-położniczym, a pozostałymi. Dogłębna analiza uzyskanych wyników być może umożliwić rozwiązanie zarówno tego jak i innych problemów, które wykazały przeprowadzone przeze nas badania.

5. Wnioski

1. Oddział ginekologiczno-położniczy był znacznie lepiej oceniany przez pacjentów niż pozostałe oddziały.
2. Szybkość załatwiania formalności w Izbie Przyjęć oraz życzliwość personelu Izby Przyjęć była satysfakcjonująca.
3. Szpital posiada dobrą opiekę lekarską i bardzo dobrą opiekę pielęgniarską.
4. Jakość podawanych posiłków, według pacjentów wymaga poprawy.
5. Poprawie powinna ulec pomoc przy spożywaniu posiłków.

Bibliografia

Gimbut B. (red.), (2008), *Poziom satysfakcji pacjentów w Nowej Dębie, lipiec 2008 r.*

Głowacka A (red.) (2007), *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Opolu*, październik/listopad 2006 r., badanie własne. Strona internetowa Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, http://www.szpital.opole.pl/modules.php?name=News&file =article&sid=2.

Krakowiak J. (2004), *Badanie satysfakcji pacjentów z leczenia szpitalnego jako problem Zdrowia Publicznego*, badania własne, Szpital Powiatowy w Brzezinach.

Maciąg A., Kuszewski K., Topczewska-Tylińska J., Michalak J, (2007), *Rola procesów, standardów i procedur*, tom I, Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała.

Maciąg A. (2004), *Rola informacji w procesie tworzenia jakości usług medycznych*, „Zdrowie i Zarządzanie", tom 6, nr 6/2004, Kraków.

Maciąg A., Sakowska I. (2006), *Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych*, „Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW", nr 1, s. 50–62. http://www.sim.wz.uw.edu.pl/issue3/05.pdf.

Prot K., Pałyska M., Anczewska M., Indulska A., Raduj J. (2005), *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii", tom 14, nr 4, s. 299–304.

Prot K., Pałyska M., Anczewska M., Lechowicz W., Indulska A., Raduj J (2005), *Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranych oddziałów psychiatrycznych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii"; tom 14, nr 4, s. 293–298.

Strona internetowa: http://pl.wikipedia.org/wiki/szpital pobrano dn. 15.05.2009 r.

Szyszkowska J. (2008), *Ocena jakości usług medycznych-badanie satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu*, „Strona internetowa Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego, adres: http://www.frpp.org.pl/pobieranie/Szyszkowska.pdf", s. 1–7.

Wasilewski T. (2008), *Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu oddziałów zabiegowych*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne", nr 3, s. 81–86.

Wójtowicz M., Kornatowski M. A. (2009), *4.2 Jakość w opiece zdrowotnej* [w:] *Zakład opieki zdrowotnej Unii Europejskiej, Fachowy poradnik kadry zarządzającej szpitalem, poradnią, przychodnią, pracownią i innymi placówkami opieki medycznej*, tom I, Wydawnictwo Verlag Doskofer Sp. z o.o, Warszawa.

Zespół ds. Poprawy Jakości Usług Medycznych Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach, (2008), *Badanie satysfakcji pacjenta jako miernik poprawy jakości*, strona internetowa adres: http://www.cmj.org.pl/idol//prezentacjepilchowice_1.ppt?PHPSESSID =93938293a9ac42e737c5Cc5de42467b22, badanie własne.

Patient's satisfaction as a factor shaping health service market. Self study on the example of Hospital in Pabianice

Abstract

Rationale: The aim of every medical care institution is to help the patient. Patient's satisfaction coming from obtained service is the ratio of success of the medical care institution.

Aim of the study: The aim of the study was to recognize currently hospitalized in Hospital in Pabianice patient's opinion regarding the quality of medical and non-medical services in the internal diseases, surgery and obstetrics-gynecology departments. Additionally our goals were also to assess in what degree availability, conditions, course of treatment and contacts with medical professionals satisfy the needs of patients hospitalized in Pabianice Hospital.

Material and Methods: We performed questionnaire study, which was conducted in November and December of 2008 in Pabianice Hospital in three departments: the internal diseases, surgery and obstetrics-gynecology. We included 331 patients into the study.

Results and conclusions: Obstetrics-Gynecology Department was in general assessed as the best Department by patients. The quickness of settling the formalities at the admission to the hospital and kindness of staff was satisfactory. Physician services were assessed as good and nurses services were assessed as being very good. The quality of food service requires improvement. Assistance during feeding also requires correction.