



Złożenie pracy online:

2012-09-28 20:27:36

Kod pracy:

8636

Agnieszka Nieścieronek
(nr albumu: 9712*ZIM/JM)

Praca magisterska

Ocena oraz określenie możliwości poprawy jakości obsługi Klienta i realizowanych procesów poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi usprawniających proces zarządzania na przykładzie NZOZ Dental Care.

Evaluation and identification possibilities for improvement the quality of customer service and realized processes through application of proper tools that improve the management process - the case of NZOZ Dental Care

Wydział: Przedsiębiorczości i Zarządzania

Kierunek: Zarządzanie i marketing

Specjalność: zarządzanie zasobami ludzkimi

Promotor: dr Dariusz Woźniak

*„Dyplom uczelni nie oznacza, że człowiek jest produktem skończonym,
ale przesłanką, że jest on przygotowany do życia.”*

(Edward A. Malloy)

Serdeczne podziękowania dla Promotora - dr Dariusza Woźniaka,
za wiarę i wyrozumiałość oraz pomoc,
bez której praca by nie powstała.

Abstrakt

Celem niniejszej pracy była ocena oraz określenie możliwości poprawy jakości obsługi Klienta i realizowanych procesów poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi usprawniających proces zarządzania na przykładzie NZOZ Dental - Care. Zamierzano określić jak klienci korzystający z usług gabinetu postrzegają jakość usług w nim świadczonych, czy zastosowane w nim narzędzia, metody oraz systemy doskonalenia przyniosły zamierzony efekt oraz co w ramach ich funkcjonowania mogłoby zostać poddane doskonaleniu. W celu zrealizowania ww. celu przeprowadzono badanie ankietowe pacjentów korzystających z usług świadczonych przez gabinet stomatologiczny Dental – Care. Próba została określona w sposób nielosowy celowy. Uzyskane wyniki miały charakter zarówno ilościowy jak i jakościowy. Wyniki zostały opracowane w dwóch grupach: pierwsza dotyczyła charakterystyki próby, druga wyników zadowolenia klienta. W ramach przeprowadzonej analizy wyników ankiet pod uwagę wzięte zostały takie cechy rozkładu jak: dominanta, rozrzut wyników (w formie opisowej). Na podstawie przeprowadzonych ankiet możemy stwierdzić, że pacjenci gabinetu stomatologicznego Dental – Care bardzo wysoko oceniają jakość świadczonych w nim usług. W ramach pracy zdefiniowano dwa podstawowe obszary doskonalenia jakości usług w gabinecie Dental - Care: komunikacja interpersonalna pomiędzy pacjentem i lekarzem – poprzez zastosowania odpowiedniej polityki personalnej (system ocen pracowniczych, testy umiejętności „miękkich”); obsługa pacjenta w rejestracji - poprzez szkolenia personelu, oceny pracownicze - przestrzeganie zastosowanych procedur, wdrożenie Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001.

stomatologia – jakość – usługa – doskonalenie- klient

Abstract

The aim of this thesis was to evaluate and identify possibilities for improvement the quality of customer service and realized processes through application of proper tools that improve the management process, by presentation the case of NZOZ Dental Care. It was intended to determine how patients who use the services provided in NZOZ Dental Care consider their quality, whether the tools, methods and system for improvement achieve the desired effect and what, within the framework of their functioning, may be improved. In order to realize the above aim a customer satisfaction questionnaire survey was conducted, aimed at patients who use the services provided by Dental care. The sample was determined by non-

random targeted method. The obtained results were both qualitative and quantitative. They were elaborated in two groups: the first related to characteristic of the sample, the second one – customer satisfaction. Within the conducted analysis of the survey results the following characteristics of statistical deviation were taken into account: mode, dispersion (descriptive). On the basis of the conducted survey it can be stated that the patients of Dental-Care evaluate really high quality of the services provided in it. Within the thesis two basic areas for quality improvement in Dental-care were defined – interpersonal communication between patient and doctor – through implementation of proper personal policy (employee evaluation systems, tests of “soft” skills); patient service at reception desk – through trainings for the personnel, employee evaluations, following the applied procedures, implementation of ISO 9001 Quality Management System.

dentistry – quality – service – improvement – customer

Spis treści

| | |
|---|-----|
| Wstęp | 7 |
| Rozdział 1 Teoria jakości. Jakość w branży usług medycznych | 9 |
| 1.1 Co to jest jakość | 9 |
| 1.2 Jakość usług z ukierunkowaniem na usługi medyczne | 12 |
| 1.2.1 Definicja jakości usług medycznych | 12 |
| 1.2.2 Cechy usług medycznych a jakość | 13 |
| 1.2.3 Otoczenie placówek służby zdrowia | 16 |
| 1.2.4 Kryteria oceny jakości usług medycznych | 17 |
| 1.2.5 Koncepcja jakości usług medycznych | 18 |
| 1.2.6 Metody pomiaru jakości usług medycznych | 22 |
| 1.3 Stosowane narzędzia, metody i systemy zarządzania w celu doskonalenia jakości | 25 |
| 1.3.1 Narzędzia, metody i systemy zalecane lub wymagane przez mające zastosowanie przepisy prawa | 25 |
| 1.3.2 Oprogramowanie informatyczne | 30 |
| 1.3.3 Systemy Zarządzania | 34 |
| 1.3.4 Komunikacja z Pacjentem | 41 |
| 1.4 Podstawowe problemy jakościowe w branży usług medycznych | 44 |
| Rozdział 2 Analiza branży usług stomatologicznych | 47 |
| 2.1 Reformy służby zdrowia i ich wpływ na kierunek rozwoju branży | 47 |
| 2.2 Branża stomatologiczna w liczbach | 51 |
| 2.2.1 Liczba i lokalizacja uczelni medycznych oferujących kształcenie w zawodzie lekarza dentysty, liczba studentów dziennych i wieczorowych | 51 |
| 2.2.2 Liczba lekarzy dentystów z prawem wykonywania zawodu, lekarzy dentystów praktykujących z uwzględnieniem specjalizacji oraz liczby praktyk | 53 |
| 2.2.3 Wydatki publiczne na służbę zdrowia z zakresu usług stomatologicznych na przestrzeni lat i plan wydatków na kontrakty NFZ w 2013 r. | 57 |
| 2.2.4 Organizacja Systemu Ochrony Zdrowia, stomatologia niepubliczna i publiczna, finansowanie | 59 |
| 2.2.5 Trendy w branży i przewidywania na kolejne lata | 63 |
| 2.2.6 Segmentacja rynku | 66 |
| Rozdział 3 Ocena jakości stosowanych systemów i narzędzi jakości | 69 |
| 3.1 Prezentacja NZOZ Dental - Care oraz stosowanych przez gabinet narzędzi, metod i systemów zarządzania | 69 |
| 3.2 Metodologia i cel badania zadowolenia Klientów metodą ankietową | 84 |
| 3.3 Prezentacja uzyskanych wyników badania | 90 |
| 3.4 Analiza SWOT obecnego systemu zarządzania | 240 |
| Rozdział 4 Zakończenie | 241 |

| | |
|------------------------------------|------------|
| Spis Tabel i Rysunków | 245 |
| Bibliografia | 249 |

Wstęp

Podmioty funkcjonujące w gospodarce rynkowej dążą do zdobycia przewagi konkurencyjnej, aby funkcjonować w długim okresie czasu. Rynek usług medycznych, a zwłaszcza stomatologicznych, podlega ciągłym zmianom. Pojawiają się nowoczesne technologie, sprzęt, coraz wyższej jakości materiały stomatologiczne, za tym podąża ogrom nowej wiedzy i praktyki potrzebnej do podnoszenia jakości usług. Zmieniają się również potrzeby pacjentów, ich wymagania, wzrasta poziom wiedzy społeczeństwa na temat usług stomatologicznych oraz świadomość pacjentów odnośnie ich praw. Zmiany w zakresie prawodawstwa również nie ułatwiają prowadzenia firmy - ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia wciąż podlegają korektom lub wręcz odwrotnie - nie mogą się doczekać nowelizacji. Niestabilność prawa medycznego dotycząca zarówno rynku usług medycznych publicznych, jak i wolnego rynku nie sprzyja prowadzeniu firmy.

W takich warunkach tylko firmy rozwijające się, śledzące konkurencję, postęp technologiczny, zmiany i ich kierunek w ustawodawstwie medycznym, obserwujące uważnie rynek, mają szansę na długoterminowy sukces. Jednak aby zapewnić rozwój firmy, gabinet stomatologiczny musi być zarządzany w sposób świadomy, ukierunkowany na postawiony sobie cel lub zbiór celów. Musi działać w sposób strategiczny oraz mieć ściśle określoną wizję co do przyszłości gabinetu. Tymczasem najczęściej właściciel, osoba zarządzająca i wykonawca usług to zazwyczaj ta sama osoba – lekarz dentysta, specjalista w swoim zawodzie, niestety nie do końca zaznajomiony z wiedzą o zarządzaniu firmą.

Braki z zakresu wiedzy o prowadzeniu działalności wynikają z faktu, iż na studiach medycznych do tej pory nie wprowadzono żadnego fakultetu z zakresu tematyki zarządzania. Nie każdy lekarz stomatolog prowadzi swoją działalność, ale jednak zdecydowana większość otwiera swoje praktyki, nie mając jednocześnie pojęcia o funkcjonowaniu firmy i o podstawach przedsiębiorczości. Wciąż brak jest również na rynku odpowiednich szkoleń z zakresu zarządzania dla kadry medycznej.

W związku z bliską mi tematyką usług rynku stomatologicznego i znajomością problemów z zakresu zarządzania gabinetem, z jakimi boryka się każdy lekarz-menedżer, podjęłam studia o tej właśnie tematyce i starałam się zgłębić wiedzę o zarządzaniu, próbując przenieść ją na warunki funkcjonowania gabinetu stomatologicznego. Owocem studiów i jednocześnie celem mojej pracy jest zebranie i skonsolidowanie tematu jakości oraz potrzeby zarządzania przez jakość. Poprzez niniejszą pracę chciałam uzyskać odpowiedź, jak klienci korzystający z usług mojego gabinetu dentystycznego postrzegają jakość usług w nim

świadczonych. Czy zastosowane w nim narzędzia, metody oraz systemu doskonalenia przyniosły zamierzony efekt oraz co w ramach ich funkcjonowania mogłoby zostać poddane doskonaleniu. Przeprowadzone badania umożliwiają mi również stworzenie bardzo ogólnego obrazu klientów korzystających z usług mojego gabinetu, który być może w przyszłości będzie wstępem do przeprowadzenia bardziej wnikliwej analizy oraz segmentacji pacjentów, w celu dokładniejszego rozpoznania ich potrzeb i oczekiwań.

Celem pracy jest ocena oraz określenie możliwości poprawy jakości obsługi Klienta i realizowanych procesów poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi usprawniających proces zarządzania na przykładzie NZOZ DentalCare.

Cele cząstkowe:

Przedstawienie koncepcji jakości usług medycznych.

Analiza najczęściej wykorzystywanych w celu doskonalenia jakości metod, narzędzi i systemów.

Prezentacja specyfiki branży stomatologicznej.

Analiza funkcjonowania gabinetu stomatologicznego Dental- Care oraz stosowanych w nim metod usprawniających zarządzanie.

Identyfikacja słabych stron systemu zarządzania i obecnie funkcjonujących rozwiązań.

Niniejsza praca zawiera cztery rozdziały. Rozdział pierwszy przedstawia istotę pojęcia jakości usług w odniesieniu do branży stomatologicznej oraz narzędzia, metody i systemy stosowane w celu doskonalenia jakości usług.

Rozdział drugi odnosi się do specyfiki branży stomatologicznej, reform mających zasadniczy wpływ na kształt świadczonych obecnie usług oraz podstawowych danych statystycznych odnoszących się do badanej branży.

Rozdział trzeci zawiera szczegółowy opis działalności gabinetu stomatologicznego Dental – Care oraz sposobu funkcjonowania, z wyszczególnieniem stosowanych systemów, narzędzi i metod; a także ocenę jakości świadczonych w nim usług i możliwości ich poprawy.

Część teoretyczna została opracowana na podstawie literatury tematu. W badaniach empirycznych posłużę się opisem przypadku oraz badaniem ankietowym. Narzędzie badawcze stanowi ankieta wywiadu.

Rozdział 1 Teoria jakości. Jakość w branży usług medycznych

1.1 Co to jest jakość

Próby zdefiniowania pojęcia jakości podejmowano już w starożytności, dlatego w literaturze można odnaleźć dziesiątki różnych jej interpretacji. Uważa się, że po raz pierwszy pojęcie jakości (gr. *poiotes*) zdefiniował Platon, jako "pewien stopień doskonałości"¹. Było to wówczas pojęcie filozoficzne i jako takie pozostało do czasów współczesnych.

Pomimo rozlicznie podejmowanych prób zdefiniowania terminu jakości na przestrzeni lat nie zdołano określić jednego akceptowalnego i właściwego pojęcia. Sytuacja ta związana jest z wielowymiarowością jakości jako pojęcia i potrzebą kompleksowego podjęcia tematu poprzez jednoczesne ujęcie kilku perspektyw: procesu wytwórczego, wartości transcendentalnej, produktowej i użytkownika².

Philip Bernard Crosby zdefiniował na przykład jakość jako „zgodność z wymaganiami” (*conformance to requirements*)³, natomiast założenia swojej koncepcji zarządzania jakością oparł na czterech następujących zasadach, które nazywa "absolutami":

1. Jakość określa się jako zgodność ze specyfikacją, a nie jako dobry produkt;
2. Jakość osiąga się poprzez profilaktykę, a nie poprzez ocenianie;
3. Standard jakości oznacza brak usterek i nie ma tu miejsca na dopuszczalny poziom jakości;
4. Jakość mierzy się kosztem braku zgodności ze specyfikacją, a nie wskaźnikami.

J. M. Juran określił z kolei jakość w ujęciu wieloaspektowy jako:

1. Stopień w jakim określony wyrób zaspokaja potrzeby określonego nabywcy (wartość rynkowa);
2. Stopień, w jakim klasa danego wyrobu zapewnia mu zdolność zapewnienia satysfakcji konsumentom;
3. Stopień zgodności z ogólnie przyjętym modelem, wzorcem lub wymogami;
4. Stopień, w jakim dany wyrób ma przewagę nad innym (jakość preferencji);
5. Cecha lub zespół cech różnicujących dany wyrób.

¹ K. Opolski, G. Dykowska, M. Moźdzanek, Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Geneza jakości. Zarys historyczny, CeDeWu, Warszawa 2005, s. 35-36.

² K. Hoffman, Rozwój badań nad jakością usług medycznych, „Nowiny Lekarskie”, 2008, nr 3, s. 251-252.

³ P.B.Crosby, Quality is Free: The Art of Making Quality Certain, Free Press, NowyJork 1979, s. 13-15 oraz P.B.Crosby, Running Things: the Art of Making Things Happen, McGraw-Hill, NowyJork 1986, s. 99.

A. Feigenbaum pojmował jakość jako właściwy sposób zarządzania oraz organizacji. Jakość według niego to składowa cech charakterystycznych wyrobu lub usługi odnosząca się do marketingu, projektowania, wytwarzania oraz procesów pomocniczych o charakterze wytwórczym, dzięki którym produkt spełnia oczekiwania klienta.

Słownik języka polskiego podaje z kolei ogólną definicję jakości jako zespołu cech decydujących o tym, że produkt jest właśnie tym, a nie innym.

Również norma PN-EN 9000:2000 odnosi się do jakości jako stopnia, w jakim zbiór intratnych właściwości spełnia wymagania klientów oraz innych stron zainteresowanych⁴.

Złożoność problematyki jakości oraz brak możliwości jednoznacznego zdefiniowania jej pojęcia udowodnił również Garwin, proponując pięć współistniejących ze sobą definicji jakości, udowadniając tym samym, iż może ona przybierać różne znaczenie w zależności od kontekstu. Wyróżnił on m.in. jakość:

1. Bezwzględna;
2. Zorientowaną na wyrób;
3. Zorientowaną na użytkownika;
4. Zorientowaną na wytwarzanie;
5. Zorientowaną cenowo⁵.

Aby w sposób łatwiejszy zdefiniować, czym jest jakość i jaką postać może przyjąć, należy wziąć pod uwagę szereg współistniejących ze sobą aspektów wpływających na jej postrzeganie, takich jak: postać produktu, charakterystyki i cechy brane pod uwagę, podmiot postrzegający jakość, fazy życia produktu:

Postać produktu

Sposób postrzegania jakości w największej mierze uzależniony jest od postaci samego produktu, do którego jakości się odnosimy. Produkt ten może przyjmować formę:

- usługi,
- przedmiotu materialnego (wyrobu),
- wytworu intelektualnego,
- materiału przetworzonego,
- działania.

⁴ B. Detyna, J. Detyna, Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne, Difin, Warszawa 2011, s. 91-92.

⁵ J. Dahlgaard, K. Kristensen, G. K. Kanji, Podstawy zarządzania jakością, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000r., s.22

Podjmując próby zdefiniowania jakości danego produktu najczęściej odnosimy się do jakości usług lub wyrobów, biorąc pod uwagę ich największe udział. W dzisiejszej gospodarce rynkowej coraz częściej stosowane jest podejście definiujące jakość danego produktu również w oparciu o jakość procesów składowych prowadzących do jego realizacji (marketingowych, kontrolnych, nadzoru).

Wśród szeregu właściwości pozwalający jednoznacznie odróżnić usługę od wyrobu jest :

- niematerialny charakter usługi będącej swoistego rodzaju działaniem (procesem),
- niejednorodność – wynik końcowy usługi może przyjmować różnego rodzaju formy,
- brak możliwości wielokrotnego pomiaru właściwości danej usługi ze względu na jej niematerialny charakter,
- nietrwałość oraz brak możliwości magazynowania,
- bezpośredni kontakt usługodawcy z usługobiorcą,
- brak możliwości nabycia prawa własności do usługi.

Cechy i charakterystyki

Jakość danego produktu postrzegana jest również przez klasyczny zestaw cech i charakterystyk wpływających na jej zdefiniowanie przez postrzegającego. Oto pięć umownych kategorii pozwalających w prosty sposób sklasyfikować najczęściej wykorzystywane charakterystyki produktu:

1. Fizyczne (m.in. chemiczne, biologiczne, mechaniczne itp.),
2. Sensoryczne (m.in. smakowe, węchowe),
3. Behawioralne (m.in. życzliwość, wiarygodność, empatia),
4. Temporalne (m.in. dostępność, punktualność),
5. Ergonomiczne (m.in. komfort, bezpieczeństwo),
6. Funkcjonalne (m.in. osiągi).

Podmiot postrzegający

Czynnikiem w dużej mierze determinującym odbiór jakości jest również podmiot postrzegający dany produkt. Sposób postrzegania jakości produktu przez klienta i producenta różni się w znacznej mierze i jest uzależnione od podstawowych potrzeb, które dana z grup pragnie nabywając go zaspokoić.

Faza życia produktu

Ostatnim z aspektów determinującym sposób postrzegania jakości jest cykl życia produktu.

Obejmuje on pięć faz:

1. Projektowania;
2. Powstawania;
3. Przekazania klientowi (wykonania);
4. Użytkowania i eksploatacji;
5. Utylizacji⁶.

1.2 Jakość usług z ukierunkowaniem na usługi medyczne

1.2.1 Definicja jakości usług medycznych

Zdefiniowanie jednego pojęcia jakości usług medycznych ze względu na jego złożoność oraz interdyscyplinarność jest wręcz niemożliwe. W tym wypadku wpływ na określenie wzorca ma ta sama grupa czynników, która wpływa na zdefiniowanie jakości jako pojęcia ogólnego (charakterystyka i cechy brane pod uwagę, podmiot postrzegający jakość, faza życia usługi).

Aby móc odnieść się do pojęcia jakości usług medycznych, najlepiej zdefiniować na wstępie samo pojęcie *usługi medycznej*, która może być rozumiana jako szereg czynności o charakterze niematerialnym – począwszy od pierwszego kontaktu chorego z placówką opieki zdrowotnej, aż do jej opuszczenia - podejmowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia (jego zachowania, ratowania, przywracania i poprawy) lub wzbogacenia walorów osobistych. Przebieg danej usługi medycznej zależy od charakteru relacji między personelem a pacjentem oraz aktywności każdej ze stron.

Administratorzy różnego szczebla definiują najczęściej jakość usług medycznych w ujęciu operacyjnym i systemowym jako pełne zaspokojenie zapotrzebowania na usługi zdrowotne przy możliwie najniższych kosztach własnych świadczeniodawców, w ramach obowiązujących regulacji i limitów ustanowionych przez władze administracyjne i instytucje kupujące usługi⁷.

W zależności od podmiotu definiującego jakość stosowane są różne kryteria jej charakterystyki i oceny. W związku z tym poszczególni uczestnicy rynku mogą postrzegać ją jako:

⁶ A. Hamrol, Zarządzanie Jakością z przykładami, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, 18-28.

⁷ M. Murkowski, W. Nowacki, A. Koronkiewicz, Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1996, s.12.

- akceptowalność, dostępność oraz efektywność oferowanych świadczeń. W tym wypadku postrzeganie jakości usług oparte jest na subiektywnych kryteriach oceny pacjentów;
- efektywność, która stanowi obiekt zainteresowania pracowników medycznych (głównie lekarzy);
- akceptowalność, dostępność, efektywność, wydajność i bezpieczeństwo – czynniki istotne z punktu widzenia placówki medycznej reprezentowanej przez osoby zarządzające;
- maksymalizacja wydajności oraz dostępność – grupa czynników o największym znaczeniu dla NFZ (płatnika);
- dostępność i efektywność opieki medycznej, jako priorytet polityki zdrowia⁸.

Uwzględniając pacjenta jako czynnik nadrzędny w postrzeganiu jakości można jakość świadczeń zdrowotnych zdefiniować również jako realizację spełniającą lub przekraczającą oczekiwania nabywcy. Odpowiednia jakość usługi jest więc zrealizowana, jeżeli została wykonana przynajmniej zgodnie z oczekiwaniami stawianym przez klienta⁹.

W związku z tym faktem, punktem wyjścia oraz czynnikiem determinującym decyzje rynkowe świadczeniodawców usług medycznych powinien być pacjent oraz określone przez niego potrzeby i oczekiwania. W rezultacie pacjent powinien otrzymać opiekę, która jest wypadkową działań jakościowych realizowanych na każdym szczeblu procesu usługowego oraz efektem synergii prac realizowanych przez cały personel placówki. Wykreowana w ten sposób definicja jakości przenika wszystkie poziomy w organizacji oraz integruje ją w każdej dziedzinie funkcjonowania.

1.2.2 Cechy usług medycznych a jakość

Na specyficzny charakter rynku usług zdrowotnych wpływa szereg cech właściwych dla wszystkich rodzajów usług:

Niematerialność – ze względu na niematerialny charakter usług zdrowotnych jedynym sposobem weryfikacji ich jakości przez usługobiorców jest walidacja danej usługi (skorzystanie z opieki medycznej). W przypadku usług, w odróżnieniu od wyrobów, brak jest możliwości określenia jakości danego produktu za pomocą materialnego (namacalnego) kompletu cech i charakterystyk. Jakość usługi może zostać oceniona jedynie na podstawie

⁸ R. Niżankowski, Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena, *Zdowie i Zarządzanie* 2003, nr 6, s.7.

⁹ R. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 2000, s. 200.

podjętej decyzji o leczeniu i jego rezultatach, które niejednokrotnie uwidaczniają się dopiero po określonym czasie. Z tego powodu usługobiorcy podczas wyboru jednostki świadczeń medycznych kierują się nie tylko wcześniejszymi, własnymi doświadczeniami związanymi z danym usługodawcą lub opinią innych klientów, ale poszukują również potwierdzenia jakości w postaci czynników materialnych (wygląd pomieszczeń, ubiór personelu, sprzęt medyczny), traktując je jako bardziej wiarygodne.

Nierozdzielność – w przypadku usług wymuszona jest jednoczesna obecność zarówno świadczeniodawcy, jak i świadczeniobiorcy. Nie ma możliwości zaistnienia oraz realizacji danej usługi medycznej bez uczestnictwa w niej zarówno pacjenta, który dane świadczenie podejmuje, jak i personelu medycznego, który go udziela.

Różnorodność – rynek usług charakteryzuje duża różnorodność dostarczanych produktów, związana z nieograniczoną ilością dostępnych wariantów metod, sposobów, odbiorców, świadczeniodawców itd. Zmiana choćby jednego parametru realizacji usługi powoduje, iż w rezultacie otrzymujemy całkiem nowy produkt różniący się w swojej charakterystyce od pozostałych. Różnorodność usług medycznych związana jest więc zarówno z osobą świadczeniodawcy (jaka osoba, w jaki sposób, przy użyciu jakich narzędzi, jak wykonuje itd.), jak i pacjenta (stan zdrowia, wytrzymałość, samopoczucie). Na szeroki wachlarz dostępnych usług medycznych wpływa również niezliczona ilość technik diagnostyki, leczenia, rekonwalescencji, które dostosowywane są do indywidualnych potrzeb danego pacjenta oraz ulegają przemianom i ewolucji w czasie.

Nietrwałość – w odróżnieniu od wyrobów nie ma możliwości składowania, magazynowania usług w celu późniejszego wykorzystania. Usługa medyczna realizowana jest w danym czasie (najczęściej jest to umówiona wizyta), w którym nieobecność jednego z uczestników sprawia jej bezpowrotną utratę. W celu realizacji usługi medycznej wymagana jest obecność obu uczestników rynku - w tym samym czasie i miejscu, z jednoczesnym przekazaniem danej usługi.

Ścisłe powiązanie usługobiorcy z usługodawcą - specyficzny charakter usług, w tym medycznych, polega na istnieniu wzajemnej relacji usługodawcy i usługobiorcy, którzy wchodzić ze sobą w bezpośredni kontakt. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych możliwy jest dzięki swoistego rodzaju interakcji pacjenta z lekarzem (pielęgniarka itd.), który również wykazuje zaangażowanie w leczenie (przestrzeganie diety, wizyty kontrolne, rehabilitacje).

Niemożliwość nabycia prawa własności – klient, poprzez nabycie wyrobu, ma jednocześnie możliwość przeniesienia prawa własności do niego na siebie lub kogoś innego.

W przypadku usług świadczeniobiorcy mają jedynie możliwości skorzystania z danych usług, bez nabywania prawa własności do nich.

Niemożliwość odsprzedaży – podczas świadczenia usług medycznych następuje jednoczesna realizacja oraz odbiór usługi, co uniemożliwia jej odsprzedaż.

Asymetria informacji – wynika z braku odpowiedniej wiedzy i kompetencji u pacjenta, która uniemożliwia mu weryfikację poprawności przebiegu procesu leczenia.

Niepewność i ryzyko – dotyczą bezpośrednio stanu pacjenta, który nie ma możliwości określenia czasu trwania stanu chorobowego i złożoności procesu jego przebiegu.

Kwalifikacje – przebieg procesu leczenia uzależniony jest od obecności osób o odpowiednich kwalifikacjach określonych w odpowiednich przepisach. Szkolenie oraz podnoszenie kwalifikacji personelu uczestniczącego w procesie udzielania świadczeń medycznych powinno być procesem ciągłym.

Swoboda w wyborze technologii świadczenia – lekarz podczas procesu diagnozy stanu chorobowego ma pełną swobodę w wyborze dostępnych technologii.

Organizowanie suwerenności konsumenta - przejawia się w szczególności w nagłych stanach chorobowych, gdzie pacjent jest całkowicie zależny od działań personelu medycznego.

Złożoność przebiegu zaspokajania potrzeb zdrowotnych – wiąże się ze złożonością kwalifikacji personelu, procedur postępowania, wymaganej jakości aparatury oraz sprzętu medycznego.

Delegowanie uprawnień i zaufania – w złożonym procesie udzielania świadczeń medycznych następuje delegacja uprawnień na inny podmiot. Pacjent deleguje swoje uprawnienia decyzyjne na lekarza, lekarz dyżurny na prowadzącego itd.

Efekty zewnętrzne – w większości przypadków powstawanie stanów chorobowych jest całkowicie niezależne od woli pacjenta¹⁰.

Zakwalifikowanie usług medycznych w szereg usług profesjonalnych związane jest z takimi cechami charakterystycznymi, jak:

Odpowiedzialność przed otoczeniem – świadczenie usług medycznych przez lekarza związane jest z przestrzeganiem szeregu norm etycznych zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który zobowiązuje w pierwszej kolejności do dbałości o najwyższe dobro, jakim

¹⁰ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych, Wyd. Cedetu, Warszawa 2003, s. 18-21.

jest zdrowie, z zachowaniem ściśle określonych zasad. Ich nieprzestrzeganie lub złamanie może prowadzić do zmniejszenia zaufania pacjentów, a nawet utraty licencji.

Niepewność zakupu – związana jest zarówno z niematerialnym charakterem usługi, jak również nieodpowiednimi kwalifikacjami pacjenta, który nie jest w stanie ocenić kompetencji personelu i trafności diagnozy.

Zasadnicze znaczenie doświadczenia – niepewność zakupu związana z usługami medycznymi zmusza pacjentów do dokonywania wyboru na podstawie innych przesłanek, m.in. doświadczenia lekarza (poświadczonego odpowiednim tytułem lekarskim).

Ograniczona możliwość różnicowania – w przypadku usług medycznych mało zasadne jest różnicowanie oferty placówek w oparciu o stosowne metody i narzędzia diagnostyczne ze względu na brak możliwości ich obiektywnej oceny przez pacjenta. W tym wypadku zasadne jest podnoszenie jakości usług, np. poprzez zastosowane narzędzia marketingowe.

Kontrola jakości – w stopniu ograniczonym, gdyż w większości uzależniona jest od zachowań i oczekiwań pacjentów¹¹.

1.2.3 Otoczenie placówek służby zdrowia

Każda istniejąca organizacja działa w ściśle określonym, powiązanim z nim otoczeniu, które wpływa na jego funkcjonowanie. Środowisko dalsze przedsiębiorstwa stanowi otoczenie: polityczne, prawne, ekonomiczne, demograficzne, społeczne, kulturowe, naturalne oraz technologiczne.¹²

Bezpośredni wpływ na funkcjonowanie placówek służby posiada natomiast, otoczenie bliższe będące w stałym kontakcie z organizacją.

Wśród bezpośrednich interesariuszy usług medycznych zainteresowanych ich jakością możemy wyróżnić: klienta zewnętrznego (pacjent lub instytucja), klienta wewnętrznego (świadczeniodawcy danej usługi medycznej; pracownicy administracyjno-biurowi, audytorzy jakości, związki zawodowe, organy zarządzające), płatnika (NFZ, płatnik komercyjny), organ założycielski (organ administracji rządowej, minister lub wojewoda, samorząd terytorialny), przedsiębiorstwo państwowe, państwowe uczelnie medyczne¹³. W ramach bliższego otoczenia funkcjonują również dostawcy różnorodnych wyrobów (producenci, importerzy,

¹¹ A. Drapińska, Marketing usług profesjonalnych, „Marketing i Rynek”, 1999, nr 1, s. 13-14.

¹² H. Mruk, Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych, Wydawnictwo ABC, Kraków 2009, s. 24.

¹³ E. Pawłowska, A. Sitko-Lutek, Jakość usług medycznych na przykładzie publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej, „Problemy jakości”, 2011, nr 9, s. 26-31.

hurtownicy), kooperanci (firmy świadczące dla palcówek różnorodne usługi), a także instytucje współdziałające z świadczeniodawcą (związki, izby, ośrodki, naukowe, laboratoria diagnostyczne).¹⁴

1.2.4 Kryteria oceny jakości usług medycznych

Kryteria jakości stanowią odzwierciedlenie wymagań jakościowych stawianych rozpatrywanej usłudze¹⁵.

Niestety nie istnieje w praktyce modelowy zestaw kryteriów możliwy do wykorzystania w każdej dziedzinie. Jedynie szczegółowa i wnikliwa analiza danej usługi jest nam w stanie dostarczyć informacji odnośnie szeregu determinujących ją czynników. Dla określenia jakości usług medycznych musimy zidentyfikować więc kryteria istotne z punktu widzenia samego pacjenta. Dopiero na podstawie pozyskanych od niego danych i informacji instytucja świadcząca usługi medyczne ma bowiem możliwość doskonalenia istotnych dla niego aspektów jakości.

Do twardych komponentów jakości świadczonych usług (elementy materialne), podlegających obiektywnej ocenie oraz dających możliwość pomiaru możemy zaliczyć:

- wyposażenie pomieszczeń, sprzęt medyczny, kwalifikacje oraz wydajność pracy pracowników, a także wykorzystanie materiałów i surowców,
- czas oczekiwania i realizacji usługi medycznej, terminowość,
- warunki pracy personelu - zarówno mającego bezpośredni kontakt z pacjentem, jak również obsługującego sam proces pośrednio,
- estetykę miejsca świadczenia usług¹⁶.

Miękkie kryteria jakości (niematerialne) stanowiące subiektywną ocenę pacjenta, uzależnione są od jego oczekiwań, doświadczeń, wykształcenia, odczuć, doznań, emocji, samopoczucia itd. Wśród miękkich kryteriów jakości wyróżniamy m.in.:

- zachowanie personelu,
- atmosferę pracy,
- relacje panujące pomiędzy pracownikami,
- podejście do pacjenta oraz sposób jego obsługi.

¹⁴ H. Mruk, Marketing, op.cit., s. 24.

¹⁵ R. Kolman, T. Tkaczyk, Jakość usług, TNOiK, Bydgoszcz 1996, s. 29.

¹⁶ J. Łańcucki, Determinanty oceny jakości w sferze usług, „Problemy jakości”, 1999, nr 6, s. 4.

Niestety, nie zawsze zależność pomiędzy zadowoleniem pacjenta, a jakością danej usługi jest proporcjonalna. Istnieją bowiem czynniki w mniejszym lub większym stopniu istotne dla klienta podczas oceny jakości danej usługi, a tym samym wpływające na stopień jego zadowolenia.

K.Storbacka i J.R. Lehtinen wyszczególnili cztery typy takich czynników:

Czynniki krytyczne – grupy czynników, których wpływ jest bezpośrednio odpowiedzialny za zadowolenie pacjentów (zadowolenie pacjenta jest proporcjonalne do jakości).

Czynniki higieniczne – poprawa ich jakości nie ma bezpośredniego wpływu oraz nie powoduje wzrostu zadowolenia pacjenta (spadek natomiast wywołuje gwałtowne obniżenie satysfakcji). Jakość w tym wypadku osiąga pewien próg minimalny, a dalsza poprawa w tym wypadku nie jest konieczna.

Czynniki nieistotne – na odczucia pacjenta nie ma w tym wypadku zarówno wzrost, jak i spadek czynników jakości.

Czynniki indywidualizujące – grupa czynników wyróżniająca daną placówkę na tle konkurencji. W tym wypadku wyższa jakość ma wpływ na ogólne odczucia pacjentów, ale jej spadek nie ma znaczenia¹⁷.

Pacjenci placówek usług medycznych, ze względu na ograniczone możliwości oceny właściwej, technicznej strony realizowanego świadczenia, skupiają swoją uwagę na aspektach, których jakość są w stanie ocenić. Niezwykle istotne z punktu widzenia zarządzających daną placówką medyczną jest więc właściwe określenie wartości oczekiwanej przez pacjenta. Tylko prawidłowe zdiagnozowanie jego potrzeb i odpowiedź na nie jest w stanie wyróżnić daną placówkę na tle innych świadczeniodawców oferujących usługi tego samego typu.

1.2.5 Koncepcja jakości usług medycznych

Ze względu na złożoność oraz wielowymiarowość pojęcia jakości usług brak jest możliwości przedstawienia jednej definicji, która w sposób kompleksowy realizowałaby wszystkie jej aspekty. W związku z subiektywnym odbiorem jakości wynikającym z szeregu czynników determinujących jej kształt na próżno szukać w literaturze jednego słusznego

¹⁷K.Storbacka i J.R. Lehtinen, Sztuka budowania trwałych związków z klientami, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001, s. 99.

wzorca. Dlatego na przestrzeni lat zostało wypracowanych kilka modeli jakości usług, które zostaną zaprezentowane poniżej:

Model jakości usług Parasuramana, Zeithamla, Berry'ego (model luk)

Model luk charakteryzuje istotne różnice pomiędzy oczekiwaniami oraz postrzeganiem usługobiorcy i usługodawcy. Definiuje on pięć podstawowych luk (rozbieżności), które uniemożliwiają realizację usług na najwyższym, oczekiwanym poziomie.

Luka pierwsza

Spowodowana jest rozbieżnością pomiędzy oczekiwaniami zdefiniowanymi przez konsumenta, a ich odbiorem przez usługodawcę. Tego rodzaju różnice spostrzegane są najczęściej na granicy pomiędzy usługobiorcą oraz usługodawcą w momencie określania przez organizacje potrzeb jej klientów. Powodem powstawania tego rodzaju luk jest zazwyczaj brak świadomości przedsiębiorstwa na temat preferencji, potrzeb i oczekiwań jej klientów. Występowanie tego rodzaju luk związane jest również z nieprawidłowością lub wadliwością działania czynnika ludzkiego w zakresie danej usługi i wynika m.in. z:

- niewłaściwie przeprowadzonych badań marketingowych wśród respondentów (doboru nieodpowiedniej metody badań lub próby),
- nierzetelności w zakresie wykonywanych badań lub całkowitego braku analiz marketingowych,
- niewłaściwej interpretacji pozyskanych wyników lub błędnej interpretacji wniosków,
- zafałszowywania wyników przez przeprowadzających analizy w celu potwierdzenia własnych, sformułowanych wcześniej hipotez,
- zniekształcenia pozyskanych informacji, co może być związane z nadmierną rozbudowaną strukturą organizacyjną oraz niewłaściwie przeprowadzonym sposobem komunikacji,
- niewłaściwej komunikacji organizacji z jej usługobiorcami, będącej wynikiem nieprecyzyjnego formułowania potrzeb przez klientów.

Luka druga

Powstaje w wyniku rozbieżności pomiędzy wiedzą organizacji na temat oczekiwanej i akceptowalnej przez klienta jakości usług, a jakością zdefiniowaną przez organizację wewnątrz (techniczne normy, parametry).

Powodem wystąpienia tego rodzaju różnic jest:

- obojętność organizacji wobec realizacji celów jakościowych, realizacja wyłącznie odgórnie narzuconych norm,
- brak zdefiniowanych celów jakościowych w polityce firmy,
- niepewność organizacji co do możliwości odpowiedzi na sprecyzowane oczekiwania,
- brak odpowiednich narzędzi jakościowych oraz standaryzacji usług,
- brak wyobraźni oraz zaangażowania.

Luka trzecia

Występowanie trzeciej luki związane jest z różnicą pomiędzy projektem usługi, a samym procesem jej realizacji. Pojawienie się tego typu zależności związane jest w większości przypadków z infrastrukturą techniczną lub zasobami ludzkimi danej organizacji. Wynika z kolei z nieodpowiednich kwalifikacji personelu związanych nie tylko z jego wykształceniem i doświadczeniem, ale również z: brakiem odpowiednich predyspozycji osobowości, brakami kadrowymi lub niewłaściwym procesem szkoleniowym, brakiem odpowiedzialności personelu za wykonywane działania, a także niewłaściwą technologią oraz nieodpowiednim nadzorem nad procesem usługowym. Możliwość usunięcia tego typu uchybień związana jest w szczególności z zaangażowaniem, konsekwencją oraz właściwym nadzorem kierownictwa.

Luka czwarta

Obecność luki czwartej związana jest z niezgodnością pomiędzy wykreowanym obrazem danego świadczenia przez usługodawcę, a jej rzeczywistym odbiorem przez klienta. Zaistniały w tym wypadku dysonans jest wynikiem działań i strategii marketingowych organizacji, które niejednokrotnie budują nierzeczywisty obraz danej usługi w świadomości klienta i powodują jej błędny odbiór. Usługodawcy powinni unikać sytuacji, gdy kreowany przez nich obraz danej usługi prowadzi do błędnych wnioskowań wśród jej nabywców.

Luka piąta

Suma przedstawionych powyżej czterech luk decyduje o wystąpieniu piątej luki, która powstaje pomiędzy usługą, którą klient odebrał, a tą, jakiej oczekiwał.

Zaproponowany model jakości usług identyfikuje najistotniejsze etapy ewolucji usługi z punktu widzenia jej nabywcy i wykonawcy, zwracając uwagę na mogące wystąpić zagrożenia prowadzące do realizacji usługi nieodpowiadającej oczekiwaniom obu stron.

Model jakości usług Ch. Grönroosa

Koncepcja postrzegania jakości wg Grönroosa zakłada, że na właściwe zdefiniowanie oraz zrozumienie pojęcia jakości wpływa interakcja zachodząca pomiędzy usługodawcą oraz usługobiorcą. Zakłada również odbiór jakości przez klienta w dwóch podstawowych kategoriach:

- jakości technicznej, rozumianej jako wynik zrealizowanej usługi, na który wpływ mają wykorzystane środki materialne oraz umiejętności i kwalifikacje personelu,
- jakości funkcjonalnej stanowiącej wypadkową reakcji zachodzących pomiędzy usługobiorcą i usługodawcą, czyli składowych zrealizowanej usługi (czas oczekiwania, kompetencje, empatia, życzliwość).

Znaczenie jakości funkcjonalnej niezwykle istotne znaczenie ma zwłaszcza w usługach, w których znikoma jest obecność materialnych wyznaczników jakości danej usługi jak to jest w przypadku usług medycznych. Model zaprezentowany przez Grönroosa nierzadko określany zostaje również jako model jakości oczekiwanej, wykreowanej przez klienta na podstawie dostępnych środków masowego przekazu, działań marketingowych, tradycji i mody oraz jakości przez niego odbieranej (postrzeganej), czyli rzeczywistego świadczenia, jakie przyjął. Model ten jest często krytykowany ze względu na nierozwiązane kwestie kwalifikacji technicznych odbiorców oraz nieprecyzyjnie zdefiniowane zależności pomiędzy jakością usług, a marketingiem.

Model jakości cząstkowych Gummessaona

Fundamentem rozważań Gummessaona był model zaprezentowany wcześniej przez Grönroosa, który rozwinął poprzez wprowadzenie tzw. jakości cząstkowych (4Q):

- jakości projektu - zakładającej związek pomiędzy doskonałością projektu, a satysfakcją klienta,
- jakości wykonania – jako zgodności z zaakceptowanym projektem i jego charakterystyką,

- jakości dostaw – rozumianej jako: terminowość, zgodność z wytycznymi oraz sprawność transportu i przekazania,
- jakości relacji – porozumienia z klientem budowanego dzięki zaangażowaniu personelu¹⁸.

Zintegrowany model jakości Grönroosa i Gummessona (4Q)

W modelowaniu jakości usług częste zastosowanie ma również model będący integracją modeli zaprezentowanych wcześniej przez Grönroosa i Gummessona, bazujący na wspólnych hipotezach obu autorów¹⁹.

W praktyce często zostają wykorzystane również:

- trójwymiarowy model jakości usług U.Lethinena i J.R. Lethinena,
- model poprawy jakości Moore'a,
- model jakości oczekiwanej i postrzeganej Nasha.

1.2.6 Metody pomiaru jakości usług medycznych

W podrozdziale tym zostaną zaprezentowane cztery najczęściej wykorzystywane metody pomiaru jakości świadczeń medycznych.

Metoda Zdarzeń Krytycznych (CIT)

Metoda CIT pozwala na zidentyfikowanie źródeł satysfakcji (lub jej braku) klientów ze świadczonych usług medycznych, a oparta jest na analizie zdarzeń krytycznych. Za zdarzenia krytyczne przyjmuje się z kolei te interakcje pomiędzy usługodawcą, a klientem, które wpłynęły na jego satysfakcję lub niezadowolenie. Analizie w przypadku tej metody podlegają jedynie te zdarzenia, które klient uważa za istotne, a przez to godne zapamiętania. Prawidłowo przeprowadzona analiza zdarzeń może być więc punktem wyjściowym do identyfikacji prawdziwych problemów organizacji, które wpływają na obniżenie jakości świadczonych w niej usług.

Aby zdarzenie krytyczne mogło zostać wykorzystane w sposób efektywny, musi spełniać kilka podstawowych warunków. Powinno ono:

- stanowić epizod, a nie stale powtarzający się brak zadowolenia,

¹⁸ K. Krot, Jakość i marketing usług medycznych, WoltersKluwer Business, Kraków 2008, s. 34-39.

¹⁹ K. Rogozinski, Nowy marketing usług, op. cit., s. 214

- stanowić na tyle odrębny fakt, aby badający dane zjawisko był je sobie w stanie wyobrazić,
- dotyczyć bezpośredniej interakcji pomiędzy klientem i pracownikiem,
- stanowić z punktu widzenia klienta zdarzenie powodujące u niego zadowolenie lub niezadowolenie.

Metoda zdarzeń krytycznych pozwala za pomocą ściśle określonych procedur obserwacji ludzkich zachowań dokonać ich klasyfikacji w sposób umożliwiający zdefiniowanie pojawiających się problemów. Bezpośredni wywiad z klientem, który jest najczęściej wykorzystywaną metodą badawczą, polega na opisie zdarzeń krytycznych, które zaszły podczas interakcji pracownika z klientem. Zdarzenia i zachowania zidentyfikowane dzięki tej metodzie są podstawą do opracowania przez organizację odpowiednich procedur, polityki, bądź programu szkoleń dla personelu mającego bezpośredni kontakt z klientem. Metoda pozwala również na określenie potrzeb w zakresie zasobów ludzkich oraz określenie procedur postępowania pracowników w sytuacjach nietypowych.

Metoda Servqual

Jest najbardziej rozpowszechnioną z metod oceny jakości usług medycznych, powalającą na wnioskowanie odnośnie jakości na podstawie danych pozyskanych bezpośrednio od klientów.

W metodzie tej wyróżnia się dwa etapy:

- badanie za pomocą metody *focusgroups* - w trakcie której zbierana jest opinia uczestników dotycząca następujących zagadnień: satysfakcja oraz niezadowolenie z usługi, opis idealnej usługi danego typu, różnice w definiowaniu pojęcia jakości usług, najistotniejsze kryteria jakości oraz oczekiwania dotyczące realizacji usługi.
- Badanie ankietowe, którego celem jest uszeregowanie ważności wyodrębnionych wcześniej składowych kryteriów oceny jakości. Przygotowany kwestionariusz powinien odnosić się do usługi oczekiwanej oraz otrzymanej.

W pierwszej części metody pragniemy stworzyć obraz usługi idealnej dzięki pozyskanym od klienta kryteriom jakości. Drugi etap pozwala nam na zweryfikowanie, w jakim stopniu realizowana przez organizację usługa jest oddalona od wzorca. Zadowolenie klienta w tej metodzie jest więc wypadkową jakości, jakiej oczekiwał oraz tej, którą otrzymał. Wynikiem końcowym metody Servqual jest poziom jakości świadczonych usług w danej organizacji.

Na podstawie systematycznej oceny jakości usług zakład opieki zdrowotnej może stosować działania naprawcze oraz zapobiegawcze w celu niwelowania różnic pomiędzy oczekiwaniami, a postrzeganiem świadczonych usług.

Metoda Servperf

Metoda opracowana jako alternatywa dla wcześniej wspomnianej metody Servqual, mająca na celu wyeliminowanie obecnych w niej braków. W swojej budowie pomija ona czynnik odnoszący się do przeszłości (związany z oczekiwaniami klienta odnoście usługi), skupiając się jedynie na jej efekcie. A jako czynnik determinujący, oprócz satysfakcji, uwzględnia również intencje związane z nabywaną usługą. Jakość w tej metodzie rozumiana jest więc jako doskonałość realizacji danej usługi. Metoda stosowana jest zazwyczaj w sytuacjach, kiedy spodziewamy się uzyskać relatywnie wysokie oczekiwania w stosunku do każdego z analizowanych kryteriów jakości²⁰.

Metoda Mystery Shopping

Badanie satysfakcji klientów realizowane jest przez obserwatorów, którzy symulują jedynie rzeczywiste sytuacje i zachowania. W metodzie tej oceniany jest stopień zgodności jakości usługi z jej marketingowym założeniem. Podczas badania osoby niezwiązane z firmą przeprowadzają weryfikację danej organizacji pod względem zachowania jej pracowników (sposób i czas obsługi, fachowość, uprzejmość) oraz elementów, które nie mają bezpośredniego wpływu na realizowaną usługę (wygląd pomieszczeń, materiały reklamowe) oraz inne. Badający mają prawo stworzyć podczas oceny sytuację trudną lub nietypową dla personelu w celu weryfikacji, w jakim stopniu są w stanie poradzić sobie w tych przypadkach i czy ich zachowanie będzie zgodne z kulturą organizacji. Badania tego typu rozpoczynają się najczęściej od określenia przez organizację celu badawczego, czyli szeregu kryteriów, których stan pragniemy podczas badania zweryfikować. Następnie należy ustalić, jakie powinny być oczekiwane wyniki, czyli jakie standardy pragniemy uzyskać i jakich powinni przestrzegać nasi pracownicy. Należy dobrać punkty realizacji, przygotować procedurę badania i wprowadzić ją w życie. Pozyskane wyniki powinny zostać poddane obróbce oraz analizie, aby na ich podstawie uzyskać wnioski dotyczące stanu naszej organizacji oraz zidentyfikować jej słabe i mocne strony²¹.

²⁰ K. Krot, *Jakość ...*, op.cit., s. 45-51.

²¹ Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J. W. Wiktor, *Marketing usług*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 139-142.

1.3 Stosowane narzędzia, metody i systemy zarządzania w celu doskonalenia jakości

1.3.1 Narzędzia, metody i systemy zalecane lub wymagane przez mające zastosowanie przepisy prawa

Polskie prawodawstwo reguluje funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi medyczne poprzez szereg aktów prawnych, które określają podwyższone znaczenie jakości w tego typu placówkach.

Ustawa ministra zdrowia z dnia 30 sierpnia odnosząca się do zakładów opieki zdrowotnej zawiera podstawowe regulacje dotyczące zagadnień jakości w ochronie zdrowia.

Wymagania dotyczące jakości w szczególności odnoszą się do:

- pomieszczeń i urządzeń zakładów opieki zdrowotnej, które powinny odpowiadać określonym wymaganiom fachowym oraz sanitarnym,
- standardów postępowania oraz procedur medycznych stosowanych w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych,
- nabywania i stosowania wyrobów medycznych,
- wykształcenia, kwalifikacji oraz stanu zdrowia osób udzielających świadczeń medycznych,
- wymagań dotyczących osób na stanowiskach kierowniczych,
- norm zatrudnienia,
- przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem odpowiedniego stopnia dostępności i jakości,
- wydawania certyfikatu akredytacyjnego w celu stwierdzenia spełnienia określonych standardów jakości,
- wymaganych kwalifikacji na danych stanowiskach pracy,
- zasad przeprowadzania konkursów na określone stanowiska²².

Uzupełnieniem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie regulacji związanych z zagadnieniem jakości w ochronie zdrowia jest również ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, która odnosi się do:

- zasad kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń pomiędzy świadczeniodawcami, a Narodowym Funduszem Zdrowia,
- jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych również w oparciu o wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją,

²²Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.)

- dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania, stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami²³.

Istotne zapisy dotyczące jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia możemy odnaleźć również w zapisach prawa odnoszących się do:

- Aptek, leków i ich obrotu - Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne;
- Wyrobów medycznych i ich obrotu - Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych;
- Ochrony pracowników w miejscu pracy - Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy;
- Nadzoru nad żywnością i żywieniem oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych - Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Kontraktowanie z Narodowym Funduszem Zdrowia

Pojęcie kontraktowania z NFZ jest dość mocno sformalizowane i oznacza postępowanie w sprawie zawarcia umowy cywilno-prawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych z dysponentem środków publicznych. Tryb postępowania mającego na celu wyłonienie świadczeniodawców został określony w przepisach prawa:

- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz.U. 2004 nr 273 poz. 2719)²⁴.

Szczegółowe warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych narok 2011 w opiece stomatologicznej zawarte zostały w Zarządzeniu Nr 55/2010/DSOZ

²³Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.).

²⁴ A. Szefera, Kontraktowanie i finansowanie świadczeń opieki stomatologicznej w województwie małopolskim w latach 2004-2011, VI Krakowska Konferencja Młodych Uczonych, Kraków 2011, s. 1067-1079.

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia stomatologiczne oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2011 r. w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2011 Nr 16 poz. 77). Zgodnie z nimi w 2011 w ramach leczenia stomatologiczne wydzielono dziesięć świadczeń podlegających kontraktowaniu:

1. świadczenia ogólnie stomatologiczne,
2. świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia,
3. świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym,
4. świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS,
5. świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii,
6. świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia,
7. świadczenia protetyki stomatologicznej,
8. świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki,
9. świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej,
10. ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki²⁵.

W latach 2004-2009 następował systematyczny wzrost nakładów publicznych na leczenie stomatologiczne, a ogólna wartość zawartych umów przez NFZ wzrosła w ww. okresie o 971 616 tys. zł w skali kraju. W roku 2010 nastąpił wyraźny spadek poziomu finansowania stomatologicznych świadczeń zdrowotnych, a ogólna wartość kontraktów w kraju zmniejszyła się odpowiednio o 10%. W 2011 r. finansowanie opieki stomatologicznej zwiększyło się o 3 757 tys. zł²⁶.

Proces kontraktowania ma na celu wybór spośród działających na rynku świadczeniodawców jedynie tych, którzy ubezpieczonym zapewnią realizację świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie. W poprzednim Rozdziale przytoczony został zakres ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, która zawiera regulacje odnośnie jakości przeprowadzonych świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z jej treścią

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2011 r. w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2011 Nr 16 poz. 77).

²⁶ A. Szefela, Kontraktowanie ..., op.cit., s. 1078.

jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych może zostać zweryfikowana w oparciu o wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją. Potwierdzeniem ww. stanu rzeczy może być więc posiadany przez placówkę ochrony zdrowia System Zarządzania Jakością lub Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości.

Również Zarządzenie Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa jako jedno z kryteriów oceny ofert właśnie jakość, której potwierdzeniem jest zewnętrzna kontrola jakości. Załącznik do niniejszego zarządzenia zawiera z kolei określone kryteria oceny wraz z dodatkową punktacją w postępowaniu kontraktowym dla świadczeniodawców posiadających certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, bądź certyfikat wydany przez Centrum Monitorowania Jakości ważne w dniu złożenia oferty²⁷.

Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości jako potwierdzenie spełnienia wymogów odnośnie jakości w placówkach świadczących usługi medyczne

Akredytacja jest zewnętrzną metodą zapewnienia wysokiej jakości świadczeń. Celem akredytacji jest wyszukanie i określenie elementów oraz zagadnień, które w stopniu największym wpływają na poziom udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwo pacjentów. Określone na tej podstawie standardy akredytacyjne są więc mierzalnymi kryteriami oceny placówek opieki zdrowotnej. Dobrowolne uczestnictwo w programie, jawne kryteria oceny zewnętrznej oraz jednolity wymiar standardów, które pozwalają na obiektywne porównanie z dostępnymi standardami to cechy charakterystyczne akredytacji, które przemawiają za jej stosowaniem. Dodatkowym atutem wynikającym z porównania pomiędzy placówkami stosującymi ten system jakości jest również możliwość identyfikacji słabych stron placówek oraz wprowadzenie niezbędnych narzędzi poprawy jakości²⁸

Podstawą prawną w tym zakresie są:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia

²⁷Zarządzenie Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁸P. Gruca - Wójtowicz, Systemy jakości i bezpieczeństwa w jednostce sektora ochrony zdrowia, „Problemy Jakości”, 2009, nr 8, s. 17-18.

- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie.

Przyznawaniem akredytacji zajmuje się Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), które jest centralną jednostką resortu zdrowia o zasięgu ogólnokrajowym, powołaną w 1994 r. przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Standardy akredytacyjne odnoszą się zarówno do opieki medycznej, jak i administracji oraz służb pomocniczych. Obowiązujący zestaw standardów został podzielony na kilka grup związanych m.in. z zarządzaniem kontrolą zakażeń, anestezjologią, lekami, poprawą jakości oraz prawami pacjenta.

Standardy akredytacyjne podlegają bieżącej weryfikacji przez Centrum Monitorowania Jakości, w oparciu o subiektywne parametry wskaźników jakości (badanie satysfakcji pacjentów), obiektywne (wskaźniki medyczne) oraz wskaźniki jakości życia. Stosowane standardy ulegają więc w czasie modyfikacjom uzależnionym od stopnia spełnienia zamierzonych efektów w zakresie świadczeń zdrowotnych²⁹.

Prawo atomowe i systemy zapewnienia jakości w pracowniach dysponujących urządzeniami emitującymi promieniowanie jonizujące (RTG)

Wdrożenie systemu zarządzania jakością w pracowniach dysponujących urządzeniami emitującymi promieniowanie jonizujące jest obligatoryjne i wynika z zapisów art. 33c ust.ww. ustawy Prawo Atomowe (Dz. U. nr 42 z 2007r., poz. 276, z późn. zm), który mówi: „Jednostki ochrony zdrowia wykonujące zabiegi lub leczenie z zakresu radioterapii, medycyny nuklearnej, radiologii zabiegowej i rentgenodiagnostyki są obowiązane podjąć działania zmierzające do zapobieżenia medycznym wypadkom radiologicznym. W tym celu dokonuje się kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych oraz klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych, a także wprowadza się system zarządzania jakością”.

²⁹ <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/cotojest.php>. Co to jest akredytacja. (2012.09.19).

Przepisy prawa określają również, z jakich elementów powinna składać się dokumentacja zarządzania jakością w placówkach posiadających źródło promieniowania. Podstawowym dokumentem jest w tym wypadku Księga Jakości. To ona definiuje cele jakościowe oraz wyznacza narzędzia do ich pomiaru. Ponadto definiuje ona również dokumenty, jakie wchodzi w skład systemu zarządzania jakością oraz stosowane w placówce procedury. Księga określa również zakres stosowania systemu zarządzania jakością. W rękach placówek leży również opracowanie wzorów dokumentów, jakie muszą być prowadzone, np. kart stanowiskowych. W Księdze wymieniony jest też zakres kompetencji osób pracujących w miejscach wymienionych w ustawie.

Istotną kwestią w przypadku systemu zarządzania jakością jest fakt, że system nie musi posiadać certyfikacji. Musi jednak zostać wprowadzony i audytowany w placówkach posiadających źródło promieniowania. Ustawodawca określa przez kogo oraz jak często audyty muszą być przeprowadzane oraz stanowi, jak należy postępować w przypadku stwierdzenia niezgodności podczas audytu³⁰.

1.3.2 Oprogramowanie informatyczne

W okresie kilku ostatnich dekad obserwuje się szybki wzrost ilości informacji napływających do przedsiębiorstw. Przyrost ilości informacji następuje wykładniczo. W praktyce oznacza to, że czas, po jakim ilość informacji podwaja się, staje się coraz krótszy. Przy zachowaniu tradycyjnych metod zarządzania informacjami zabieg odbioru informacji staje się coraz bardziej czasochłonny, a w wielu przypadkach niemożliwy. Człowiek ma ograniczone zdolności percepcji oraz przyswajania informacji, a ich wzrost (biorąc pod uwagę wzrost ilości informacji) praktycznie nie istnieje.

Nowe źródła informacji są dla przedsiębiorstw szansą, ponieważ mogą pomóc w podjęciu strategicznych decyzji. Jednakże mnogość danych we współczesnym świecie stwarza poważne problemy, ponieważ danym o strategicznym znaczeniu, ważnym dla firm, często towarzyszą znaczne ilości danych nieistotnych, a często wręcz błędnych. Czasy, w których gromadzono wszelkie dostępne informacje bezpowrotnie już minęły. Dziś ich ogrom nie pozwala na przeglądanie informacji pozbawionych wartości merytorycznej, dlatego obecnie już na etapie gromadzenia informacji należy przeprowadzić selekcję i zbierać tylko te istotne.

Kolejnym krokiem przetwarzania informacji jest stworzenie stosunkowo prostego systemu pozwalającego na korzystanie ze znalezionych już informacji w sposób szybki oraz

³⁰ Art. 33c ust. 7 ww. ustawy Prawo Atomowe (Dz. U. nr 42 z 2007r., poz. 276, z późn. zm).

tani. System informacyjny jest strukturą posiadającą wiele poziomów, pozwalającą użytkownikowi na przetwarzanie informacji wejściowych na wyjściowe przy pomocy procedur oraz modeli. System informatyczny natomiast jest skomputeryzowaną częścią systemu informacyjnego.

Sytuacja, w której zarządzanie informacjami w sposób „ręczny” stało się niemożliwe, wymogła na użytkownikach zmianę sposobu ich przetwarzania. Sposobem, który doskonale nadaje się do tego celu jest komputeryzacja. Techniki komputerowe będące narzędziami szybkimi, skutecznymi oraz pozwalającymi wielu osobom jednocześnie korzystać z tych samych informacji, stały się bowiem doskonałą odpowiedzią na problem wzrostu ilości informacji i znakomicie spełniają to zadanie. W dzisiejszych czasach informacja jest dla przedsiębiorstw podstawą do podejmowania decyzji rynkowych, a zdobyta jest podstawą wiedzy³¹.

Systemy informatyczne są powszechnie wykorzystywane przez przedsiębiorstwa do wspomagania działalności. Zazwyczaj są to niewielkie aplikacje zarządzające daną dziedziną. Coraz więcej firm, szczególnie tych dużych, wdraża zintegrowane systemy klasy MRP lub ERP obejmujące wszystkie obszary działalności przedsiębiorstwa. Ze względu na koszt ich implementacji w firmie oraz utrzymania, małe oraz średnie przedsiębiorstwa nie są w stanie sobie na nie pozwolić. W przypadku małych oraz średnich firm dominują więc systemy dziedzinowe, hurtownie danych oraz narzędzia internetowe.

Dla gabinetów stomatologicznych swoje aplikacje oferują między innymi: Hakon Software Sp. z o.o. (programEstomed), Infotel (program ProDentis), Incomtech Paweł Wasylewicz (incomDENT), PL-Dent (PL MED Software), Creative MindsGroup (Gabinet medyczny). Wymienione aplikacje oferują swoim użytkownikom wybór pomiędzy kilkoma opcjami zakupu programu. Najprostsze wersje proponują obsługę bazy danych pacjentów, a najbogatsze są w stanie w całości zaspokoić potrzeby gabinetów medycznych.

W obecnych czasach w zakładach opieki zdrowotnej technologie informatyczne wraz z powszechnym dziś dostępem do Internetu mogą być stosowane w czterech głównych celach:

- tworzenia baz danych, głównie gromadzenia oraz przetwarzania danych o pacjentach, ale również kooperantach, dostawcach lub konkurencji,
- komunikacji pomiędzy placówkami oraz z pacjentami,

³¹ M. Goliński, Miejsce informacji w procesie zarządzania jakością wyrobów przemysłowych, Materiały konferencyjne z I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej: Zintegrowane systemy zarządzania – Jakość, Środowisko, Technologia, Bezpieczeństwo pod red. E Krzemienia i M. Miechowskiej, Szczyrk 2000.

- zapewnienia szerokiego dostępu do wiedzy – koncepcja organizacji „uczącej się”,
- integrowania procesów funkcjonalnych nabywcy i dostawcy³².

Tworzenie baz danych jest niezmiernie ważnym elementem technik komputerowych stosowanych w gabinetach służby zdrowia. Każda placówka dla ułatwienia funkcjonowania, zminimalizowania pracy oraz uniknięcia potencjalnych błędów powinna posiadać bazę danych o swoich pacjentach oraz o zdarzeniach w placówce. Zaletą oferowanych na rynku baz danych jest możliwość gromadzenia ogromnych ilości informacji oraz łatwe i szybkie korzystanie z tych istotnych w danym momencie. Nowoczesne bazy danych posiadają możliwość filtrowania danych, porównywania oraz selekcji. Bazy danych ze względu na stosunkowo niskie koszty gromadzenia i przetwarzania informacji są coraz częściej wykorzystywane, a ich podstawowymi funkcjami w gabinetach stomatologicznych jest tworzenie listy pacjentów oraz kart pacjentów. Funkcje te oferują wszystkie spośród oferowanych na rynku programów.

Dzisiejsze systemy pozwalają również na komunikację zarówno wewnątrz placówki, jak i pomiędzy placówką, a pacjentem. Komunikacja wewnętrzna polega na np. powiadomieniu lekarza przez obsługę recepcji o przybyciu pacjenta lub o zakresie wykonanej usługi przez lekarza oraz kosztach z tym związanych do recepcji. Komunikator może również wysyłać do pacjentów przypomnienia o zbliżającym się terminie wizyty. Bardzo ważne jest, że komunikacja ta może odbywać się bezobsługowo, nie angażując w to czasu pracowników recepcji.

Bardzo przydatną funkcją dzisiejszego oprogramowania jest również możliwość dzielenia się danymi zgromadzonymi już w bazie pomiędzy placówkami. Dane zebrane w jednej placówce są widoczne również w innych, dzięki czemu unika się sytuacji ponownego gromadzenia danych oraz, co ważniejsze, umożliwia koordynację działań placówek oraz optymalizuje zarządzanie zasobami. Jest to szczególnie ważne w większych organizacjach posiadających kilka placówek.

Kolejną funkcją programów dostępnych na rynku jest terminarz. Jest to szczególnie przydatna funkcja dla obsługi recepcji. Pozwala ona również na optymalizację wykorzystania zasobów ludzkich w przypadku posiadania kilku oddziałów.

Dzisiejsze aplikacje posiadają również możliwość:

³² K. Krot, Jakość, op.cit., s. 112-115.

- rozliczeń finansowych - od wystawiania faktur poprzez drukowanie raportów dziennych,
- zarządzania magazynem, czyli ewidencją materiałów obecnych w placówce (historia pobrań, dostawy, numery partii),
- funkcje marketingu, czyli naliczanie rabatów dla pacjentów, obsługa systemów lojalnościowych
- generowania statystyk
- rozliczeń lekarzy itp.

Bez wątplenia można powiedzieć, że dzisiejsze systemy oferują wszechstronną obsługę gabinetów medycznych i potrafią odpowiedzieć na potrzeby rynku. Praktycznie nie ma więc potrzeby pojawiającej się w gabinecie, która nie może zostać zaspokojona przez systemy informatyczne, nawet te indywidualne. Wszystko jest tylko kwestią ceny, a te kształtują się na poziomie kilku tysięcy złotych za bezterminowe, pełne wersję programów ze wszystkimi dostępnymi pakietami i modułami. Cena ta dotyczy jednego stanowiska komputerowego. Obsługa wysyłanych do pacjentów SMS-ów oraz obsługa on-line to dodatkowy miesięczny koszt. Często w przypadku potrzeby serwisu należy również dodatkowo zapłacić za usługę.

Praktycznie wszystkie dostępne aplikacje proponują te same funkcje, a różnią się między sobą interfejsem oraz ceną. Zazwyczaj oprogramowanie jest dostępne modułowo, jednak funkcje poszczególnych modułów różnią się w zależności od dostawcy. Przed zdecydowaniem się na konkretną aplikację warto prześledzić ofertę rynku i porównać ją z naszymi potrzebami. Podczas podejmowania decyzji na pewno warto zastanowić się też, czy istnieją inne aspekty, poza finansowym, wyboru konkretnego produktu. Na przykład niewątpliwie pomoc serwisowa może okazać się ważnym czynnikiem decyzyjnym. Jeśli bowiem w oprogramowaniu o kilkaset złotych droższym serwis jest bardziej dostępny, może okazać się, że w przypadku awarii opieszalszy serwis wygeneruje więcej strat niż początkowego zysku przy zakupie tańszego oprogramowania.

Posiadanie w placówce oprogramowania ma bez wątpienia wiele zalet opisanych powyżej. Niestety, jak każde oprogramowanie również i to posiada wady. Jedną z nich jest całkowita zależność od systemu, który może się zepsuć i wymaga obsługi serwisowej. W przypadku szybkiej reakcji ze strony serwisu nie jest to problem, jednak brak funkcjonalności systemu przez kilka godzin może spowodować zamknięcie gabinetu do czasu jej usunięcia. Również fakt potrzeby aktualizacji oprogramowania może zniechęcać do ich

używania. Jest to szczególnie istotne w przypadku osób starszych, nie mających styczności z komputerem.

Kolejnym czynnikiem zniechęcającym użytkowników do wprowadzania oprogramowania do gabinetów jest ich cena. Jak wspomniano wyżej, ceny wahają się w granicach kilku tysięcy złotych za pełne wersje programu, jednak jest to cena tylko jednego stanowiska. W przypadku kilku stanowisk cena jest więc znacznie wyższa.

1.3.3 Systemy Zarządzania

System Zarządzania Jakością ISO 9001:2008

Norma ISO 9001:2008 jest uniwersalną, międzynarodową normą odnoszącą się do sposobu zarządzania, zawierającą wymagania dla każdej organizacji niezależnie od jej wielkości i rodzaju. Jednostki służby zdrowia w systemie zarządzania jakością postrzegane są poprzez realizowane procesy, które określane są jako całość postępowania z pacjentem od momentu wejścia do momentu jego wyjścia z gabinetu, czy placówki. Pozwala to spojrzeć na realizowane usługi z perspektywy istniejących pomiędzy nimi powiązań i oddziaływań. Ciągły nadzór i monitoring nad realizowanymi procesami daje możliwość usprawnienia prowadzonych działań oraz wyeliminowania potencjalnych oraz już zaistniałych niezgodności³³.

Wymagania normy ISO 9001 nakładają na placówkę medyczną obowiązek zdefiniowania określonych celów jakościowych rozumianych jako strategiczne cele realizowane przez daną placówkę medyczną. Do pomiaru określonych przez jednostkę celów jakościowych stosuje się wskaźniki zalecane przez płatnika, ministerstwo, bądź instytucje naukowe.

Wskaźniki jakości, które mogą mieć zastosowanie w danej placówce opieki zdrowotnej możemy podzielić na:

- uniwersalne – wypracowane przez towarzystwa lub organizacje zajmujące się jakością. Tego typu wskaźniki mogą zostać wykorzystane w każdym zakładzie opieki zdrowotnej,
- indywidualne – wypracowane na użytek wewnętrzny przez daną placówkę.

Przy pomocy wskaźników jakościowych można oceniać: jakość struktury danej jednostki czyli bazę lokalową, wykorzystywany sprzęt medyczny, produkty i materiały medyczne oraz zasoby ludzkie; jakość procesów, czyli postępowanie w danej jednostce oraz jakość wyników

³³P. Gruca - Wójtowicz, Systemy ..., op.cit., s. 17-21.

(czas hospitalizacji, wskaźnik inwalidztwa), który jest bezpośrednio skorelowany ze strukturą jednostki oraz zachodzącymi w niej procesami³⁴.

Ważnym wymaganiem normy jest również spełnienie odpowiednich wytycznych odnośnie dokumentacji. Najistotniejsze znaczenie w tym zakresie mają zapisy będące dowodem realizacji określonych działań oraz spełnieniem wymagań. Norma nakłada na placówki obowiązek utworzenia w zakresie systemu sześciu procedur, które będą regulowały zagadnienia związane z: nadzorem nad dokumentami, zapisami, niezgodnościami, auditami oraz działaniami naprawczymi.

Wdrożony w placówkach opieki medycznej system zarządzania jakością pozwala w sposób ścisły kontrolować realizowane działania, pracę personelu, powtarzalność. Zabezpiecza przez pojawianiem się przypadkowych pomyłek oraz pozwala ochronić przed błędami wynikającymi z niedopatrzenia. Prawidłowo działający system pozwala zidentyfikować przyczyny potencjalnych błędów zapobiegając ich powstawaniu, bądź w przypadku ich wystąpienia - określić ich przyczynę i zapobiec jej wystąpieniu.

Ogromną rolę w realizacji celów jakościowych oraz ciągłym doskonaleniu jakości placówek medycznych ma 8 zasad zarządzania jakością, które zostały opisane poniżej:

Orientacja na klienta

Działalność placówek ochrony zdrowia w sposób bezpośredni uzależniona jest od jej klientów (pacjentów), dlatego niezwykle istotne znaczenie w procesie zarządzania i doskonalenia ma zidentyfikowanie ich potrzeb zarówno obecnych, jak i przyszłych. Organizacja, która w sposób prawidłowy pragnie realizować cele dotyczące klientów powinna na wstępie ich zidentyfikować. Ma to zastosowanie zarówno do klientów zewnętrznych organizacji (pacjentów) będących bezpośrednimi odbiorcami świadczonych usług, jak i klientów wewnętrznych (personel) odpowiadających za prawidłowy przebieg realizowanych procesów.

Rozpoznanie wymagań klientów – w przypadku skutecznego zarządzania jakością nie ma możliwości, aby potrzeby i wymagania naszych klientów zostały określane w sposób intuicyjny. Placówka medyczna zorientowana na doskonalenie swoich działań powinna stosować dostępne metody badań (ankiety, wywiady) oczekiwań oraz satysfakcji swoich pacjentów w celu prawidłowego ich przetworzenia i wykorzystania.

³⁴<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=278&ml=pl&mi=278&mx=0&mt=&my=59&ma=075>.
Systemy jakości. (16.09.2012).

Spełnienie wymagań klientów – polega na wprowadzeniu w życie potrzeb i oczekiwań klienta dzięki dostępnym procesom oraz zarządzaniu nimi (projektowanie, zakupy, świadczenia usług itd.).

Badanie satysfakcji – wymagania zawarte w normie nakładają na organizację konieczność doskonalenia realizowanych procesów poprzez analizę danych wyjściowych. Informacja, w jakim stopniu udało się nam spełnić wymagania stawiane przez klientów pozwala w sposób prawidłowy prowadzić nadzór nad realizowanym procesami oraz w razie potrzeby wprowadzić mające zastosowanie działania korekcyjne, korygujące i zapobiegawcze. Placówki medyczne powinny w sposób ciągły monitorować informacje dotyczące zadowolenia klientów, a jako źródła danych w tym zakresie wykorzystywać: reklamacje klientów, bezpośrednie rozmowy, wyniki ankiet, raporty oraz badania rynku.

Przywództwo

Celem najwyższego kierownictwa jest ustanowienie spójnej oraz jednolitej misji oraz kierunku działania. Według badań osiągnięcie sukcesu w zarządzaniu jakością zależy od wyposażenia technicznego (10%), technologii (40%), ludzi oraz stylu zarządzania (50%). Zadaniem dobrego przywódcy jest nie tylko kierowanie działaniami organizacji, ale również stawianie sobie i swoim pracownikom odpowiednich wymagań oraz kształtowanie właściwych warunków pracy do ich osiągnięcia. Przywódca powinien określić, wykreować odpowiednią do działalności organizacji wizję, misję i strategię, które będą dla pracowników siłą napędową do ich realizacji, a dla klientów realną wartością, za którą stoją prawdziwe dążenia i postawa. Rolą przywódcy jest również planowanie odpowiednich celów oraz określanie odpowiednich zasobów do ich realizacji w tym również ludzkich.

Zaangażowanie

Ludzie, którzy pracują na wszystkich szczeblach organizacji stanowią jej najwyższy potencjał, a ich pełne zaangażowanie w realizowane działania umożliwia wykorzystanie ich osobistych zdolności i kwalifikacji dla dobra całej organizacji. Zaangażowanie jest wynikiem kilku wypadkowych, wśród których możemy wyróżnić: motywację, kulturę samej organizacji, możliwości komunikacji oraz stosowanie pracy zespołowej. Warto pamiętać, iż motywacja pracowników w zakresie realizowanych działań związana jest zarówno z czynnikami wewnętrznymi związanymi z samą czynnością oraz zewnętrznymi, które są jej następstwem.

Kulturę danej organizacji stanowi natomiast zbiór wartości oraz norm postępowania właściwy dla danej organizacji, w skład którego wchodzi: postawy oraz przekonania, panujące relacje międzyludzkie, sposób traktowania oraz miejsce klienta, sposób realizacji zadań oraz polityka firm.

Ogromny wpływ na doskonalenia działań organizacji ma również sposób, w jaki dana organizacja komunikuje się. Prawidłowo zrealizowany sposób komunikacji musi zostać przeprowadzony dwukierunkowo, z właściwą identyfikacją adresatów oraz odpowiednią intencją nadawcy, z jednoczesnym zabezpieczeniem przed jej zniekształceniem lub zafałszowaniem.

Podejście procesowe

Organizacja w celu zapewnienia skutecznego działania powinna zidentyfikować liczne procesy oraz powiązania pomiędzy nimi oraz umiejętnie nimi zarządzać. Aby odpowiednio wykorzystać możliwości związane z podejściem procesowym, organizacja powinna zidentyfikować wszystkie występujące procesy, określić kryteria oceny ich skuteczności oraz wdrażać niezbędne działania w celu osiągnięcia zaplanowanych wyników oraz ciągłego doskonalenia. Należy zidentyfikować procesy (główne), których realizacja jest źródłem zysku i dochodów organizacji oraz procesy wspomagające, regulujące ich właściwy przebieg.

W prawidłowo zrealizowanym podejściu procesowym każdy uczestnik ma określoną rolę, w procesie którym uczestniczy, jest odpowiedzialny za otrzymane rezultaty oraz odczuwa satysfakcję z wizji ogólnej.

Podejście systemowe

Identyfikowanie oraz traktowanie wzajemnie ze sobą powiązanych procesów jako systemu oraz systemowe zarządzanie nimi przyczynia się do skuteczności działań organizacji zmierzających do realizacji określonych celów. Istotnym jest, aby wszystkie zidentyfikowane w organizacji procesy stanowiły jeden sprawnie działający system.

Ustawiczne doskonalenie

Ideę ciągłego doskonalenia najlepiej obrazuje koło Deminga (cykl PDCA). Podstawą wszystkich działań powinno być opracowanie planu (ang. Plan) działania uwzględniającego cel, który pragniemy osiągnąć oraz przeszkody, które mogą nam to uniemożliwić. Po zaplanowaniu danych działań należy wprowadzić je w życie (ang. Do), a następnie zweryfikować uzyskane rezultaty (ang. Check). Jeżeli uzyskane rezultaty są dla nas

satysfakcjonujące, należy wprowadzić na stałe (ang. Act). Działania dotyczące ciągłego doskonalenia związane są z: analizą, pomiarem oraz oceną wyników; analizą obecnej sytuacji przedsiębiorstwa oraz wykazaniem obszarów niezbędnych do doskonalenia; ustanowieniem istotnych do doskonalenia celów oraz ciągłym poszukiwaniem rozwiązań do ich realizacji; oceną zidentyfikowanych rozwiązań oraz wyborem najistotniejszych; wdrożeniem rozwiązań.

Podejmowanie decyzji na podstawie faktów.

Proces zarządzania, który jest nieodłącznie związany z podejmowaniem kluczowych dla systemu decyzji, powinien być realizowany wyłącznie w oparciu o wszelkie dostępne, zaktualizowane i zweryfikowane dane i informacje. W procesie decyzyjnym niezwykle istotne znaczenie ma systematyczne zbieranie danych i informacji, prawidłowe ich przetwarzanie za pomocą wiarygodnych narzędzi i metod, przekazywanie pozyskanych wyników właściwym odbiorcom (adresatom) oraz podejmowanie przez zainteresowane strony właściwych w danym zakresie decyzji.

Wzajemne korzystne powiązanie z dostawcami

Strategiczną rolę w procesie zarządzania organizacją stanowią wzajemne dobre stosunki i relacje z dostawcami. Związane jest to faktem, iż jakość realizowanych przez organizację usług stanowi wypadkową jakości procesów oraz zasobów dostarczanych przez dostawców (usługi, materiały, narzędzia). W tym celu najlepiej z dostawcami, z których usług korzystamy, zachować stosunki partnerskie oparte na wzajemnym zadowoleniu i prawidłowej komunikacji.³⁵³⁶³⁷

Narzędzia doskonalenia stosowane w Systemie Zarządzania Jakością

Zarządzanie jakością jest stosowane w ramach ogólnego systemu zarządzania w przedsiębiorstwie. Do skutecznego zarządzania jakością kadrze zarządzającej potrzebne są rzetelne, aktualne oraz prawdziwe informacje. Do zbierania oraz przetwarzania informacji, nadzorowania procesów, wykrywania błędów, znajdowania ich przyczyn wykorzystywane są z kolei narzędzia zarządzania jakością. Najczęściej wykorzystuje się siedem tradycyjnych

³⁵C.S.R. Consultancy Service Poland, *ISO 9001:2009 w placówkach medycznych*, MarGraf Wydawnictwo reklamowo- poligraficzne, Kraków 2008, s. 16-17.

³⁶A. Hamrol, *Zarządzanie jakością z przykładami*, Wydawnictwo: Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 93-124.

³⁷P. Miadziołko, *Jakość w służbie zdrowia*, :Serwis Menadżera, 2007, nr 2, s. 4-7.

metod, które mogą być wykorzystywane oddzielnie, jednak często stosuje się je jako składnik zarządzania jakością. Metody te opierają się na statystyce matematycznej oraz prostych aparatach matematycznych, stąd też często nazywane są narzędziami statystycznego sterowania procesami. W ich skład wchodzi:

Diagram procesu, który jest graficznym przedstawieniem procesu. Najczęściej wykorzystuje się go przy projektowaniu systemu zarządzania jakością. Diagram często nazywa się blokowym, ponieważ każdy proces przedstawiony jest w postaci bloku, natomiast przepływ materiałów oraz informacji za pomocą strzałek. Diagram przepływu pozwala w szybki sposób zapoznać się z procesem oraz ułatwia jego zrozumienie, co jest niezbędne do jego optymalizacji lub znalezienia słabych punktów;

Karty kontrolne tworzy się w celu kontroli prawidłowości przebiegu procesu. Są one wykorzystywane w przypadku kontroli parametrów procesu, których nie da się kontrolować w 100% lub gdy kontrola taka jest zbyt droga. Na kartach kontrolnych zapisuje się wyniki próbek pobieranych w danych odstępach czasu lub z daną częstotliwością. Karty pozwalają na obserwację parametrów procesu i analizowanie zmian. Dzięki kartom możliwa jest obserwacja tendencji parametrów oraz reakcja na nie przed pojawieniem się niezgodności;

Arkusze analityczne są prostymi narzędziami gromadzenia informacji na temat procesów lub produktów. Na kartach tych umieszcza się cel, jaki powinien zostać osiągnięty oraz nanosi się stan faktyczny;

Wykres Ishikawy jest narzędziem analitycznym pokazującym, jakie przyczyny mogą doprowadzić do określonego skutku. Analizę rozpoczyna się od definicji skutku, a następnie dzieląc przyczyny na pięć kategorii (maszyna, człowiek, środowisko, metoda, materiał) analizuje każdą z nich i ustala, co może wpłynąć na końcowy rezultat. Metodę tę stosuje się zazwyczaj w grupach, w trakcie tzw. burzy mózgów.

Wykres Pareto to narzędzie pozwalające na ustalenie priorytetów zadań, jakie należy podjąć w celu osiągnięcia celu. Opiera się on o empirycznie stwierdzoną w przyrodzie zależność, według której za 80% skutków odpowiada 20% przyczyn. Wykres pokazuje zatem, jakie przyczyny należy wyeliminować w pierwszej kolejności. Po eliminacji kilku można znów stworzyć wykres Pareto w celu ciągłego doskonalenia.

Histogram jest używany do określenia częstości występowania danych wyników, w analizie jakościowej procesu badanego w określonych przedziałach.

Punktowy diagram korelacji pozwala na ustalenie, jaki wpływ mają na siebie dwie zmienne. Na podstawie zbudowanego diagramu można ustalić również kierunek współzależności dwu zmiennych.

Obok tradycyjnych metod wykorzystywanych w zarządzaniu jakością stworzono siedem nowych narzędzi. Są one wykorzystywane do wspomagania tradycyjnych metod. W przedsiębiorstwach usprawniają przepływ informacji oraz pomagają w ich porządkowaniu. Wykorzystywane są we wczesnym etapie tworzenia jakości w firmach i są niezmiernie ważne przy rozwiązywaniu problemów jakościowych. Zalicza się do nich:

- drzewo decyzyjne,
- wykres programowy procesu decyzji,
- macierz analizy danych,
- diagram macierzowy,
- diagram pokrewieństwa,
- diagram strzałkowy,
- diagram relacji³⁸.

System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji Organizacji

Każda instytucja przetwarzająca informacje oraz dane jest w pewien sposób narażona na możliwość ich zafałszowania, utraty lub udostępnienia osobom niepożądanym.

W przypadku placówek ochrony zdrowia zidentyfikowano 2 istotne obszary, w których następuje przetwarzanie danych osobowych:

- dane związane z obsługą administracyjną placówki,
- dane dotyczące udzielanych świadczeń.

Gromadzone podczas realizacji usług medycznych informacje stanowią szczególną kategorię danych osobowych określanych jako dane wrażliwe. Ustawodawca nie dopuszcza możliwości przetwarzania tego typu danych w sposób swobodny, dlatego konieczne jest zapewnienie maksymalnego bezpieczeństwa podczas ich przetwarzania i archiwizowania.

Norma ISO/ IEC 27001:2005 „Technika informatyczna. Techniki bezpieczeństwa. System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji” jest międzynarodową specyfikacją techniczną, która określa wymagania dotyczące: ustanowienia, wdrożenia, eksploatacji, monitorowania, przeglądu, utrzymania i ciągłego doskonalenia udokumentowanego Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji. Norma ta porusza obszary dotyczące bezpieczeństwa fizycznego, osobowego, teleinformatycznego oraz prawnego. Norma nie odnosi się do wymaganych zabezpieczeń technicznych, a określa jedynie istotne obszary, które należy

³⁸A. Hamrol., W. Mantura, *Zarządzanie jakością - Teoria i praktyka*, PWN Warszawa - Poznań, Warszawa 2002.

zabezpieczyć. Sposób zabezpieczeń natomiast powinien być adekwatny do określonych w trakcie analizy ryzyka luk.

Uszczegółowieniem norm ISO 27001:2005 w zakresie bezpieczeństwa informacji w ochronie zdrowia jest norma **PN-EN ISO 27799:2010** Informatyka w ochronie zdrowia -- Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w ochronie zdrowia z wykorzystaniem ISO/IEC 27002. Określa ona wskazówki dla wsparcia interpretacji oraz stosowania w informatyce ochrony zdrowia wymagań ISO/IEC 27002. Norma zawiera zbiór narzędzi kontrolnych zidentyfikowanych do zarządzania bezpieczeństwem informacji w ochronie zdrowia, a także jest źródłem wskazówek praktycznych. Organizacje oraz administratorzy informacji w ochronie zdrowia stosujący normę mogą więc zapewnić minimalny oraz konieczny poziom bezpieczeństwa właściwy dla okoliczności działania organizacji. Mają również możliwość zachowania integralności, poufnego charakteru oraz dostępności informacji personalnych³⁹.

1.3.4 Komunikacja z Pacjentem

Jedną z ośmiu zasad zarządzania jakością realizowanych usług jest orientacja na klienta, która została przedstawiona w podrozdziale 1.3.3. Przemiany rynkowe doprowadziły do transformacji postawy pacjenta, który stał się klientem opieki zdrowotnej - świadomym swoich praw, wymagającym, aktywnym i dokonującym stosunkowo racjonalnej oceny⁴⁰.

Fakt ten w połączeniu z coraz prężniej rozwijającym się rynkiem niepublicznych placówek ochrony zdrowia powoduje, że zdobycie, a co najważniejsze - utrzymanie klienta stwarza coraz więcej trudności oraz zmusza organizacje do stosowania metod, które pozwolą zapobiec utracie stałych klientów, a jednocześnie ułatwią pozyskanie nowych.

Jedną z cech charakterystycznych i specyficznych dla usług, która odróżnia je od wyrobów, jest bezpośredni kontakt klienta oraz wykonawcy, bez którego dana usługa nie może zaistnieć. I to właśnie ten moment w wielu przypadkach jest decydującym i powoduje, że dany klient powróci do nas lub nie. Dlatego organizacja, która pragnie doskonalić realizowane przez siebie procesy powinna szczególną uwagę zwrócić właśnie na personel, jako chodzącą reklamę i wizytówkę własnej organizacji. W tym celu powinna zastosować odpowiednie metody rekrutacji oraz wdrażać właściwe metody szkolenia, podnoszenia kwalifikacji oraz motywowania pracowników. Powinna budować także właściwą kulturę

³⁹ P. Gruca-Wójtowicz, Systemy..., op.cit., s. 17-18.

⁴⁰ K. Krot, Jakość i marketing usług medycznych, WoltersKluwer Business, Kraków 2008, s. 76.

organizacji, w której panuje przyjazna atmosfera i odpowiednie warunki pracy. Zatrudniony personel powinien cechować się zarówno odpowiednimi „twardymi” kwalifikacjami, czyli świadomością realizowanych usług, wiedzą, doświadczeniem, ale również „miękkimi” (empatia, entuzjazm), które mają ogromne znaczenie w budowaniu relacji z klientem, zwłaszcza usług medycznych.

Niezwykle ważnym aspektem dotyczącym personelu jest umiejętność komunikacji zarówno z pacjentem, jak i pozostałą obsługą placówki. W procesie komunikacji niezwykle istotne jest nie tylko to, co pragniemy przekazać, ale sposób w jaki to robimy. Komunikat powinien być wyraźny, dopasowany do odbiorcy, zrozumiały, komplety i właściwie przekazany. W ramach modelu komunikacji wyróżnia się trzy elementy: emocje, myśli i słowa. Podczas komunikacji należy uwzględnić fakt, iż pacjent oraz personel mogą być na różnych poziomach emocjonalnych, myślenia i spostrzegania oraz posiadać różny zasób słów. Zwłaszcza w przypadku usług medycznych zdarzają się sytuacje, w których pacjenci pełni są różnego rodzaju emocji, które personel powinien umieć opanować tak, aby przekaz nie został zakłócony. Ważne jest również właściwe dostosowanie słownictwa tak, aby nasz odbiorca nie czuł się zakłopotany lub poirytowany niemożnością zrozumienia treści. Kolejnym ważnym aspektem zapewniającym właściwy przekaz jest odpowiednie środowisko (otoczenie) pozbawione czynników, które mogłyby go zakłócić lub niepotrzebnie skierować zainteresowanie słuchacza na inny punkt (tor). Personel medyczny najczęściej swój przekaz stosuje do pacjentów, czyli osób o często ograniczonych zdolnościach do słuchania ze względu na różnego rodzaju stany chorobowe. Świadomość tego ograniczenia powinna spowodować, iż przekazywany przez personel komunikat powinien być wypowiedziany głośno, wyraźnie, z powtórzeniami najważniejszych kwestii oraz przy utrzymaniu kontaktu wzrokowego z pacjentem, który pozwala nawiązać dodatkową więź i skupić jego uwagę. Ze względu na wagę komunikatów przekazywanych w trakcie świadczenia usług medycznych personel powinien zapewnić ich właściwe zrozumienie oraz interpretację przez pacjenta, np. przez zastosowanie kilkakrotnych powtórzeń odnośnie stanu zdrowia pacjenta lub diagnozy⁴¹.

Dla zapewnienia właściwego przekazu komunikatu należy więc:

- dostosować wykorzystywany język, słownictwo oraz zawroty do możliwości odbioru naszego odbiorcy,
- skupić uwagę pacjenta na naszym przekazie i utrzymać ją,

⁴¹ H. Mruk, Marketing..., op.cit., s. 124-130.

- usunąć wszelkie możliwe zakłócenia, które mogą utrudnić lub nawet uniemożliwić proces komunikacji,
- dostosować komunikat oraz jego przekaz do zdolności słuchania pacjenta,
- zorientować się, że przekazany przez nas komunikat był dla pacjenta zrozumiały i został odebrany zgodnie z jego intencjami.

Personel, który pragnie zapewnić prawidłowy przebieg komunikacji z pacjentem powinien mieć świadomość, iż prawidłowo skonstruowany komunikat składa się zarówno z komunikacji werbalnej (mówienie, słuchanie, pisanie), jak i niewerbalnej (mowa ciała: gesty, mimika, tembr głosu). Tylko prawidłowe współdziałanie tych dwóch obszarów może zapewnić właściwy przekaz informacji. Personel powinien więc skupić uwagę nie tylko na tym, co mówi, ale w jak sposób to robi, gdyż podczas pierwszego kontaktu to właśnie sfera niewerbalna jest często czynnikiem decydującym. Aby personel był w stanie w odpowiedni sposób reprezentować placówkę i oferowane przez nią usługi, powinien: akceptować siebie, wykazywać pełne zaangażowanie w powierzone obowiązki, być szczery i lojalny.

Pacjent podczas kontaktu z placówką, a przede wszystkim z jej pracownikami, dla zapewnienia jego pełnej satysfakcji powinien czuć, że jego potrzeby, oczekiwania oraz problemy zostały wysłuchane. Pacjent chce się czuć zauważony i rozpoznany, chce być traktowany indywidualnie, a nie jako jedna z wielu osób. Pragnie, aby personel traktował go z należyty szacunkiem, a jego zdanie było brane pod uwagę podczas podejmowania decyzji.

W celu zapewnienia efektywnej komunikacji pomiędzy pacjentem placówki świadczącej usługi medyczne, a jej personelem należy:

- zachować zasadę podobieństw słów, myśli i emocji, które budują właściwe więzi oraz relacje;
- skutecznie w relacjach z pacjentem właściwe zachowania, które powodują w pacjencie chęć ich odwzajemnienia;
- stawać odpowiednie formy grzecznościowe;
- stosować metody przedstawiania myśli za pomocą obrazów (stosować metafory);
- zaangażować pacjenta w komunikację;
- zapewnić odpowiednie nastawienie personelu, który powinien wzbudzać sympatię, być uprzejmy, pogodny;
- zapewnić stały poziom obsługi pacjenta (jedno niemiłe zdarzenie potrafi bowiem zmienić dotychczasową opinię i odczucia⁴²).

⁴² H. Mruk, Marketing ..., op.cit., s. 130-135.

1.4 Podstawowe problemy jakościowe w branży usług medycznych

Największe oczekiwania pacjentów usług medycznych związane są z obszarami reagowania (informacje o terminach realizacji usług, terminowość realizacji, szybka pomoc pacjentom, reakcja na ich prośby) oraz pewności (bezpieczeństwo pacjenta podczas usługi, uprzejmość oraz kompetencje personelu). Jako najważniejszą składową usługi medycznej pacjenci wymieniają z kolei najczęściej poczucie bezpieczeństwa. Chcą mieć pewność, że placówka z której usług korzystają, zapewni im odpowiedni stopień bezpieczeństwa związany ze sterylnością sprzętu, przestrzeganiem norm bezpieczeństwa oraz brakiem ryzyka zarażenia chorobami zakaźnymi. Drugim równie istotnym czynnikiem jest pewność. Pacjent wymaga, aby wyrażane przez niego prośby i sugestie były uwzględniane przez personel medyczny. W tym wypadku istotne jest, aby nie miały one oddźwięku negatywnego (prośby o niewypisywanie zwolnień lekarskich, bądź o wypisanie niezalecanych leków). Jak wynika z badań najmniejsze oczekiwania pacjenta dotyczą zmiennych z obszarów związanych z namacalnością (sprzęt, wygląd przychodni i pracowników, dostępność oraz czytelność materiałów inf.) i empatią (indywidualne podejście do pacjenta, dogodne godziny pracy, szacunek wobec pacjenta). Usługi świadczone przez personel medyczny są jednakże specyficznym rodzajem usług, w którym potrzeby estetyczne pacjenta są zazwyczaj na drugim planie. Pacjent oczekuje jak najszybszego podjęcia działań, które pozwolą mu powrócić do zdrowia.

Przeprowadzone badania wykazały, iż najgorzej ocenianym przez pacjentów obszarem w jednej z badanych przychodni publicznych był obszar reagowania związany z nieterminowością realizacji usług oraz brakiem reakcji na pytania i problemy pacjentów. Pacjenci uskarżali się również na tradycyjne przestarzałe podejście placówki. Jedną z najgorzej ocenianych składowych usługi medycznej wśród pacjentów jest jednak bezpieczeństwo. W zakresie namacalności pacjenci wskazywali przestarzały, nie spełniający norm sprzęt lub całkowity jego brak⁴³.

W przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej (badania przeprowadzone na terenie woj. śląskiego) zaledwie 7% publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej oferuje usługi na najwyższym poziomie, około 34% badanych na przeciętnym poziomie, natomiast pozostałe 59% publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej świadczy usługi na poziomie krytycznym. Z przeprowadzonych badań wynika, iż najlepiej rozwiniętym

⁴³ R. Wolniak, Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych, „Problemy Jakości”, 2010, nr 6, s. 33-39.

wymiarem jest empatia, najgorzej oceniono natomiast obszar związany z namacalnością, reagowaniem oraz pewnością. Jedynie 13% placówek posiadało wysoką jakość udogodnień fizycznych, sprzętu, personelu oraz materiałów komunikacyjnych. W przypadku obszaru związanego z rzetelnością 35% badanych placówek świadczyło usługi na poziomie dostatecznym, a 33% na niskim. W przypadku reagowania aż w 46% placówek stwierdzono poziom tego wskaźnika niespełniający oczekiwań. Spośród wszystkich wymiarów najgorzej ocenianym został ten dotyczący namacalności. Pacjenci w sposób negatywny postrzegają jakość oferowanych przez placówkę usług, udogodnień, sprzętu, materiałów komunikacyjnych, a nawet personelu⁴⁴.

Wśród najczęstszych grzechów sektora usług medycznych pacjenci wymieniają również aspekty takie jak: niesprawna organizacja placówki, biurokracja, chaos, brak poufności. Ponadto brak szacunku, zwlekanie z udzieleniem pomocy, odsyłanie (również do placówek prywatnych), bagatelizowanie, nieprzyznawanie się do pomyłki, jak również niewłaściwe i stwarzające zagrożenie dla zdrowia leczenie. Według opinii ankietowanych pacjentów usługodawca był niedbały, nieuprzejmy, krzyczał na pacjenta, a nawet go poniżał⁴⁵.

Jako przyczyny obecnego stanu placówek zdrowia najczęściej podaje się:

- brak ogólnonarodowej polityki jakości lub choćby powszechnie stosowanej definicji jakości w ochronie zdrowia,
- brak motywacji i wiedzy świadczeniodawców do podjęcia skutecznych działań w celu oceny i poprawy jakości opieki zdrowotnej,
- metody wyceny i rozliczania udzielanych świadczeń, nie uwzględniające korzystnych wyników zastosowanego leczenia,
- brak spójnej wizji systemu po stronie organu, który tworzy politykę zdrowotną państwa,
- silną pozycję płatnika (NFZ),
- sztucznie wprowadzane limity na usługi zdrowotne,
- brak możliwości planowania zakupów,
- trudną sytuację finansową w służbie zdrowia,
- błędne identyfikowanie oczekiwań pacjentów zarówno przez kadrę kierowniczą, jak i personel medyczny,

⁴⁴ E. Pawłowski, A. Sitko-Lutek, Jakość ..., op.cit., s. 29-31.

⁴⁵ M. Baryluk, B. Cytowska, S. Goździk, Jakość usług z perspektywy klienta, „Problemy Jakości”, 2011, nr 1, s. 44-45.

- negatywny wizerunek wewnętrzny (pomieszczenia)
- brak motywacji oraz zaangażowania ze strony personelu medycznego w proces świadczenia opieki medycznej⁴⁶.

⁴⁶ J. Grudziąż-Sękowska, Jakość opieki zdrowotnej, „Problemy Jakości”, 2010, nr 4, s. 32-35.

Rozdział 2 Analiza branży usług stomatologicznych

2.1 Reformy służby zdrowia i ich wpływ na kierunek rozwoju branży

Do 1931 roku w systemie zdrowotnym w Polsce działał w oparciu o zasady zawarte w Ustawie z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. 1920 nr 44 poz. 272). Zgodnie z jej treścią w celu zapewnienia odpowiedniej organizacji systemu zdrowotnego w Państwie Polskim zostały powołane do życia Kasy Chorych (po jednej na każdy powiat). Utworzone kasy Chorych miały osobowość prawną, pozwalającą im nabywać prawa lub zaciągać zobowiązania, za które odpowiadały własnym majątkiem. Przynależność do danej instytucji była ściśle związana z miejscem stałego zatrudnienia obywatela. Dochody kas chorych składały się ze składek ubezpieczonych, składek pracodawców, kar, zapomóg instytucji publicznych, darowizn i zapisów oraz procentów od kapitału.⁴⁷

Po ponad 10 latach instytucje ubezpieczeniowe jakimi były Kasy Chorych zostały zniesione na mocy Ustawy z dnia 28 marca 1933r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1933 nr 51 poz. 396). W miejsce zlikwidowanych Kas zostały utworzone:

- a) Ubezpieczalnie społeczne oraz
- b) Zakłady Ubezpieczeń Społecznych, w których skład wchodziły:
 - Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby
 - Zakład Ubezpieczenia od Wypadków
 - Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników
 - Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Ubezpieczalnie społeczne wraz z Zakładami Ubezpieczeń były członkami Izby Ubezpieczeń Społecznych. Wszystkie organy posiadały osobowość prawną i były instytucjami prawa publicznego. Podobnie jak w przypadku kas chorych właściwa pod względem terytorialnym była instytucja, znajdująca się w strefie miejsca zatrudnienia ubezpieczonego. Miejsce funkcjonowania oraz obszar zasięgu danej ubezpieczalni określał Minister Opieki Społecznej.⁴⁸

Znaczące zmiany w funkcjonującym wcześniej systemie zdrowotnym spowodowała Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153) wprowadzając powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zwane

⁴⁷ Ustawa z dnia 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. 1920 nr 44 poz. 272).

⁴⁸ Ustawa z dnia 28 marca 1933r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1933 nr 51 poz. 396).

„Ubezpieczeniem Zdrowotnym”. Utworzone w ten sposób ubezpieczenie miało działać w oparciu o 8 podstawowych zasad i wytycznych:

- solidarności społecznej,
- samorządności,
- samofinansowania,
- prawa świadczeniobiorcy do wolnego oraz swobodnego wyboru świadczeniodawcy oraz kasy chorych,
- zapewnienia wszystkim ubezpieczonym takiego samego dostępu do oferowanych świadczeń,
- działalności kas chorych nie opartej na chęci zysków,
- gospodarności oraz celowości działania,
- gwarancji państwa.⁴⁹

Celem powołanych kas chorych było gromadzenie odpowiednich środków finansowych oraz odpowiednie zarządzanie nimi w celu zawierania umów ze świadczeniodawcami usług medycznych. Ubezpieczeni mieli obowiązek partycypować w kosztach leczenia wnosząc odpowiedni wkład finansowy określony na podstawie przepisów. Zadaniem kas chorych była realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia zleconych przez właściwego ministra do spraw zdrowia. Jednakże w odróżnieniu od swoich poprzedniczek powołane w 1999 kasy chorych nie mogły samodzielnie prowadzić zakładów ubezpieczeń społecznych, być ich właścicielami lub posiadać jakichkolwiek praw własności. W ustawie określone zostały również podmioty objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Do zadań regionalnych oraz branżowych kas chorych z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego należało w szczególności:

- ewidencjonowanie osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym,
- weryfikacja praw ubezpieczonych do świadczeń,
- ustalanie planów finansowych,
- zarządzanie funduszami kasy,
- zawieranie oraz kontrola umów zawieranych ze świadczeniodawcami,
- tworzenie oddziałów regionalnych kas oraz nadzorowanie ich działalności,
- analiza danych dotyczących zawieranych umów w sprawie refundacji leków oraz materiałów medycznych, a także organizacja działań dążących do poprawy jakości, szybkości oraz wiarygodności otrzymywanych danych.⁵⁰

⁴⁹Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153).

Podstawowe zmiany wynikające z reformy z 1999r. polegały więc na:

- wprowadzeniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na funduszach,
- niezależności płatnika (kasy chorych) od świadczeniodawcy,
- określeniu funkcji „Lekarz pierwszego kontaktu” - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- określeniu zasad korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
- zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia, określonych procentowo w budżecie,
- przekształceniu Zakładów Opieki Zdrowotnej (ZOZ) z jednostek i zakładów budżetowych w posiadające osobowość prawną samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ).
- zniesieniu rejonizacji.⁵¹

Jednakże dokonana reforma służby zdrowia wprowadzająca jako płatnika kasy chorych nie spotkała się z akceptacją społeczną, co widać choćby po ich krótkim funkcjonowaniu.

Wśród wad jakie zarzucano funkcjonującemu ówczesniemu systemowi możemy wymienić:

- trudności z koordynacją działań, które były wynikiem decentralizacji systemu,
- wadliwości oraz luki w systemie, wynikające z samej ustawy, która w mało precyzyjny sposób broziwała kwestie organizacyjne oraz kompetencyjne,
- powiązanie wysokości składki z podatkiem dochodowym. Wzrost bezrobocia spowodował przyrost osób nie posiadających stałego zatrudnienia oraz zmniejszenie ilości środków pieniężnych w budżecie,
- problemy organizacyjne związane z funkcjonowaniem i działalnością samych kas, związane dodatkowo z nowym podziałem administracyjnym kraju,
- nieodpowiednie kwalifikacje osób zarządzających działalnością kas, które nie zostały zdefiniowane w żadnych przepisach prawa,
- niewłaściwe zarządzanie finansami kas chorych; samowolne określanie wynagrodzeń, diet i nagród dla pracowników,
- problemy kas z zawieraniem umów z świadczeniodawcami.⁵²

⁵⁰Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153)

⁵¹D. Klimek, P. Pietras, Procesy restrukturyzacyjne w sektorze ochrony zdrowia i ich wpływ na zmiany na rynku pracy województwa podlaskiego, Wydawnictwo wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku, Białystok 2009, s. 15-16.

⁵²<http://www.biuletyn.e-gap.pl/index.php?view=artykul&artykul=46>. Kasy Chorych i ich problemy w latach 1999-2003(2012.09.19).

Zniesienie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nastąpiło w 2003 roku w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391). W myśl ustawy zniesiono dotychczasową decentralizację opieki zdrowia, zwłaszcza w zakresie finansowania. Powołany do życia Narodowy Fundusz Zdrowia zastąpił obecne dotąd 16 kas chorych oraz kasę branżową. Funkcjonowanie NFZ związane zostało z działalnością Centrali oraz 16 oddziałów, po jednym dla każdego z istniejących w Polsce województw. Do wykonywania obowiązków w zakresie ochrony zdrowia zostały wyznaczone organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego oraz Fundusz. Wśród zadań Funduszu wyszczególniono m.in.:

- zabezpieczanie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym,
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań oraz zawieranie umów,
- określanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- prowadzenie centralnego wykazu ubezpieczonych oraz inne.⁵³

Wśród głównych zalet oraz osiągnięć utworzonego Funduszu zdrowia warto wymienić:

- utworzenie jednolitych zasad kontraktowania,
- utworzenie Centralnego Rejestru Ubezpieczonych (CWU) co usprawniło zarządzanie danymi osób ubezpieczonych,
- zapewnienie jednolitej struktury systemów informatycznych funkcjonujących w dawnych kasach chorych,
- wprowadzenie jednolitych zasad rachunkowości NFZ.

Niestety Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r. (Dz. U. 2004 nr 5, poz. 37) zakwestionował działanie Narodowego Funduszu Zdrowia jako niezgodnego z prawem w zakresie równego dostępu wszystkich ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej. Trybunał w szczególności zakwestionował aspekty dotyczące organizacji i funkcjonowania działania Funduszu, zasad zabezpieczania potrzeb zdrowotnych, zasad nadzoru oraz kontrolowania działań Funduszu oraz inne. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) zastępuje poprzednią i zawiera poprawki dotyczące wcześniejszych uchybień w działaniu systemu.⁵⁴

⁵³Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391).

⁵⁴ D. Klimek, P. Pietras, *Procesy ...*, op.cit., s. 17-19.

Wraz z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, zastosowanie mają również przepisy wspólnotowe dotyczące ubezpieczeń społecznego i zdrowotnego, które mają prymat nad krajowymi. W związku z tym ustawodawca będzie musiał, podejmując wszelkie decyzje dotyczące ochrony zdrowia, brać pod uwagę przede wszystkim wymogi prawa europejskiego. Taki stan rzeczy może spowodować wypracowanie jednego spójnego systemu związanego z ochroną zdrowia.

2.2 Branża stomatologiczna w liczbach

2.2.1 Liczba i lokalizacja uczelni medycznych oferujących kształcenie w zawodzie lekarza dentysty, liczba studentów dziennych i wieczorowych

Zgodnie z wykazem medycznych kierunków kształcenia w uczelniach medycznych i uczelniach prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia, jednolite studia magisterskie na kierunku lekarsko-dentystycznym w latach 2010-2011 dostępne były na 10 uczelniach w Polsce, tj.:

- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
- Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku,
- Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
- Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński w Krakowie,
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
- Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
- Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
- Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie,
- Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie,
- Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Na każdej z uczelni studia realizowane są w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym.⁵⁵

Rekrutacja na Wydział Lekarski o kierunku lekarsko-dentystycznym jest regulowana przez Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (Dz.U.11.165.993) wydane w porozumieniu z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Liczba miejsc dla przyszłych studentów stomatologii wynosiła odpowiednio:

W latach 2010-2011 - 936 miejsca (w tym stacjonarne 724 i niestacjonarne 212). Pozostała liczba miejsc to studia prowadzone w języku innym niż polski oraz miejsca przeznaczone dla cudzoziemców (dodatkowe 201 miejsc)⁵⁶;

W latach 2011-2012- 923 miejsca (w tym stacjonarne 706 i niestacjonarne 217). Pozostała liczba miejsc to studia prowadzone w języku innym niż polski oraz miejsca przeznaczone dla cudzoziemców (dodatkowe 224 miejsca)⁵⁷;

W latach 2012-2013- 957 miejsc (w tym stacjonarne 728 i niestacjonarne 229). Pozostała liczba miejsc to studia prowadzone w języku innym niż polski oraz miejsca przeznaczone dla cudzoziemców (dodatkowe 204 miejsca)⁵⁸.

Zgodnie z Art. 5 Ustawy z 5 grudnia 1999 o zawodach lekarza i lekarza dentysty Prawo wykonywania zawodu dentysty otrzymuje osoba, która:

- posiada dyplom lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie na 5 roku studiów; oraz przedstawi świadectwo złożenia z wynikiem pozytywnym Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (za równoważne uznaje się przedstawienie świadectwa Lekarsko – Dentystycznego Egzaminu Państwowego);

⁵⁵ <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b2&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=6&ma=234.Kształcenieprzeddyplomowe>. Ministerstwo Zdrowia. (2012.09.17).

⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2010 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (Dz.U.10.128.864).

⁵⁷ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (Dz.U.11.165.993).

⁵⁸ Rozporządzenie ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2012 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz.U.12.864).

- posiada dyplom lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 oraz odbyła staż podyplomowy⁵⁹.

Zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty sprawiły, że staż podyplomowy, który dotąd odbywali absolwenci uczelni medycznych, włączono do programu studiów. W praktyce oznacza to przejście przez uczelnie medyczne części obowiązków związanych z praktycznym kształceniem przyszłych lekarzy dentystów oraz związanych z tym kosztów. W przypadku wielu uczelni konieczne będzie powiększenie bazy dydaktycznej oraz zakup dodatkowego sprzętu i wyposażenia, na którym przyszli lekarze dentyści będą mogli doskonalić swoje umiejętności⁶⁰. W efekcie Collegium Medicum UJ w Krakowie zmniejszyło limit przyjęć o 15 miejsc (10 stacjonarnych i 5 niestacjonarnych). Władze uczelni kierowały się tym, że nie są w stanie w skróconym czasie nauki wykształcić takiej samej liczby osób co dotychczas. Natomiast na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi i Katowicach zwiększono liczbę przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny w ramach studiów stacjonarnych odpowiednio o 16 i 24 miejsca, a w Łodzi dodatkowo, w ramach studiów niestacjonarnych, o 12 miejsc dzięki pozyskaniu środków unijnych. Pozostałe uczelnie nie przewidziały zmian w rekrutacji. Sumarycznie limit przyjęć wzrósł w porównaniu do roku akademickiego 2011/12 o 14 miejsc. Tymczasem za 5 lat wejdą na rynek jednorazowo 2 roczniki, bowiem osoby które w roku akademickim 2012/13 rozpoczną studia skończą je za 5, a nie 6 lat⁶¹.

2.2.2 Liczba lekarzy dentystów z prawem wykonywania zawodu, lekarzy dentystów praktykujących z uwzględnieniem specjalizacji oraz liczby praktyk

Zgodnie z danymi GUS w 2010 r. w Polsce zarejestrowanych było 37 616 lekarzy dentystów posiadających prawo wykonywania zawodu, co stanowiło znaczny wzrost w stosunku do lat poprzednich (2009 r. – 36 945 lekarzy; 2008r. – 36 196 lekarzy). Największa liczba lekarzy dentystów posiadających prawo do wykonywania zawodu była zlokalizowana na terenie Polski Centralnej (9 764), co może być związane z obecnością największych ośrodków miejskich w tym regionie. Najmniejszą liczbą charakteryzowała się

⁵⁹Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 września 2011 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2011 nr 277 poz. 1634).

⁶⁰<http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Uczelnie-medyczne-czy-reforma-ksztalcenia-lekarzy-doprowadzi-do-zmniejszenia-liczby-studentow,117202,9.htm> (2012.09.17).

⁶¹<http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Uczelnie-medyczne-czy-reforma-ksztalcenia-lekarzy-doprowadzi-do-zmniejszenia-liczby-studentow,117202,9.html> (2012.09.17).

natomiast Polska Południowo-Zachodnia (3 992 lekarzy)⁶². Co roku do tej liczby dołączają kolejni absolwenci uczelni medycznych, powiększając grono lekarzy uprawnionych do otwierania własnych praktyk.

Jednakże nie wszyscy lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu są jednocześnie czynni zawodowo i praktykują. Dlatego Główny Urząd Statystyczny publikuje również dane dotyczące pracowników medycznych, którzy pracują bezpośrednio z pacjentem. W 2010 r. na terenie całej Polski było 18 909 pracujących lekarzy dentyistów, którzy stanowili połowę wszystkich lekarzy posiadających uprawnienia. Analizując liczbę pracujących lekarzy dentyistów, warto wziąć również pod uwagę, iż często zdarza się sytuacja, gdy jeden lekarz pracuje jednocześnie w kilku placówkach lub prowadzi dodatkowo własną praktykę lekarską. Z tego powodu liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem liczona raz, na podstawie głównego miejsca pracy, jest o prawie 6 tys. mniejsza od ilości pracujących w ogóle. W porównaniu z rokiem poprzednim 2009 r. liczba ta jednak zwiększyła się o 1 tys. lekarzy⁶³.

Zasady odbywania szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentyistów zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku (Dz. U. 213, poz. 1779 z późn. zm.). Zgodnie z wytycznymi lekarz dentyista ma możliwość otwarcia specjalizacji dopiero po ukończeniu stażu dyplomowego oraz pozytywnym zaliczeniu Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego). Lekarz dentyista odbywa specjalizację pod okiem kierownika stażu, a dowodem uczestnictwa jest karta szkolenia specjalizacyjnego zawierająca wymagane wpisy oraz indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych. Lekarze dentyści wybierając specjalizację mogą skorzystać z dwóch trybów :

1. Rezydencki - umowa o pracę zawierana z jednostką prowadzącą na czas określony, w pełnym wymiarze czasu pracy. Możliwość odbycia kilku specjalizacji w tym trybie.
2. Pozarezydenckim, która może zostać zrealizowana jako:
 - Umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony lub określony terminem trwania specjalizacji, z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację;
 - Płatny urlop szkoleniowy – forma skierowana do już zatrudnionych lekarzy;

⁶²http://www.stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.dims?p_id=460223&p_token=0.2130998919412701
(2012.09.19) Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu.

⁶³http://www.stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.dims?p_id=460223&p_token=0.031231693479076172
(2012.09.19). Lekarze i lekarze dentyści wg płci.

- W ramach poszerzenia o program specjalizacji zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich. Uczestnik studiów doktoranckich może odbywać specjalizację w ramach rezydentury;
- Częściowego oddelegowania – w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony z jednostką organizacyjną nieuprawnioną do prowadzenia specjalizacji i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych przez pracodawcę.
- Umowy cywilnoprawnej - jest to umowa o szkolenie specjalizacyjne zawarta między lekarzem, a jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację. Za szkolenie to jednostka nie pobiera opłat, a szkolący się lekarz nie otrzymuje wynagrodzenia⁶⁴.

Ustawa reguluje również zakres specjalności w których mogą kształcić się przyszli lekarze dentyści:

- chirurgia stomatologiczna,
- chirurgia szczękowo – twarzowa,
- ortodoncja,
- periodontologia,
- protetyka stomatologiczna,
- stomatologia dziecięca,
- stomatologia zachowawcza z endodontcją,
- zdrowie publiczne,
- epidemiologia.

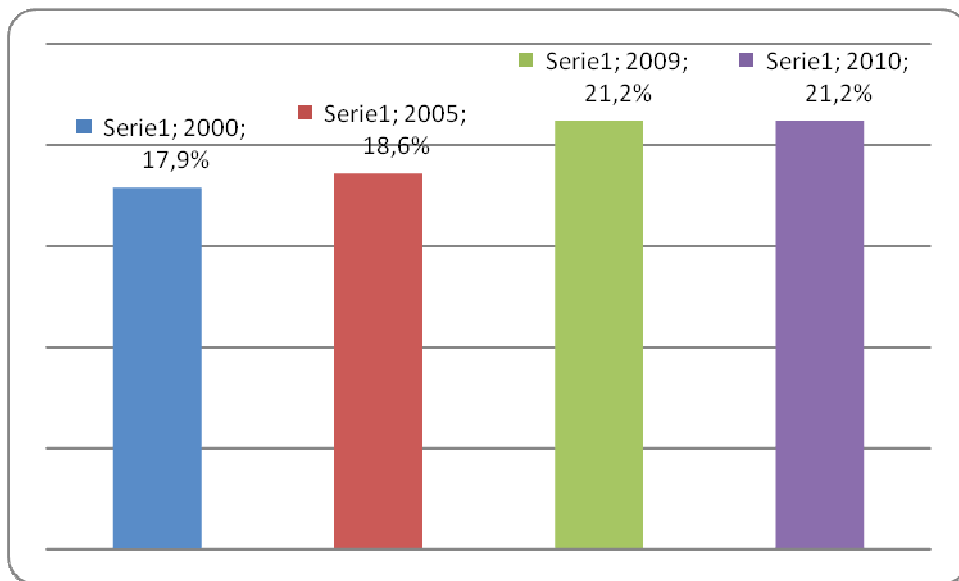
Minister Zdrowia odpowiada za określenie dostępności danej specjalizacji poprzez określenie liczby wolnych miejsc w ramach każdej specjalności w skali kraju oraz w poszczególnych województwach.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia liczba przyznaných miejsc rezydenckich w ramach specjalizacji dentystrycznych na podstawie prowadzonego postępowania kwalifikacyjnego w terminie 1 – 31 października 2012 r. wynosiła 83 w skali całego kraju. Aż w trzech województwach (zachodniopomorskie, świętokrzyskie, podkarpackie) nie zostało określone wolne miejsce w żadnej z 9 specjalizacji dentystrycznych. Największą liczbą wolnych miejsc specjalizacyjnych charakteryzowało się woj. dolnośląskie, mazowieckie oraz śląskie, co może

⁶⁴Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 213, poz. 1779 z późn. zm.).

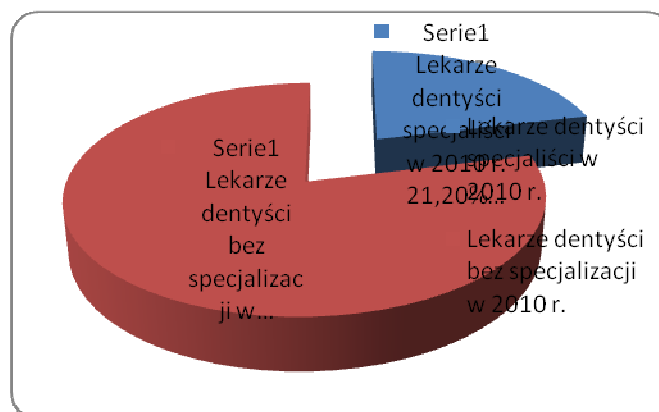
być związane z obecnością dużych aglomeracji miejskich na tym obszarze i co za tym idzie - zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi tego typu. Pod względem specjalizacji największym zapotrzebowaniem charakteryzowała się chirurgia stomatologiczna⁶⁵.

Liczba lekarzy dentyistów specjalistów rośnie, ale tempo wzrostu na przestrzeni 10 lat jest niewielkie jak pokazuje wykres nr . Od 2000 do 2010 roku procent lekarzy dentyistów ze specjalizacją w stosunku do ogólnej liczby stomatologów wzrósł zaledwie o 3,3%, liczba lekarzy specjalistów jest w 2010 r. tylko o 511 osób większa niż w 2000 r.



Rys. 2.1. Lekarze dentyści specjaliści w % ogółu lekarzy dentyistów w latach 2000 – 2010.

(Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny. Rocznik Statystyczny 2011)

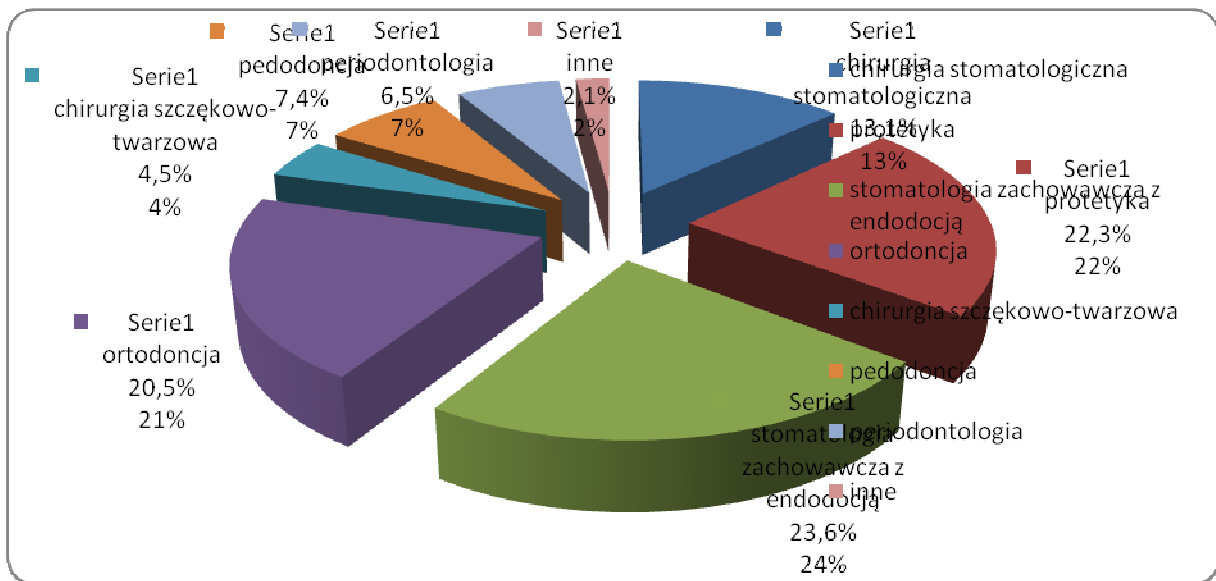


Rys. 2.2. Stosunek dentyistów bez specjalizacji do lekarzy dentyistów specjalistów w 2010r. (Źródło:

Opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny. Rocznik Statystyczny 2011)

⁶⁵<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=30728>. (2012.09.19). Liczba przyznanych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie 1 – 31 października 2012 r.

Największy odsetek lekarzy specjalistów stanowią lekarze ze specjalizacją z zakresu stomatologii zachowawczej, protetycy i ortodocenci, ich liczba w 2010 roku wynosiła odpowiednio: stomatologia zachowawcza – 616 osób, protetyka - 581 osób, ortodoncja – 535 osób. Najtrudniej uzyskać tytuł specjalisty chirurgii szczękowo - twarzowej, wymagane jest ukończenie kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, specjalistów tej wąskiej i najtrudniejszej dziedziny mamy 117. Poniższy wykres obrazuje odsetek stomatologów ze specjalizacji z danej dziedziny w 2010 r.



Rys. 2.3. Procentowy rozkład lekarzy dentystów ze specjalizacją w 2010r. (Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny. Rocznik Statystyczny 2011)

2.2.3 Wydatki publiczne na służbę zdrowia z zakresu usług stomatologicznych na przestrzeni lat i plan wydatków na kontrakty NFZ w 2013 r.

Przeprowadzane wielokrotnie na przestrzeni lat reformy służby zdrowianiestety nie zmniejszyły przepaściwystępującej pomiędzy oczekiwaniami pacjentów, którzy są coraz bardziej świadomi swoich potrzeb, a coraz większymi nakładami finansowymi na ich prawidłowe zaspokojenie. Wśród czynników, które dodatkowo powodują niewydolność polskiej służby zdrowia możemy wyróżnić również coraz szybciej starzejące się społeczeństwo oraz coraz większe wydatki niezbędne na zapewnienie pacjentom należytej jakości opieki, związane z kosztami nowoczesnej aparatury medycznej oraz środków farmakologicznych. Najprawdopodobniej tendencja wzrostu kosztów związanych ze służbą zdrowia będzie się utrzymywała w kolejnych latach.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2010r. wydatki ogółem na ochronę zdrowia, tj. wydatki bieżące i inwestycyjne, wyniosły w Polsce 99 mld zł, co stanowiło 7,0% Produktu Krajowego Brutto (7,2% PKB w 2009 r.) W stosunku do roku poprzedniego (2008r.) zanotowano wzrost w wysokości 0,4%.⁶⁶

Około 90% poniesionych przez Państwo wydatków na ochronę zdrowia było przeznaczonych w większość (90%) na indywidualną opiekę zdrowotną, reszta natomiast stanowiła wydatki związane z szeroko pojętą profilaktyką zdrowotną, zdrowiem publicznym oraz w mniejszym stopniu na działania administracyjne i inwestycje. W strukturze wydatków ogółem największy odsetek stanowiły wydatki bieżące związane z sektorem publicznym (wydatki budżetu państwa, budżetu jednostek samorządu terytorialnego, funduszu ubezpieczeń społecznych) i wynosiły 66,7 tys. Znacznie mniejsze koszty w wysokości 25,6 tys. generowały bieżące wydatki prywatne (wydatki gospodarstw domowych, inne wydatki prywatne). W zakresie wydatków publicznych aż 88,4% stanowiły wydatki poniesione przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największa ilość wydatków pochodziła z gospodarstw domowych (85,1%).

Biorąc pod uwagę klasyfikacje płatników w ostatnich latach zauważalny stał się zwiększony nakład środków pieniężnych na sektor publiczny. Analizując dane za lata 2003-2009, największy nakład środków pieniężnych przeznaczony był na funkcjonowanie szpitali (120%) oraz świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej (104%).

Analizując strukturę wydatków publicznych poniesionych na rzecz ochrony zdrowia w 2010 r. można zauważyć, iż największe udziały w finansowaniu lecznictwa miał Narodowy Fundusz Zdrowia (56380,3 mln zł), którego środki finansowe w większości zostały przeznaczone na lecznictwo szpitalne oraz w mniejszym stopniu na refundacje leków i podstawową opiekę zdrowotną. Wydatki na ochronę zdrowia pozostałych uczestników rynku wynosiły odpowiednio: budżet państwa (6864,3 mln zł), samorządy terytorialne (3962 mln zł), gminy (562,7 mln zł), powiaty (łącznie 1394,7 mln zł), miasta na prawach powiatu (1061,8 mln zł), województwa (942,7 mln zł)⁶⁷.

Biorąc pod uwagę jednak sam rynek usług stomatologicznych, nakłady finansowe NFZ od 2009 roku malały, zaledwie 22 % zapotrzebowania na usługi pokrywały wydatki publiczne, pozostałe 78% ogólnej puli, która trafia do branży dentystycznej, pokrywali

⁶⁶http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zos_narodowy_rachunek_zdrowia_2009.pdf. (2012.09.19) Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia Narodowy rachunek Zdrowia za 2010 r.

⁶⁷http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2010.pdf. (2012.09.19). zdrowie i ochrona zdrowia w 2010r.

pacjenci z prywatnych pieniędzy. Poniższy wykres przedstawia wydatki NFZ na opiekę stomatologiczną w Polsce w latach 2004-2011.⁶⁸



Rys. 2.4. Wydatki NFZ na opiekę stomatologiczną w Polsce w latach 2004-2011. (Źródło: http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/487627.rynek_uslug_dentystycznych_wzrosnie_o_10_procent.html. 2012.09.19).

Według Planu finansowego, który został ogłoszony przez Departament Ekonomiczno – Finansowy NFZ, przychody oraz koszty ogółem Narodowego Funduszu Zdrowia w nadchodzącym 2013 r. roku powinny wynieść ok. 66,7 mld zł., czyli blisko o 3,9 procenta więcej niż w roku ubiegłym. Przy czym ok. 62,9 mld zł przeznaczonych zostanie na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, a w tym 1,8 mld zł na leczenie stomatologiczne

2.2.4 Organizacja Systemu Ochrony Zdrowia, stomatologia niepubliczna i publiczna, finansowanie

Wraz z dniem 1 lipca 2011 r. weszła w życie nowa ustawa (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654) regulująca zagadnienia działalności leczniczej w Państwie Polskim uchylając obowiązującą do tej pory ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

⁶⁸http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/487627.rynek_uslug_dentystycznych_wzrosnie_o_10_procent.html
Rynek usług dentystycznych wzrosnie o 10%. (23.09.2012).

Zgodnie z postanowieniami ustawy działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ponadto może opierać się również na promocji zdrowia lub realizacji działań dydaktycznych i badawczych połączonych z udzielaniem świadczeń medycznych oraz promocją zdrowia.

Zgodnie z ustawą jako podmioty lecznicze mogą działać:

- przedsiębiorcy prowadzący działalność gospodarczą,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe, a dokładnie państwowe jednostki budżetowe utworzone i nadzorowane przez: Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego ds. spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Jednostki te w swoim składzie powinny ponadto posiadać ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- instytuty badawcze,
- fundacje oraz stowarzyszenia, których funkcjonowanie oraz organizacja pozwala im na prowadzenie zadań w zakresie ochrony zdrowia,
- kościoły, kościelne osoby prawne, bądź związki wyznaniowe⁶⁹.

Lekarze oraz pielęgniarki mają możliwość wykonywania działalności leczniczej zgodnie z zasadami zawartymi w ustawie po dokonaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Lekarze działalność leczniczą mogą prowadzić w formie:

1. Jednoosobowej działalności gospodarczej jako:

- indywidualna praktyka lekarska,
- indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
- indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

⁶⁹Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

2. Grupowej Praktyki Lekarskiej prowadzonej w formie spółki cywilnej, jawnej bądź partnerskiej⁷⁰.

Zgodnie z postanowieniami ustawy wykonywanie przez lekarza zawodu w ramach praktyki zawodowej nie może zostać zakwalifikowane jako prowadzenie podmiotu leczniczego. Możliwość prowadzenia podmiotu leczniczego w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej posiadają również Skarb Państwa (minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda) oraz jednostki samorządu terytorialnego, które wraz z uczelniami medycznymi mogą prowadzić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Wśród rodzajów prowadzonej działalności leczniczej możemy wyszczególnić stacjonarne oraz całodobowe świadczenia zdrowotne (szpitale oraz inne) oraz ambulatoryjne świadczenia opieki zdrowotnej.

Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne, które zostaną przez niego wykorzystane na realizację działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia, remonty, realizację projektów unijnych, realizację założeń programowych oraz zagwarantowanie odpowiedniego poziomu wykształcenia i kwalifikacji kadry medycznej.

Warunki udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, zakres świadczeń, zasady oraz tryb finansowania i zadania władz publicznych zostały określony w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)⁷¹.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją zapewniającą oraz finansującą świadczenia opieki zdrowotnej osób ubezpieczonych oraz uprawnionych do świadczeń. Środki finansowe w większości pochodzą ze składek ubezpieczonych oraz budżetu państwa.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane ze środków publicznych dokonywane są dzięki umowom o udzielanie świadczeń, zawartymi pomiędzy świadczeniodawcami oraz Narodowym Funduszem Zdrowia. Umowy zawarte z Funduszem zawierają w swojej treści: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, warunki ich udzielania, wykaz podwykonawców, wymagania dla nich, zasady rozliczeń itd. Podstawą do zawarcia umowy pomiędzy świadczeniodawcami oraz NFZ jest przeprowadzone wcześniej postępowanie w trybie konkursu ofert lub rokowań⁷².

⁷⁰Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

⁷¹Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

⁷²Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

Prawo świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przysługuje osobom objętym powszechnym, obowiązkowym oraz dobrowolnym ubezpieczeniem w NFZ oraz członkom rodzin, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia przez osobę ubezpieczoną. Przynależność do danego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia zależy od miejsca zamieszkania lub zgłoszenia. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń osób ubezpieczonych jest m.in.: druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA, zaświadczenie z zakładu pracy (osoby zatrudnionej na umowę o pracę), druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne (osoby prowadzące działalność gospodarczą), legitymacja emeryta lub rencisty, dokument określający zobowiązanie z tytułu składek wystawiony przez KRUS (osoba ubezpieczona w KRUS) oraz inne. W przypadku świadczeń stomatologicznych udzielanych w ramach środków publicznych nie jest wymagane skierowanie. W ramach opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych pacjentowi przysługuje prawo i możliwość skorzystania z takich świadczeń, jak:⁷³

- badanie lekarskie stomatologiczne obejmujące również instruktaż higieny jamy ustnej;
- badanie kontrolne;
- leczenie próchnicy zębów;
- świadczenia z zakresu leczenia endodontycznego (kanałowego) zębów jednokanałowych;
- usunięcie złogów nazębnych;
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej;
- usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne;
- zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne w razie potrzeby;
- znieczulenie w razie potrzeby.

W ramach opieki publicznej świadczeniobiorcom przysługuje również prawo do skorzystania z leczenia protetycznego z wykorzystaniem protez akrylowych w szczęce i żuchwie. Pacjent ma prawo nieodpłatnego skorzystania z tego rodzaju świadczeń raz na 5 lat.

W ramach leczenia ortodontycznego wad zgryzu pacjent może skorzystać z:

- zastosowania aparatu ruchomego (do 12 roku życia),
- kontroli wyników leczenia,
- zdjęcia pantomograficznego (1 raz w trakcie trwania procesu leczenia),

⁷³ N. Tyszka, Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Vademecum 2012, NFZ Centrala, Warszawa 2012, s. 6-12.

- naprawy aparatu,
- korekcyjnego szlifowania zębów,
- protez dziecięcych częściowych lub całkowitych.

Dodatkowe świadczenia medyczne w ramach finansowania publicznego przysługują ponadto:

1. Dzieciom i młodzieży do lat 18 m.in.: lakierowanie zębów stałych, kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa, leczenia chorób przyzębia, zabezpieczenie lakiem bruzd zębów;
2. Kobietom w ciąży i połogu: rozszerzone leczenie endodontyczne;
3. Osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym: znieczulenie ogólne oraz kompozytowe materiały światłoczułe⁷⁴.

Narodowy Fundusz Zdrowia określa również listę materiałów wykorzystywanych podczas świadczenia gwarantowanych usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych⁷⁵.

2.2.5 Trendy w branży i przewidywania na kolejne lata

Tempo wzrostu wartości usług dentystycznych w Polsce od roku 2006 stopniowo spadało osiągając w latach 2009 – 2010 wartość 9 – 10%. W roku 2011 wartość tego rynku wyniosła 7,1 mld zł. W kolejnych latach przewidywany jest dwucyfrowy wzrost, aż do osiągnięcia 10 mld w roku 2013⁷⁶.

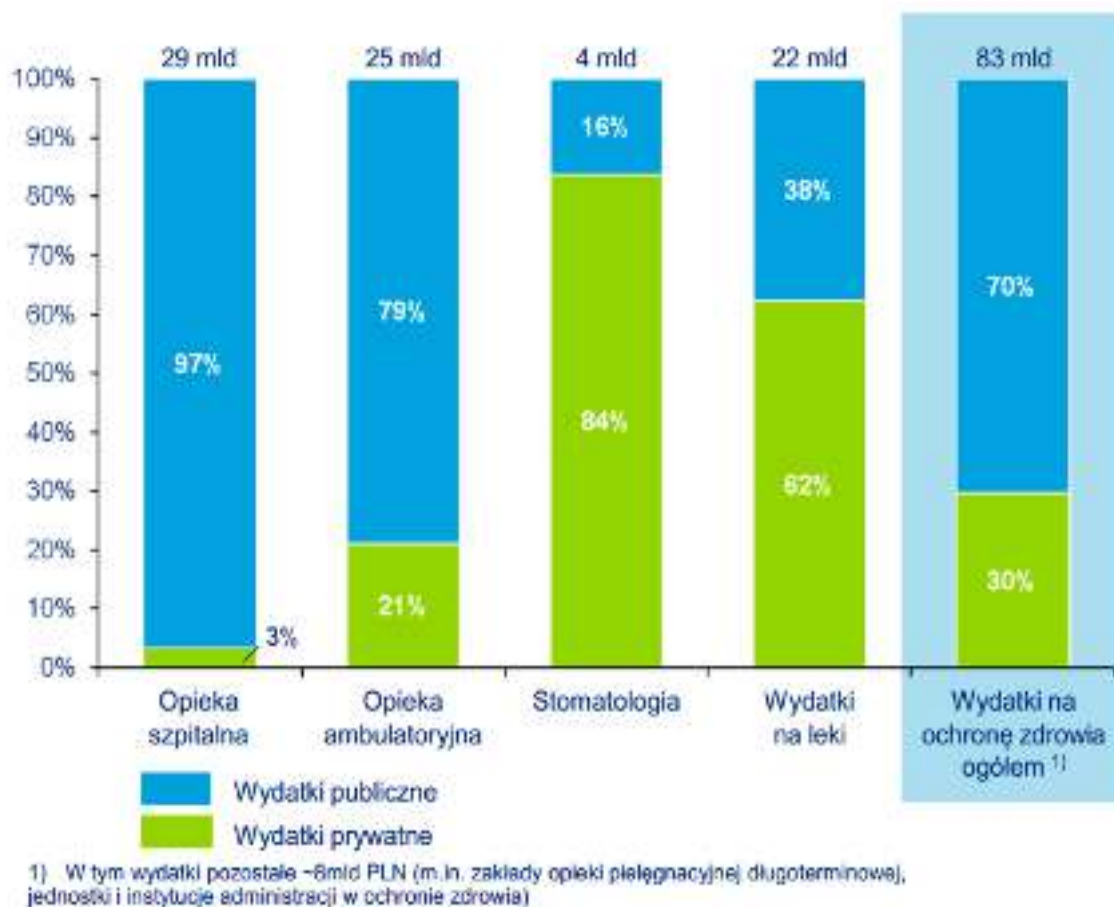
Rynek usług dentystycznych w Polsce jest w znacznej mierze finansowany ze środków prywatnych w porównaniu z innymi usługami medycznymi w największym stopniu. Dla porównania z innymi usługami przedstawiono wykres poniżej, który obrazuje wyraźną różnicę pomiędzy stosunkiem środków publicznych i prywatnych wydawanych na opiekę szpitalną, a tym samym współczynnikiem w odniesieniu do rynku stomatologicznego. Rynek usług stomatologicznych jest więc jednym z nielicznych sektorów branży medycznej, w którym tak bardzo widoczna jest dysproporcja pomiędzy rodzajem finansowania. Zgodnie z tymi danymi usługi stomatologiczne w większości są finansowane ze środków prywatnych, co jednocześnie powoduje, iż branża ta odnotowuje największy rozwój w zakresie nowych technik leczenia, sprzętu, diagnostyki itd. Uzależnienie branży stomatologicznej od

⁷⁴ N. Tyszka, Świadczenia ..., op. cit.s. 61-64.

⁷⁵ N. Tyszka, Świadczenia ...,op. cit., s. 106.

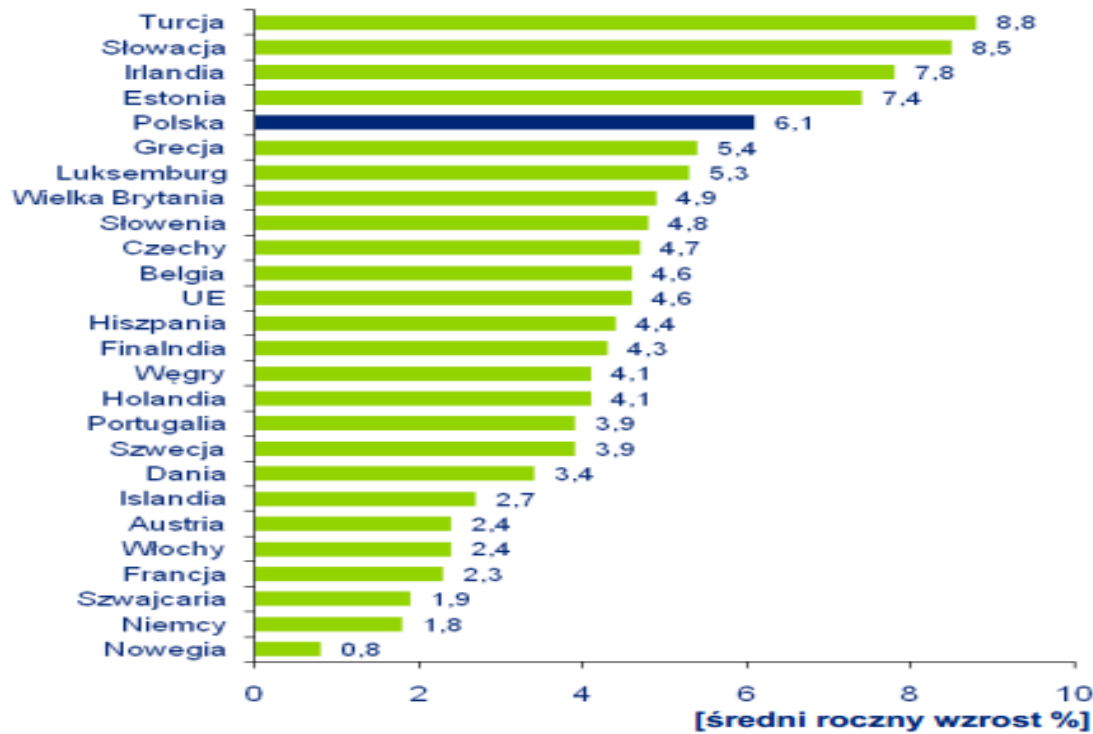
⁷⁶http://www.ubezpieczenie.com.pl/zasoby/fck/file/dokumenty_do_pobrania/Deloitte/Deloitte_Sniadanie%20prasowe_Ubezpieczenia%20%20zdrowotne.pdf. Analiza Deloitte. Jak zagospodarować rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. (2012.09.19).

prywatnych nakładów finansowych spowodowało również największą potrzebę konkurencji (zdobycie nowych pacjentów) wśród placówek tego typu.



Rys. 2.5. Struktura wydatków na usługi medyczne wg źródła finansowania w 2008 roku. (Źródło: http://www.ubezpieczenie.com.pl/zasoby/fck/file/dokumenty_do_pobrania/Deloitte/Deloitte_Sniadanie%20prasowe_Ubezpieczenia%20%20zdrowotne.pdf. Analiza Deloitte. Jak zagospodarować rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. 2012.09.19)

Polska w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej przeznaczają niewielkie środki na opiekę zdrowotną, jednak potencjał wzrostu jest wysoki. W porównaniu z Niemcami są to środki trzykrotnie niższe na obywatela, jednak w porównaniu ze średnią unijną już tylko dwukrotnie niższe. Rynek usług medycznych w Polsce należy jednak do najszybciej rosnących w Europie. Poniższy wykres przedstawia dynamikę wzrostu środków na opiekę zdrowotną w Polsce na tle innych krajów.



Rys. 2.6. Dynamika wzrostu wydatków na usługi medyczne Polski w porównaniu z innymi krajami. (Źródło: http://www.ubezpieczenie.com.pl/_zasoby/_fck/file/dokumenty_do_pobrania/Deloitte/Deloitte_Sniadanie%20pr%20asowe_Ubezpieczenia%20%20zdrowotne.pdf. Analiza Deloitte. Jak zagospodarować rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. 2012.09.19)

Na rynek usług dentystycznych w najbliższych latach będzie oddziaływać ograniczenie wydatków ze strony publicznego płatnika (wydatki te wciąż wynoszą prawie 20%). Prawdopodobnie polityka państwa będzie zmierzała do ograniczenia deficytu budżetowego, co negatywnie odbije się na rynku usług medycznych, w tym stomatologicznych. Z drugiej zaś strony rynek będzie napędzany dzięki: rosnącej świadomości Polaków co do wyglądu oraz stanu zdrowia zębów, stabilnemu wzrostowi gospodarczemu oraz zainteresowaniu usługami stomatologicznymi obcokrajowców. Przewiduje się, że na wzrost zainteresowania tymi usługami w naszym kraju wpłynie wprowadzenie w życie (po 2013 roku) dyrektywy europejskiej „Pacjenci bez granic”.

W ostatnich latach systematycznie wzrastała wartość środków przeznaczanych na usługi stomatologiczne przez NFZ. W latach 2008-2009 wynosiła prawie dwa miliardy złotych, gdy w latach 2004 – 2005 niespełna jeden miliard. W roku 2010 wartość ta spadła po raz pierwszy od sześciu lat. Narodowy Fundusz Zdrowia obniżył również cenę za jeden punkt stomatologiczny z 1,05 zł do 1,00 zł. Dodatkowo przychodnie są zmuszone przez NFZ do równomiernego rozplanowania ilości świadczeń na cały rok, co skutkuje wprowadzaniem dziennych limitów przyjęć pacjentów. W sytuacji, w której czekanie na wizytę w publicznym

ośrodka trzeba czekać kilka tygodni, wykupienie prywatnej wizyty staje się coraz bardziej atrakcyjne⁷⁷.

2.2.6 Segmentacja rynku

Segmentacja jest procesem podziału pacjentów na jednorodne grupy, które ułatwiają dostosowanie oferowanych usług do ich potrzeb. Zastosowanie tego rodzaju klasyfikacji ma pomóc w określeniu grupy docelowej, jej potrzeb, oczekiwań oraz wyobrażeń. Potrzeba zastosowania segmentacji wynika z następujących faktów:

- świadczeniobiorców usług medycznych cechuje duża różnorodność. Nie każda z osób ma w tym zakresie takie same potrzeby i oczekiwania;
- wśród grupy świadczeniobiorców, którzy korzystają z usługi tego samego typu, łatwiej jest wyodrębnić mniejsze podgrupy o podobnych cechach wspólnych;
- działanie na mniejsze już zdefiniowane grupy odbiorców jest dużo łatwiejsze niż oddziaływanie na całą różnorodną grupę⁷⁸.

Zgodnie z tymi zasadami proces segmentacji świadczeniobiorców służy przede wszystkim: dostosowaniu oferowanych usług do właściwych potrzeb naszych odbiorców; efektywnemu i celowemu przeznaczaniu środków finansowych na promocje; poznaniu preferencji naszych klientów, które powinny brać udział przy ostatecznym kształtowaniu usług; spostrzeganiu nowych trendów, tendencji, zmian i upodobań naszych pacjentów oraz reagowaniu na nie.

Rynek usług medycznych jest pod tym względem specyficzny, gdyż oprócz standardowych kryteriów segmentacji, tj. czynniki ekonomiczne (np. dochody) oraz demograficzne (np. miejsce zamieszkania) należy wziąć pod uwagę dwa dodatkowe aspekty. Zapotrzebowanie na usługi medyczne niektórych typów jest związane z sezonowością (większa zachorowalność oraz zwiększona ilość urazów w okresie zimowym; zatrucia grzybami, ukąszenia kleszczy w lecie itd.) oraz z łącznością i rozłącznością usług (skorzystanie z usług jednego lekarza często wymusza dalsze kontakty z służbą zdrowia (np. rehabilitacje, badania diagnostyczne itd.).

⁷⁷<http://www.pmrpublications.com/press-releases/239/rynek-uslug-dentystycznych-w-polsce-10-mln-w-2013-r>.

Rynek usług dentystycznych w 2010r.

⁷⁸ H. Mruk, , op.cit.,, s. 42-43.

W trakcie procesu segmentacji warto wziąć pod uwagę m.in.:

- rynek docelowy, na którym działa dana placówka. Tylko dokładna weryfikacja rynku pozwoli na dostosowanie się do jego potrzeb;
- listę potencjalnych klientów –przygotowanie listy potrzeb klientów danej usługi, które ułatwią nam przygotowanie oferty oraz planowanie działań;
- wstępny podział klientów na grupy, będący wynikiem intuicji, obserwacji, opinii. Przygotowanie zestawu potrzeb, którymi mogą cechować się odbiorcy naszych usług;
- określenie cech wspólnych dla opracowanych grup, czyli lista potrzeb i oczekiwań, która pojawia się bez względu na opracowane podgrup;
- nazwanie wyłonionego segmentu pacjentów;
- dokładną charakterystykę każdego z segmentów, pozwalającą na przygotowanie oferty trafiającej do ich potrzeb;
- oszacowanie wielkości⁷⁹.

Analizując na podstawie danych GUS strukturę płci osób, które w 2010r. skorzystały z porad stomatologicznych w Polsce można zauważyć, że w znacznej mierze klientami gabinetów stomatologicznych były kobiety. Może to wynikać m.in. z faktu większej dbałości o własny wygląd. Biorąc pod uwagę czynnik demograficzny porady udzielone kobietom w mieście i na wsi stanowiły odpowiednio 54,7 % oraz 54,1% ogółu. W tym samym roku tylko 30% porad (w stosunku do całkowitej ilości udzielonych porad) zostało udzielonych dzieciom i młodzieży do lat 18, co może być związane z mniejszym występowaniem chorób uzębienia w tak młodym wieku. Natomiast 13,6% porad dotyczyło osób po 65 roku życia. Z 6,9 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które w 2010r. zawarły umowy z NFZ, aż 11,5%, (796 placówek - najwięcej) znajdowało się na terenie województwa wielkopolskiego. Liczba porad udzielonych na jednego mieszkańca wahała się od 6,4 w woj. lubuskim do 8,0 woj. w łódzkim i śląskim⁸⁰

W 2010r. liczba gospodarstw domowych, w których jeden z członków przynajmniej raz skorzystał z prywatnych usług stomatologicznych nie finansowanych przez NFZ, wynosiła 36%. Jako przyczyny takiego stanu rzeczy pacjenci podawali najczęściej: wyposażenie oraz sprzęt o wyższym standardzie (29%), długi czas oczekiwani na wizyty w ośrodkach publicznych (29%), lepszą kadra medyczną (16%).

⁷⁹ H.Mruk, Marketing ..., op.cit., , s. 44.

⁸⁰ Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010r. s. 103.

Wśród przyczyn dla których pacjenci, nie skorzystali z usług stomatologicznych w 2010r. najczęściej wymieniano:

- brak znajomości lekarza o odpowiednich kwalifikacjach (1%),
- brak obecności lekarza danej specjalności (2%),
- długi czas oczekiwania na umówioną wizytę (19%),
- czas przyjęć nie dostosowany do liczny oczekujących (2%),
- trudności komunikacyjne (1%),
- oczekiwanie na poprawę stanu zdrowia (10%),
- brak środków finansowych (33%),
- strach (18%),
- brak czasu (12%),
- inne (2%)⁸¹.

W 2010r. w stosunku do roku 2006 zwiększyły się wydatki pacjentów na: wizyty lekarskie związane ze stomatologią zachowawczą (26%) oraz protetykę (10%)⁸².

⁸¹ Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010r. s. 132-133.

⁸² Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010r. s. 134.

Rozdział 3 Ocena jakości stosowanych systemów i narzędzi jakości

3.1 Prezentacja NZOZ Dental - Care oraz stosowanych przez gabinet narzędzi, metod i systemów zarządzania

Gabinet Dental-Care działa na rynku usług stomatologicznych od kwietnia 2008r., kiedy to został zarejestrowany jako działalność gospodarcza lek. dent. Agnieszki Nieścieronek w formie Indywidualnej Praktyki Stomatologicznej. Gabinet został zlokalizowany w Żywcu, na parterze budynku przy ul. PCK 4, w którym realizuje swoją działalność do dnia dzisiejszego. W pierwszym roku działalności usługi prywatne z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją, protetyki, pedodoncji, periodontologii oraz podstawowych procedur z zakresu chirurgii stomatologicznej były świadczone w gabinecie jednoosobowym przez lek. dent. Agnieszkę Nieścieronek. Od samego początku istotą działania gabinetu było świadczenie usług na najwyższym poziomie, z wykorzystaniem nowoczesnej technologii oraz najwyższej jakości materiałów, w warunkach, które pozwolą pacjentowi w sposób bezstresowy przejść cały proces leczenia i w pełni cieszyć się z jego efektów. W lutym 2009 roku, z uwagi na rosnące zainteresowanie klientów działalnością gabinetu oraz jako potrzeba usprawnienia pracy, została zatrudniona dyplomowana asystenta stomatologiczna. Do jej obowiązków należało zapewnienie odpowiedniej procedury sterylizacji narzędzi i sprzętu dentystycznego wykorzystywanego w procesie leczenia, przygotowanie gabinetu i urządzeń medycznych przed zabiegiem oraz odpowiednie zabezpieczenie po wykonanym zabiegu, a także dodatkowo - procedury związane z rejestracją pacjentów. W roku 2009 został zainstalowany w gabinecie program Estomed, którego celem było usprawnienie funkcjonowania całego gabinetu. Zainstalowany program posiadał podstawowe funkcje związane z obsługą gabinetu, m.in.:

- lista pacjentów, która pozwalała na sprawne zarządzanie danymi pacjentów korzystających z usług gabinetu;
- karta pacjentów - możliwość wprowadzania wszystkich istotnych danych i informacji o pacjentach (przebyte choroby, uczulenia) oraz stały podgląd w historię leczenia;
- elektroniczna rejestracja przeglądu jamy ustnej - pozwalająca na sprawne zarządzanie procesem leczenia (wprowadzanie wykonanych procedur medycznych);
- terminarz - umożliwiający rejestracje pacjentów.

W 2009 roku w efekcie dalszego doskonalenia działalności placówki została nawiązana współpraca z lekarzem ortodontą. Dzięki temu gabinet był w stanie zaoferować swoim pacjentom szereg dodatkowych usług związanych z korektą ustawienia zębów, wad zgryzowych oraz szczękowo – twarzowych, pozwalających wszystkim pacjentom uzyskać dodatkowe korzyści estetyczne związane z pięknym uśmiechem.

Zmiana formy prawnej dokonana w czerwcu 2011 roku pozwoliła na przekształcenie dotychczasowej działalności gospodarczej w spółkę jawną pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DENTAL - CARE oraz na rozszerzenie zakresu działalności leczniczej gabinetu.

Gabinet DENTAL CARE oferuje swoim pacjentom obecnie najwyższej jakości sprzęt medyczny:

- Unit stomatologiczny A-DEC 500,
- Radiowizjografię cyfrową Planmeca Intra do obrazowania wewnątrzustnego w dziedzinie rentgenodiagnostyki,
- Komputerowy systemem znieczuleń Sleeper One, pozwalający zaoferować pacjentowi natychmiastowe, bezbolesne znieczulenie, bez stanu odrętwienia, dzięki któremu stomatologia staje się bardziej przyjazna;
- Generator ozonu firmy W&H Poland, zapewniający najwyższy poziom dezynfekcji;
- Lampę wybielającą Beyond, zapewniającą pacjentom szybki, długotrwały, bezbolesny oraz skuteczny sposób na śnieżnobiały uśmiech.

Od czasu przekształcenia w spółkę jawną Dental - Care dysponuje dwoma klimatyzowanymi gabinetami oraz osobną rejestracją, która odpowiada za obsługę telefoniczną gabinetu, prowadzi zapisy pacjentów na wizyty, zarządza zamówieniami oraz stanem magazynowym, nadzoruje działanie sklepu oferującego pacjentom specjalistyczne produkty do higieny jamy ustnej oraz doradztwo w tym zakresie. Wzrost zatrudnienia pozwolił na zwiększenie dostępności usług i czasu otwarcia gabinetów od poniedziałku do piątku od 8 – 20, pozwalając w ten sposób wszystkim zainteresowanym skorzystać z usług, porad i konsultacji. Obecnie świadczenia zdrowotne w ramach Dental - Care są wykonywane przez 3 lekarzy dentyistów, lekarza ortodontę, zatrudnione są 2 asystentki stomatologiczne i 1 higienistka stomatologiczna, która wykonuje procedury z zakresu profilaktyki i higieny jamy ustnej.

We wrześniu 2011 roku NZOZ Dental- Care otworzył nowoczesną cyfrową pracownię RTG wyposażoną w aparat PlanmecaProMax 3D wiodącej na rynku firmy Planmeca, który pozwala zdiagnozować na zdjęciach RTG zmiany, których nie widać w jamie ustnej pacjenta. Aparat Planmeca Pro Max 3D - to niezwykle zaawansowane narzędzie diagnostyczne wykorzystywane w zakresie: endodoncji, periodontologii, ortodoncji, implantologii, chirurgii szczękowej oraz analizy stawów skroniowo-żuchwowych. Zastosowana technologia pozwala na uzyskanie klasycznych radiogramów (pantomogramy, zdjęcia cefalometryczne, stawów skroniowo-żuchwowych), jak i przestrzennych zdjęć 3D. Pracownia RTG działa jako jednostka NZOZu i jest jej bezpośrednio podległa. Pracownia RTG świadczy swoje usługi zarówno dla klientów wewnętrznych, jak również na podstawie skierowań, pacjentom innych gabinetów.

W październiku 2011 roku gabinet Dental - Care wzbogacił swoje zaplecze technologiczne o mikroskop stomatologiczny. Zastosowanie tego rodzaju narzędzia stwarza nowe możliwości w zakresie leczenia. Niepoprawne leczenie kanałowe, złamane narzędzie w kanale, zmiany okołowierzchołkowe, perforacja dna komory lub korzenia zęba, nie stanowią już wskazania do ekstrakcji zęba. Leczenie pod mikroskopem umożliwia usunięcie narzędzia, poszerzenie zobliterowanego kanału, zamknięcie perforacji, poprawną reendodoncję i daje szansę na przedłużenie życia zęba. Dodatkowym wsparciem dla tak nowoczesnego sprzętu jest odpowiednio wyszkolona kadra posiadająca właściwe w tej materii doświadczenie oraz szereg przebytych szkoleń specjalistycznych. Dodatkowo Dental - Care prowadzi współpracę z innymi gabinetami na podstawie skierowań, umożliwiając skorzystanie z wyżej wymienionych procedur w zakresie tej wąskiej specjalizacji.

Od momentu przekształcenia gabinetu z Indywidualnej Praktyki Stomatologicznej w Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej wdrożone zostało nowe oprogramowanie do kompleksowej obsługi gabinetu stomatologicznego – Prodentis, współpracujące dodatkowo z programem do obsługi Pracowni RTG. Gabinet dzięki stałej analizie rynku usług stomatologicznych oraz weryfikacji oczekiwań i potrzeb swoich pacjentów oferuje kompleksowy zakres usług, które aktualizuje według nowych potrzeb. Dental - Care rozumie, iż w dzisiejszych czasach, oprócz efektów, liczy się również jakość usług oraz ich kompleksowość. Pacjenci, korzystając z prywatnych gabinetów dentystycznych pragną, aby gabinet dentystyczny nie tylko spełniał ich oczekiwania, ale i je wyprzedzał. Dental - Care oferuje więc swoim pacjentom również szeroką gamę usług wspomagających prawidłowy przebieg leczenia:

Pierwsza wizyta – bezpłatne badanie stanu uzębienia - gabinet zapewnia pacjentowi przegląd jamy ustnej, udziela wskazówek dotyczących higieny, planuje proces leczenia, tworzy harmonogram i kosztorys. Badanie jest bezpłatne, a pacjent sam podejmuje decyzję o dalszej kontynuacji.

Diagnostyka - gabinet Dental - Care rozumie, że odpowiednio przeprowadzona diagnostyka jest podstawą do prawidłowego procesu leczenia oraz uzyskania zamierzonych rezultatów. Składowymi prawidłowej diagnostyki jest nie tylko pełne badanie stanu uzębienia, dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej, ale również wysłuchanie problemów, które zgłasza pacjent. Gabinet przywiązuje ogromną uwagę do wnikliwego omówienia indywidualnych potrzeb pacjenta i kładzie nacisk na rozwiązanie najbardziej dokuczliwych problemów zdrowotnych uzębienia. W celu prawidłowego przeprowadzenia diagnostyki gabinet wykorzystuje: zestaw diagnostyczny (lusterko, zagłębnik), kamerę wewnątrzustną, RTG z radiowizjografią.

Profilaktyka – celem gabinetu, oprócz odpowiedniego leczenia, jest zapewnienie właściwej świadomości pacjentów w zakresie zapobiegania próchnicy i innym chorobom jamy ustnej. W związku z tym gabinet oferuje swoim pacjentom zabiegi, tj.: scalling (ultradźwiękowe usunięcie złogów nazębnych nad- i poddziąsłowych, skutecznie likwidujące czynnik ryzyka paradontozy); piaskowanie i polerowanie (usunięcie osadów i drobin kamienia nazębnego pod dużym ciśnieniem przy użyciu mieszaniny wody i tlenku glinu); fluoryzacja, ozonoterapia (sterylizacja tkanek miękkich), GC Tooth Mouse (tzw. „płynne szkliwo”), lakowanie.

Gabinet Dental - Care oferuje wszystkim swoim pacjentom najwyższą jakość świadczonych usług dzięki zastosowanym systemom, narzędziom i metodom. W trakcie udzielanych usług realizuje również prawa pacjenta związane z poszanowaniem jego godności, intymności oraz prawa do wolnego wyboru. Na każdym etapie obsługi pacjenta przestrzega również zasad poufności danych przekazanych przez pacjenta, dotyczących zarówno danych osobowych, jaki i stanu zdrowia i zakresu udzielanych świadczeń. Gabinet dąży również do ciągłego doskonalenia zarówno w zakresie realizowanych usług, jak i obsługi pacjenta. Wprowadza najnowsze rozwiązania techniczne i metodyczne, aby sprostać nawet najbardziej wygórowanym oczekiwaniom swoich pacjentów. Obecnie gabinet testuje dostępne na rynku lasery stomatologiczne, weryfikując ich zdolności terapeutyczne i sposób zastosowania, a także możliwość zakupu ze wsparciem Unii Europejskiej. Firma prowadzi też różnego rodzaju działania marketingowe i reklamowe (profil na Facebooku) oraz program lojalnościowy dla pacjentów.

Stosowane procedury z zakresu obsługi Klientów

Celem wprowadzenia oraz stosowania niniejszych procedur jest zapewnienie jednolitego standardu obsługi klienta, który pozwoli w sposób właściwy zaspokoić ich potrzeby, uniknąć ewentualnych pomyłek lub pominięć oraz usprawni działanie oraz funkcjonowanie gabinetu i zapewni mu najwyższą jakość obsługi. Ze względu na fakt, iż pacjent korzystający z usług gabinetu ma bezpośrednią styczność w pierwszej kolejności z rejestracją (telefonicznie bądź osobiście), a następnie z lekarzem, to właśnie ich bezpośrednio dotyczą poniżej opisane procedury obsługi.

W celu zachowania odpowiednich standardów obsługi w gabinecie Dental – Care mają zastosowanie następujące procedury:

1. Procedura przeprowadzania rozmowy telefonicznej

Rozmowa telefoniczna osoby obsługującej recepcję (rejestrację) zazwyczaj przebiega dwutorowo, w zależności od rodzaju pacjenta.

W przypadku pacjentów, którzy kontaktują się z gabinetem po raz pierwszy i pragną jedynie zasięgnąć informacji dotyczących interesujących ich kwestii, osoba obsługująca rejestrację udziela wyczerpujących informacji oraz zaprasza pacjenta na bezpłatny przegląd, który pozwoli mu zweryfikować stan swojej jamy ustnej oraz w trakcie którego lekarz zaproponuje mu harmonogram leczenia stwierdzonych ubytków wraz z cennikiem, co umożliwi mu podjęcie dalszych decyzji odnośnie leczenia.

W przypadku kontaktu pacjentów ze stanem bólowym osoba obsługująca rejestrację umawia klienta jeszcze w tym samym dniu lub dniu następnym do dowolnego lekarza lub lekarza prowadzącego i potwierdza rejestrację, a w przypadku pacjenta pierwszorazowego pozyskuje wszystkie niezbędne dane do zarejestrowania pacjenta w systemie.

W przypadku pacjentów kontaktujących się w celu przeprowadzenia badania stanu jamy ustnej, kontroli stomatologicznej lub leczenia rejestratorka umawia pacjenta wg wolnych terminów i lekarzy uwzględniając przy tym preferencje pacjenta. W przypadku klienta stałego wybrana wizyta zostaje potwierdzona, a nowy pacjent zostaje wcześniej zarejestrowany wg wcześniejszych wskazań.

2. Procedura obsługi pacjenta podczas rejestracji

W przypadku obsługi pacjenta, który w gabinecie Dental - Care pojawia się po raz pierwszy, a na wizytę został umówiony telefonicznie, niezwykle istotny jest sposób

postępowania podczas rejestracji, gdyż to właśnie rejestratorka jest osobą, która ma z nim pierwszy kontakt. W pierwszej kolejności rejestratorka zakłada kartę pacjenta oraz kompletuje wszystkie dane o pacjencie (bądź weryfikuje dane pozyskane w rozmowie telefonicznej), które mogą być niezbędne podczas dalszej współpracy, na podstawie dokumentu tożsamości oraz danych przekazanych bezpośrednio przez pacjenta. W tym celu wypełnia formularz dostępny w programie Prodentis (imię, nazwisko, adres, pesel, numer telefonu stacjonarny, komórkowy, e-mail).

Rejestratorka dokonuje następnie wydruku wywiadu lekarskiego (ankieta z pytaniami jednokrotnego wyboru oraz miejscem na uzupełnienie informacji dodatkowych) oraz zgody na leczenie zachowawcze z endodoncją przez wskazanego lekarza z systemu skonfigurowanego dla potrzeb gabinetu Dental - Care. Przekazując pacjentowi wcześniej wymienione dokumenty wyjaśnia, jaki jest cel ich wypełnienia oraz prosi o dokładne zapoznanie się z ich treścią, wypełnienie oraz podpis. Pacjent zostaje również poinformowany o możliwości wykonania zdjęcia RTG panoramicznego przed wizytą pierwszorazową, które pozwoli na udzielenie większej ilości informacji na temat stanu zdrowia jamy ustnej i możliwości leczenia/ ewentualne wykonanie zdjęcia w radiowizjografii cyfrowej. Pacjent ma również możliwość wcześniejszego zapoznania się z cennikiem usług świadczonych przez gabinet Dental - Care Rejestratorka informuje również pacjenta o dostępnym programie lojalnościowym i płynących z niego korzyściach oraz zasadach uczestnictwa (regulamin jest dostępny również do wglądu na recepcji). Po dokonaniu przez pacjenta wszystkich formalności recepcjonistka wskazuje gabinet lekarski, w którym będzie dokonywany zabieg, w przypadku wystąpienia opóźnienia w przyjmowaniu pacjentów informuje również o czasie ewentualnego oczekiwania.

3. Procedura obsługi pacjenta w rejestracji po odbytej wizycie

Po zrealizowanej wizycie osoba obsługująca rejestrację oferuje (proponuje) pacjentowi możliwość zakupu środków do higieny jamy ustnej ze wskazaniem promocji. Oferuje również swoją pomoc i doradztwo w sprawie wyboru preparatów na konkretny problem zdrowotny jamy ustnej (choroby dziąseł, nadwrażliwość, aktywna próchnica, profilaktyka). Jeżeli lekarz podczas wizyty zalecił pacjentowi konkretny preparat, przekazuje taką informację na recepcję , która po zakończonej wizycie pyta o chęć zakupu oraz informuje o cenie. Rejestracja odpowiada również za rozliczenie wizyty danego pacjenta. W tym celu rejestratorka podaje należną kwotę oraz cenę po rabacie, jeżeli pacjent korzysta już z systemu lojalnościowego i został mu przyznany rabat. Następnie weryfikuje wybrany przez klienta

sposób płatności (karta, gotówka) i rozlicza wizytę poprzez wystawienie paragonu. Do każdego paragonu ma również obowiązek dodać pacjentowi gratis w postaci próbki pasty do zębów.

Rejestratorka ustala również z pacjentem termin kolejnej wizyty biorąc pod uwagę jego dyspozycyjność, a ustaloną datę notuje na kartce, którą wręcza pacjentowi. Informuje również o smsie, którego otrzyma pacjent, jako przypomnienie dzień przed wizytą. Jeżeli pacjent jest niezdecydowany co do terminu kolejnej wizyty, recepcjonistka proponuje trzy dostępne formy rejestracji: telefoniczną, on-line oraz osobiście. Wręcza również pacjentowi kartkę zawierającą wszystkie godziny przyjęć oraz dane kontaktowe. Po zakończonej wizycie recepcjonistka ma również obowiązek wprowadzenia wszystkich danych z wywiadu lekarskiego do systemu, z zaznaczeniem w postaci alarmu ważnych problemów zdrowotnych pacjenta (uczulenia, poważne choroby), aby podczas każdej wizyty lekarz otwierający kartę pacjenta otrzymywał uwagę o najważniejszych informacjach dotyczących danego pacjenta. Po zakończonej wizycie osoba obsługująca rejestrację dokonuje również archiwizacji dokumentów wypełnionych przez pacjenta (wywiad, zgoda na leczenie) w odpowiednim segregatorze.

4. Procedura obsługi pacjenta przez lekarza

Szereg czynności pozwalających w sposób jednolity, kompleksowy i co najważniejsze powtarzalny przeprowadzić proces leczenia z zachowaniem wymagań niezbędnych dla ich prawidłowości i bezpieczeństwa.

Etapy działania podczas obsługi pacjenta różnią się w zależności od pacjenta:

Podczas wizyty w gabinecie pacjenta pojawiającego się po raz pierwszy przed przystąpieniem do leczenia przeprowadzana jest procedura mająca na celu właściwą diagnostykę problemu. Lekarz w tym wypadku w pierwszej kolejności weryfikuje dane zawarte w wywiadzie lekarskim uzupełnionym wcześniej przez pacjenta oraz sprawdza, czy pacjent wyraził zgodę na leczenie. W przypadku pojawienia się wątpliwości wynikających z udzielonych przez pacjenta odpowiedzi zadaje szereg pytań dodatkowych dotyczących stanu zdrowia, zażywanych leków, uczuleń oraz weryfikuje obecność podpisu na ankiecie. Kolejnym etapem jest propozycja przeglądu jamy ustnej oraz wprowadzenie pozyskanych danych dotyczących stanu zdrowia do systemu (diagram zębowy) celem archiwizacji oraz przygotowanie harmonogramu leczenia uwzględniającego poszczególne etapy oraz ich koszty. W razie wątpliwości uzupełnienie przeglądu o dodatkowe dane wynikające ze zdjęcia RTG. W dalszym etapie wizyty lekarz przechodzi do omówienia stanu zdrowia jamy ustnej

pacjenta wspierając się widocznym na ekranie monitora diagramem zębowym oraz zdjęciem RTG. Po omówieniu sytuacji obecnej proponuje pacjentowi różne sposoby i metody leczenia, jednocześnie aktywnie słuchając jego uwag i wątpliwości i odpowiadając na nie. Prawdłowo przeprowadzona diagnoza oraz zgoda pacjenta na dalsze leczenie są punktem wyjściowym do dalszego leczenia. Lekarz tworzy w systemie Prodentis harmonogram i plan leczenia pacjenta wraz z wyceną. Przygotowany harmonogram jest następnie drukowany przez lekarza w 2 kopiach, pacjent składa podpis na dokumentacji, która zostaje archiwizowana w gabinecie. W razie zaistniałej konieczności (usunięcie osadu lub kamienia nazębnego, instruktaż higieny jamy ustnej) pacjent zostaje skierowany do higienistki stomatologicznej. Kolejnym etapem jest przeprowadzenie procesu leczenia według ustalonych wcześniej wytycznych oraz harmonogramu z uwzględnieniem bieżących uwag pacjenta. Po każdym przeprowadzonym działaniu lekarz dokonuje zmian w karcie pacjenta dostępnej w programie Prodentis z zaznaczeniem na diagramie zębowym. Każdorazowo po odbytej wizycie lekarz informuje o kolejnej: jej planie, przewidywanym czasie, ewentualnie zaleca środki higieny wspomagające leczenie. Program sam automatycznie wysyła informacje o kolejnej wizycie oraz płatności na stanowisko recepcji.

Pacjent pojawiający się po raz pierwszy z bólem. Procedura przyjęcia pacjenta, który pojawia się w gabinecie Dental - Care po raz pierwszy została opisana powyżej. Jednak wyjątkiem w przypadku jej stosowania jest sytuacja, kiedy w gabinecie pojawia się pacjent uskarżając się na ból. W tym przypadku proces diagnostyki oraz przyjęcia pacjenta skracany jest do niezbędnego minimum, które pozwoli lekarzowi właściwie zdiagnozować przyczynę bólu, a jednocześnie nie będzie zbyt uciążliwy dla pacjenta. W tym przypadku proces diagnostyki polega na badaniu fizykalnym miejsca bólowego oraz na wykonaniu zdjęcia punktowego zdiagnozowanego wcześniej miejsca, które może być przyczyną bólu (lub analiza zdjęcia panoramicznego, które pacjent wykonał przed wizytą). Lekarz po dokładnej weryfikacji, przeprowadza wywiad odnośnie ewentualnych przeciwwskazań w leczeniu i przedstawia pacjentowi diagnozę i propozycję leczenia z uwzględnieniem różnych metod i ceny zabiegu oraz ewentualnych powikłań i pozostawia decyzję o podjęciu leczenia pacjentowi.

W przypadku wizyty stałego klienta gabinetu Dental - Care procedura przyjęcia pomija cały proces zbierania danych i diagnostyki. Lekarz po zaproszeniu pacjenta na fotel stomatologiczny pozyskuje informacje dotyczące poprzednio przeprowadzonego zabiegu, czy pacjent uskarżał się od tego czasu na jakieś dolegliwości lub czy nie pojawił się jakieś dodatkowe pytania lub uwagi z jego strony. Jeżeli stan pacjenta jest prawidłowy, lekarz po

otwarcium harmonogramu pacjenta przechodzi do kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia z uwzględnieniem życzeń pacjenta co do kolejności zabiegów.

Zarówno w przypadku pacjenta odwiedzającego gabinet po raz pierwszy, jaki i po raz kolejny ważnym punktem obsługi jest podpisanie przez pacjenta zgody na leczenie (zgoda na leczenie protetyczne lub chirurgiczne) jeżeli ma zastosowanie w danym przypadku. Zdanie i wola pacjenta uwzględniana jest na każdym etapie leczenia i od jego potrzeb zależy jego przebieg. Niezwykle istotną częścią każdego zabiegu przeprowadzanego w gabinecie jest ciągły kontakt pacjenta z lekarzem. Lekarz cały czas utrzymuje kontakt z pacjentem traktując go jako równego partnera (pomimo ograniczeń związanych z posiadaną wiedzą w danym zakresie), informuje o procesie leczenia, wykonywanych zabiegach i wykorzystywanym sprzęcie, aby pacjent czuł, iż jest integralną częścią procesu leczenia, a jego uczucia i samopoczucie jest najważniejsze. Specyfika branży jaką jest stomatologia powoduje, iż większość pacjentów nie kontynuuje lub w ogóle nie rozpoczyna procesu leczenia ze względu na często irracjonalne obawy lub strach, dlatego gabinet Dental – Care ogromną wagę przykładają do odpowiedniego godziwego traktowania pacjenta, które pozwoli mu w sposób pozbawiony stresu i obaw korzystać z usług stomatologicznych.

Poza standardowymi procedurami obsługi pacjenta w gabinecie Dental - Care funkcjonują również procedury postępowania z pacjentem w przypadku zabiegów, tj. cefalometrii cyfrowej oraz wykonywania zdjęć RTG. Ich zastosowanie ma na celu zapewnienie jednolitego standardu oraz powtarzalności danych procesów oraz przeprowadzenie ich w sposób jak najbardziej komfortowy dla pacjenta.

1. Procedura przygotowania oraz pozycjonowania pacjenta podczas Cefalometrii cyfrowej

Jest to metoda obrazowania radiologicznego części twarzowej czaszki, która uwidacznia zarówno struktury kostne, jak i skórę badanego. W trakcie przeprowadzania badania lekarz prosi pacjenta o usunięcie z głowy i szyi wszelakich metali (biżuteria) oraz usunięcie z jamy ustnej protez ruchomych, usunięcie spinek do włosów. Następnie dobierana jest wielkość fartucha ochronnego dla pacjenta tak, aby zapewnił mu on odpowiedni komfort i przylegał w sposób dający bezpieczeństwo. Lekarz następnie powinien umyć ręce i założyć jednorazowe rękawiczki. Następnie poprosi pacjenta, aby zajął pozycję stojącą wyprostowaną w strefie przystawki cefalometru oraz dostosowuje wysokość przystawki do jego wzrostu. Kolejnym krokiem jest odpowiednie ustawienie głowy pacjenta wraz

z odpowiednim instruktażem słownym. Po odpowiedniej stabilizacji pacjenta lekarz prosi go o pozostanie nieruchomo oraz informuje o przemieszczającym się w trakcie zdjęcia czujniku 2D.

2. Procedura przygotowania oraz pozycjonowania pacjenta podczas wykonywania zdjęć RTG

Przed przystąpieniem do badania rentgenowskiego osoba obsługująca aparat powinna odebrać od pacjenta skierowanie na zdjęcie wydane przez lekarza prowadzącego (w przypadku klientów z zewnątrz). Następnie w przypadku osób będących stałymi pacjentami gabinetu należy otworzyć kartę pacjenta, a w przypadku osób z zewnątrz, pojawiających po raz pierwszy - wprowadzić wszystkie niezbędne dane do systemu Prodentis. Dla kobiety powyżej 15 lat dać do wypełnienia zgodę na zdjęcie RTG i negację ciąży, która zawiera informację o wskazaniu do zaniechania zdjęcia w przypadku ciąży i określa najlepszy termin do wykonania zdjęcia w przypadku niewiedzy o ciąży. Zgodę na RTG i negację ciąży należy dołączyć do skierowania i archiwizować w segregatorze. Następnie wykonywana jest procedura związana z pozycjonowaniem pacjenta. Po wykonanym zdjęciu następuje wydruk i nagranie zdjęcia na płytkę CD dla pacjentów zewnętrznych. Dla pacjentów wewnętrznych zdjęcie jest dostępne do wglądu w systemie Prodentis. Kolejnym etapem jest wprowadzenie procedury do systemu Prodentis i rozliczenie pacjenta oraz wydruk paragonu.

Podobnie jak w przypadku cefalometrii cyfrowej, lekarz podczas pozycjonowania pacjenta przy wykonywaniu zdjęcia RTG prosi go o usunięcie z głowy i szyi wszelkich metalowych elementów (łańcuszka, spinek do włosów, kolczyków) oraz usunięcie z jamy ustnej protez ruchomych oraz zakłada fartuch ochronny tak, aby doskonale przylegał do ciała pacjenta. Następnie lekarz powinien założyć jednorazowe rękawiczki oraz zamontować w aparacie sterylny zagryzak dla pacjentów (wałki ligninowe do zagryzienia, gdy pacjent jest bezzębny lub występuje brak siekaczy). Lekarz ustala wysokość aparatu Planmeca do wysokości pacjenta oraz dokonuje wyboru odpowiedniej dawki promieniowania według tabeli na aparacie. Następnie lekarz w odpowiedni sposób instruuje pacjenta odnośnie ułożenia ciała, twarzy i języka. Informuje pacjenta, o zaciśnięciu się wsporników na jego głowie i krążącej głowicy wokół w trakcie wykonywania zdjęcia, prosi o pozostanie nieruchomo. Po dokonaniu zdjęcia lekarz pomaga pacjentowi usunąć sprzęt i fartuch.

Gabinet stomatologiczny Dental - Care pragnąc zapewnić swoim klientom najwyższą jakość oferowanych usług, oprócz wymienionych wcześniej procedur z zakresu obsługi

klienta, stosuje również dodatkowe narzędzia, metody oraz system, które zostaną opisane poniżej:

1. Oprogramowanie Prodentis

Prodentis jest profesjonalnym oprogramowaniem dla gabinetów stomatologicznych usprawniającym funkcjonowanie gabinetu oraz pozwalającym zapewnić klientom najwyższą jakość świadczonych usług. Składa się ono z trzech podstawowych modułów pozwalających na zintegrowanie działań związanych z bezpośrednią obsługą klientów (moduł recepcja), z gabinetem stomatologicznym (moduł gabinet) oraz działań dodatkowych wpływających na funkcjonowanie gabinetu (moduł administracja).

Moduł gabinet pozwala na kompleksowe zarządzanie wszystkimi działaniami mającymi bezpośredni lub pośredni wpływ na jego właściwe funkcjonowanie oraz szereg dodatkowych funkcji, które pozwalają na sprawne zarządzanie. Lekarz w ramach tego modułu ma możliwość prowadzenia kart pacjentów zawierających historie leczenia oraz pełną ewidencję planowanych zabiegów. W ramach karty ma możliwość zarządzania wszystkimi dostępnymi danymi. Harmonogram leczenia nanoszony jest na diagramie uzębienia, który jest czytelny nie tylko dla lekarza, ale i pacjenta. System oferuje sprawny dostęp do katalogu zdjęć RTG, cyfrowych oraz Video. Daje również możliwość przygotowywania ofert dla klientów. Lekarz w ramach tego modułu ma również stały dostęp do terminarza wizyt oraz stanów magazynowych.

Kolejny moduł (Recepcja) usprawnia zarządzanie recepcją oraz wszystkimi działaniami, które w jakikolwiek sposób wpływają na jej funkcjonowanie oraz świadczone usługi. Osoba obsługująca recepcję ma stały dostęp do kartotek pacjentów oraz niezbędnych materiałów (zaświadczenia, skierowania, wywiad lekarski, katalogi zdjęć pacjentów). Moduł usprawnia zarządzanie wizytami dzięki terminarzowi, który umożliwia ich planowanie z uwzględnieniem lekarzy i ich specjalności, dni, miejsca (fotel). Dzięki temu jest możliwe szybkie i sprawne odnalezienie danej rezerwacji albo dokonanie nowej. Oprogramowanie daje również możliwość rezerwacji wizyt on-line i ustawienie powiadomień sms dla pacjenta. Osoba obsługująca recepcję ma też dostęp do szeregu funkcjonalności usprawniających proces rozliczenia z klientami (wystawianie rachunków, paragonów, faktur, automatyczne naliczanie rabatów i zarządzanie programami lojalnościowymi). Moduł umożliwia również zarządzanie stanem magazynowym oraz przygotowanie raportów kasowych pozwalających na nadzór nad finansami gabinetu.

Ostatni moduł administracja jest adresowany bezpośrednio do osoby zarządzającej danym gabinetem. Dzięki niemu ma ona stały dostęp do danych administracyjnych bez konieczności

prowadzenia różnego rodzaju kartotek. Program pozwala również na stały nadzór nad gospodarką magazynową gabinetu: stan materiałów i leków; historią pobrań; możliwość weryfikacji dat ważności, numerów partii, dostawców. Ogromnym atutem oprogramowania jest również możliwość zarządzania działaniami marketingowymi placówki, np. zarządzania systemem lojalnościowym i przyznawanie związanych z tym rabatów. Osoba zarządzająca ma również możliwość wykorzystywania różnego rodzaju statystyk (magazynowych, systemów lojalnościowych oraz inne). Niezwykle istotnym aspektem przemawiającym za stosowanym programem jest również fakt, iż zapewnia one całkowite bezpieczeństwo danych, którymi zarządza poprzez wykonywanie kopii zapasowych.

2. Formularz „Wywiad lekarski”

Pacjenci po raz pierwszy korzystający z usług gabinetu stomatologicznego Dental – Care proszeni są o zapoznanie się z formularzem „Wywiad lekarski” oraz o jego dokładne wypełnienie i podpisanie. Celem tej procedury jest zebranie wszystkich niezbędnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, pozwalających na zapewnienie mu odpowiedniego stopnia bezpieczeństwa podczas wykonywanych zabiegów. Udzielone przez pacjenta informacje mają istotny wpływ na wybór metod leczenia, wykorzystanych materiałów oraz sprzętu, a także przy wyborze znieczulenia oraz leków. Pytania zawarte w ankiecie w szczególności dotyczą: przebytych oraz przewlekłych chorób; ogólnego stanu zdrowia pacjenta; stosowanych leków, środków medycznych i wykonywanych zabiegów; przeciwwskazań w leczeniu; uczuleń oraz alergii.

3. Formularz „Zgody na leczenie”

Zgodnie z przepisami pacjent powinien wyrazić zgodę przed przystąpieniem do zabiegu. Może ona zostać wyrażona ustnie lub akceptowane są takie zachowania, które wyrażają wolę pacjenta oraz zgodę na podjęcie czynności medycznych. W gabinecie Dental - Care wszyscy lekarze z ogromnym poszanowaniem traktują wolę pacjenta, dlatego przed podjęciem działań chirurgicznych, bądź o charakterze inwazyjnym pacjent zostaje poinformowany o działaniach, które zostaną wykonane oraz ewentualnym ryzyku z nim związanym i poproszony o podpisanie zgodny na leczenie. Obecnie w gabinecie Dental - Care zastosowanie mają:

- Zgoda na badanie z wykorzystaniem promieni rentgenowskich (RTG) –skierowana jest do kobiet. Zawiera ona informację, iż badania rentgenowskie (RTG, CT, MRI) kobiet w wieku rozrodczym, kobiet w ciąży oraz kobiet karmiących wykonywane są

jedynie z istotnych wskazań medycznych. Kobieta podpisując ją neguje ciążę i wyraża zgodę na badanie.

- Zgoda na badanie zachowawcze i endodontyczne – pacjent wyrażając zgodę na leczenie tego typu poświadczają, że: został dokładnie poinformowany o konieczności leczenia i aktualnym stanie uzębienia, cenach za oferowaną usługę, został zapoznany z możliwymi w tym wypadku sposobami leczenia łącznie z ryzykiem wiążącym się z nimi; poinformował lekarza o swoim stanie zdrowia oraz wszelkich przeciwwskazaniach do leczenia. Pacjent zgodnie z podpisaną zgodą ma również możliwość odwołania jej w każdym wypadku. Wyraża również zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego, dokumentacji radiologicznej oraz fotografii podczas zabiegów. Zgoda zawiera również adnotację o nieprzewidzianych okolicznościach, zgodnie z którymi zakres leczenia może zostać poszerzony.
- Zgoda na zabieg chirurgiczny – pacjent wyrażając zgodę poświadczają, iż został poinformowany technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym. Wie również o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej, wysoka temperatura ciała. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek. Pacjent przyjmuje również do wiadomości wszystkie wskazania co do postępowania po zabiegu i w pełni je akceptuje.
- Zgoda na leczenie implantologiczne – pacjent wyrażając zgodę poświadczają, iż został poinformowany o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym, o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej, wysoka temperatura ciała. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek, o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego. Pacjent przyjmuje również do wiadomości wszystkie wskazania co do postępowania po zabiegu i w pełni je akceptuje.

4. Karta obowiązków i uprawnień pracownika uwzględniająca obsługę aparatów RTG: PlanmecaProMax 3D oraz Planmeca Intra oraz drukarki CarestreamDryView 5850 Laser Imager

Zastosowane narzędzie ma na celu usystematyzowanie pewnych obszarów funkcjonowania gabinetu, których działanie ma wpływ na jakość świadczonych usług. W zakresie powyższej karty zostały uwzględnione istotne aspekty związane z dostępnym na terenie zakładu sprzętem medycznym. W treści karty zostały wymienione najważniejsze obowiązki osób obsługujących aparaty RTG: PlanmecaProMax 3D oraz Planmeca Intra oraz drukarki CarestreamDryView 5850 Laser Imager oraz uprawnienia w tym zakresie. Celem powyższej karty jest zapewnienie powtarzalności wykonywanych czynności oraz nienaruszalności i prawidłowego użytkowania sprzętu, którego uszkodzenie lub wadliwe działanie może mieć bezpośredni wpływ nie tylko na funkcjonowanie placówki, ale również bezpieczeństwo pacjentów. Karta w swoim zakresie definiuje m.in.: czynności związane z gotowością sprzętu (włączanie, wyłączanie, przygotowanie do działania, nadzorowanie materiałów eksploatacyjnych), czynności związane z konserwacją sprzętu (dezynfekcja, sterylizacja oraz zabezpieczanie), nagrywaniem zdjęć, użytkowaniem sprzętu, zapisywaniem oraz archiwizacją pozyskanych danych oraz postępowanie w przypadku nieprawidłowości.

5. Czeklista zadaniowa – przypomnienie

Niniejsza karta dostępna jest w widocznym miejscu recepcji dla wszystkich pracowników gabinetu Dental - Care. Jej celem jest usystematyzowanie istotnych działań mających wpływ na funkcjonowanie gabinetu. W treści kart został wyszczególniony szereg działań z podziałem na częstotliwość z jaką mają być wykonywane (codziennie, w poniedziałek, wtorek, piątek, raz w miesiącu, na koniec miesiąca). Wśród działań mających wpływ na codzienne funkcjonowanie gabinetu wyróżniono m.in.: przypomnienie sms dla pacjentów mających w następnym dniu wizytę; kontakt z lekarzami odnośnie godzin pracy w kolejnym dniu; archiwizacja FV do zapłaty; przygotowanie raportu fiskalnego dobowego oraz raportu kasowego na koniec dnia oraz inne. Raz w miesiącu testy aparatów RTG itd.

6. Procedury postępowania w przypadku wykonywania zdjęć rentgenowskich (punktowego i panoramicznego), cefalometrii oraz procedura nagrywania zdjęć na CD w programie Romexis (oprogramowaniem do przechwytywania, wyświetlania i przetwarzania obrazów 2D i 3D)

Celem niniejszych procedur jest zapewnienie najwyższej jakości świadczonych usług poprzez prawidłowe wykorzystywanie oraz obsługę specjalistycznego sprzętu znajdującego się na terenie gabinetu Dental - Care. Niniejsze procedury postępowania mają za zadanie wskazać krok po kroku czynności niezbędne w celu prawidłowego wykonania badań ułatwiających diagnostykę pacjenta. Zawierają w swojej treści wszystkie czynności od włączenia sprzętu poprzez prawidłowe jego użycie i wykorzystanie z wyszczególnieniem zasad zapewniających pacjentowi właściwy poziom bezpieczeństwa oraz otrzymanie wiarygodnych i powtarzalnych wyników. Odnoszą się również do czynności końcowych związanych z prawidłowym postępowaniem z uzyskanymi wynikami, aż do ich powielania w celu przekazania pacjentowi lub załączenia do akt, kończąc na prawidłowym zabezpieczeniu sprzętu oraz jego konserwacji.

7. Księga Jakości

Gabinet DentalCare wypełnia również obowiązki wynikające z zapisów art. 33c ust. 7 ww. ustawy Prawo Atomowe (Dz. U. nr 42 z 2007r., poz. 276, z późn. zm.) oraz załącznika nr 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. nr 51 z 2011r., poz. 265).

Zgodnie z powyższymi regulacjami jednostki ochrony zdrowia wykonujące zabiegi z zakresu rentgenodiagnostyki powinny podjąć działania, których celem jest zapewnienie odpowiedniego bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu medycznego. Zgodnie z przepisami jednostki stosujące ww. formę diagnostyki powinny zapewnić stały nadzór i kontrole nad fizycznymi parametrami urządzeń oraz wprowadzić Księgę Zarządzania Jakością. Gabinet Dental- Care pragnąc zapewnić swoim pacjentom i pracownikom nie tylko najwyższą jakość świadczonych usług, ale i bezpieczeństwo stosowanych metod, wprowadziło udokumentowany system zarządzania jakością w postaci Księgi Jakości. Posiada ona w swoim zakresie określone i zdefiniowane cele jakościowe oraz politykę jakości organizacji. Określone są również dokumenty i procedury mające bezpośrednie zastosowanie w systemie.

3.2 Metodologia i cel badania zadowolenia Klientów metodą ankietową

Celem pracy jest ocena oraz określenie możliwości poprawy jakości obsługi Klienta i realizowanych procesów poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi usprawniających proces zarządzania na przykładzie NZOZ DentalCare.

Pytania badawcze mające zastosowanie do niniejszej pracy:

Jakie czynniki wpływają na jakość usług świadczonych przez Dental - Care?

Jakie narzędzia, metody oraz systemy usprawniające jakość mają zastosowanie w gabinecie Dental – Carei jaka jest ich skuteczność?

Jak pacjenci gabinetu Dental - Care oceniają jakość świadczonych usług?

Jakie narzędzia, metody oraz systemy mogą zostać dodatkowo zastosowane w celu doskonalenia jakości usług świadczonych przez Dental - Care?

Metody i narzędzia badawcze

W niniejszej pracy jako metoda badawcza zostało zastosowane badanie ankietowe. Narzędziem badawczym wykorzystanym w tej metodzie była natomiast ankieta składająca się z 2 części. Pierwsza część zawierała pytania pozwalające na scharakteryzowanie badanej próby (dane ilościowe), druga natomiast zawierała pytania o charakterze jakościowym, dotyczące subiektywnej opinii pacjentów na dany temat.

Populacja

Populacje w danym badaniu stanowili wszyscy pacjenci korzystający z usług świadczonych przez gabinet dentystyczny Dental – Care.

Próba

Badaną *Próba*

próbę stanowiły wszystkie osoby, które pojawiły się w dniu przeprowadzania badania (określony tydzień wyznaczony na przeprowadzenie badania; od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00 – 20:00) w gabinecie Dental – Care i skorzystały z świadczonych w nim usług. Podczas wyboru próby zastosowano dobór nielosowy celowy. Taki sposób doboru miał zapewnić możliwość oceny całego przekroju populacji bez segmentacji pacjentów, gdyż nie została ona uwzględniona w celu badania.

Ankieta

Na kolejnych stronach przedstawiona została ankieta, którą wykorzystano do przeprowadzenia badania:

Szanowni Państwo,

Niniejsza ankieta jest anonimowa, a uwagi Państwa będą cennymi wskazówkami, które pozwolą nam zapewnić Państwu komfort leczenia w naszych placówkach.

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest poznanie Państwa opinii na temat usług stomatologicznych świadczonych przez klinikę Dental Care.

Dziękuję za Państwa zaangażowanie

Agnieszka Nieścieronek

I. Dane statystyczne.

W pierwszej części ankiety prosimy Państwa o podanie kilku podstawowych danych do potrzeb statystycznych

Płeć:

- Kobieta
 Mężczyzna

Wiek:

- 0-18
 19-25
 26-30
 31-40
 41-50
 51-60
 Powyżej 60 lat

Status zawodowy:

- student/uczeń
 bezrobotny
 pracujący
 rencista
 emeryt

Wykształcenie:

- podstawowe
 zawodowe
 średnie
 licencjat
 wyższe magisterskie

Czasookres leczenia się w gabinecie Dental Care:

- pierwsza wizyta
 do roku
 od 1 do 3
 od 3 do 5

Miejsce zamieszkania:

- wieś
 miasto

II. W drugiej części prosimy o zakreślenie jednej odpowiedzi dotyczącej jakości obsługi w gabinecie Dental Care

1. Czym kieruje się Pan/i przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

- ceną
 lokalizacją
 jakością usług
 czasem oczekiwania na wizytę
 atmosferą
 wyglądem gabinetu
 inne

2. Co zdecydowało o wyborze przez Panią/Pana gabinetu Dental-Care?

- Dobra opinia znajomych/rodziny
 Szeroki zakres świadczonych usług
 Przypadek
 Dogodna lokalizacja
 Jakość świadczonych usług
 Wyposażenie i wystrój gabinetu
 inne

3. Proszę uszeregować, który z obszarów jakości usług medycznych jest dla Pan/i najważniejszy. Proszę przyznać poszczególnym odpowiedziom cyferki od 1– najważniejszy do 5–najmniej ważny.

- Wymiar materialny (wygląd pomieszczeń, czystość, wyposażenie w sprzęt medyczny)
..... Niezawodność (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji)
..... Reakcja na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)
..... Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi)
..... Przestrzeganie praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie)

4. Z jakiej formy rejestracji Pan/i skorzystała:

- Telefonicznej
 On-line (przez stronę internetową)
 Osobiście w recepcji

5. Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji:

| | Bardzo dobrze | dobrze | dostatecznie | źle | Bardzo źle |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Możliwość połączenia telefonicznego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy telefonicznej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Sprawność obsługi (załatwiania formalności) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji:

| | Bardzo dobrze | dobrze | dostatecznie | źle | bardzo |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Czas oczekiwania na rejestrację | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy (życzliwość, pomocność) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Sprawność obsługi (załatwiania formalności) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Ocena terminu oczekiwania na wizytę /zabieg/

7a. Ile trwał średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (wizytę lub wykonanie zabiegu w naszym gabinecie)

- 1-3 dni
 4-7 dni
 8-14 dni
 powyżej 2 tygodni

7b. Jak ocenia Pani/Pan czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (termin oczekiwania na wizytę lub wykonanie zabiegu):

- bardzo dobrze
 dobrze
 dostatecznie
 źle
 bardzo źle

8 Ocena czasu oczekiwania na wizytę /konsultacje pod gabinetem

8a. Ile trwał średni czas oczekiwania na wizytę/konsultację pod gabinetem:

- do 10 min
 11- 30 min
 31min – 1h
 powyżej 1h
 Nie dotyczy, oczekuję na pierwszą wizytę

8b. Jak ocenia Pan/i czas oczekiwania na wizytę/konsultację pod gabinetem:

- bardzo dobrze
 dobrze
 dostatecznie
 źle
 bardzo źle

9. Czy została Pan/i poinformowana:

Smssem o terminie wizyty, która przypada na dzień następnny

- TAK NIE

Telefonicznie o opóźnieniu w gabinecie (jeżeli takie wystąpiło)

- TAK NIE
 Nie dotyczy, nie było opóźnienia

10. Jak ocenia Pan/i:

| | Bardzo dobrze | dobrze | dostatecznie | źle | bardzo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Atrakcyjność i estetykę pomieszczeń | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Czystość i zadbanie pomieszczeń i toalet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Wyposażenie gabinetów i pracowni RTG w sprzęt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Proszę o ocenę usług medycznych, z których skorzystali Państwo w naszych gabinetach. W tym celu prosimy o przydzielenie oceny dla poszczególnych cech w skali od 1 (bardzo źle) do 10 (bardzo dobrze).

| | BARDZO ŹLE ← | | | | | BARDZO DOBRZE → | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Przeprowadzenie przez lekarza przeglądu jamy ustnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Przekazywanie informacji o dostępnych metodach i sposobach leczenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bieżące informowanie o wykonywanych procedurach oraz zabiegach i celu ich realizacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zrozumiąły sposób przekazania przez lekarza informacji o stanie zdrowia i sposobie leczenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zainteresowanie lekarza problemami pacjenta (uprzejmość, empatia, wysłuchanie problemów) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Indywidualne podejście lekarza do pacjenta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprawny i gwarantujący bezpieczeństwo sposób realizacji procedur medycznych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poszanowanie intymności i godności pacjenta w trakcie wykonywania procedur medycznych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje lekarza, fachowość obsługi, efekty leczenia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Jak ogólnie ocenia Pan/i jakość obsługi w gabinecie Dental Care

- bardzo dobrze
- dobrze
- dostatecznie
- źle
- bardzo źle

13. Czy poleciliby Pani/Pan skorzystanie z naszych usług medycznych innym osobom:

TAK NIE

14. Czy skorzysta Pan/i jeszcze z usług gabinetu Dental Care:

TAK NIE

Bardzo dziękujemy za poświęcony czas na wypełnienie ankiety, zebrane dane zostaną wykorzystane do określenia słabych i mocnych stron gabinetu Dental Care, określenie i wdrożenia działań doskonalących oraz zostaną wykorzystane w pracy magisterskiej dotyczącej jakości zarządzania w gabinetach stomatologicznych
Zespół Dental Carev

3.3 Prezentacja uzyskanych wyników badania

Opracowanie uzyskanych wyników

W ramach przeprowadzonego badania ankietowego uzyskano 78 ankiet, a zawarte w nich odpowiedzi zostały podsumowane w tabelach 3.1. -3.45. Wyniki niniejszego badania zostały przedstawione w dwóch podstawowych grupach:

- Charakterystyka próby (Tabele i wykresy z wynikami od nr 3.1 do nr 3.9)
- Wyniki badania zadowolenia Klientów (Tabele i wykresy z wynikami od nr 3.10 do nr 3.45).

Wyniki badania przedstawione zostały w pierwszej kolejności w formie ogólnej (bez względu na cechy próby), a następnie z uwzględnieniem cech takich, jak: płeć, wiek, czasookres leczenia, wykształcenie, status zawodowy, miejsce zamieszkania. Wyjątkiem od tego są przypadki, kiedy uzyskane wyniki nie wykazywały żadnej zależności od którejkolwiek z cech próby (np.: tabele i wykresy nr 3.31, 3.44 i 3.45) – 100% odpowiedzi niezależnie od przynależności do danej grupy była taka sama.

Zbyt mała liczebność poszczególnych grup próby (określonych względem przyjętych cech) nie pozwala wyciągać jednoznacznych wniosków dotyczących rzetelności i zgodności z rzeczywistym stanem uzyskanych rozkładów odpowiedzi dla poszczególnych grup. Na potrzeby niniejszej pracy w pełni wystarczające są wyniki ogólne niezależne od cech badanej próby. Jednakże w przypadku przyszłego, planowanego rozwoju firmy oraz szeroko rozumianej jakości procesów, obsługi Klientów i zarządzania warto bliżej przyjrzeć się obecnie uzyskanym wynikom i zaplanować odpowiednio szczegółowe badania na dostatecznie dużej próbie. Pozwoli na to na bardziej precyzyjne określenie celów i zadań niezbędnych do doskonalenia jakości oraz rozwoju firmy względem oczekiwań i potrzeb Klientów, co z kolei przyczyni się do osiągnięcia sukcesu przez firmę.

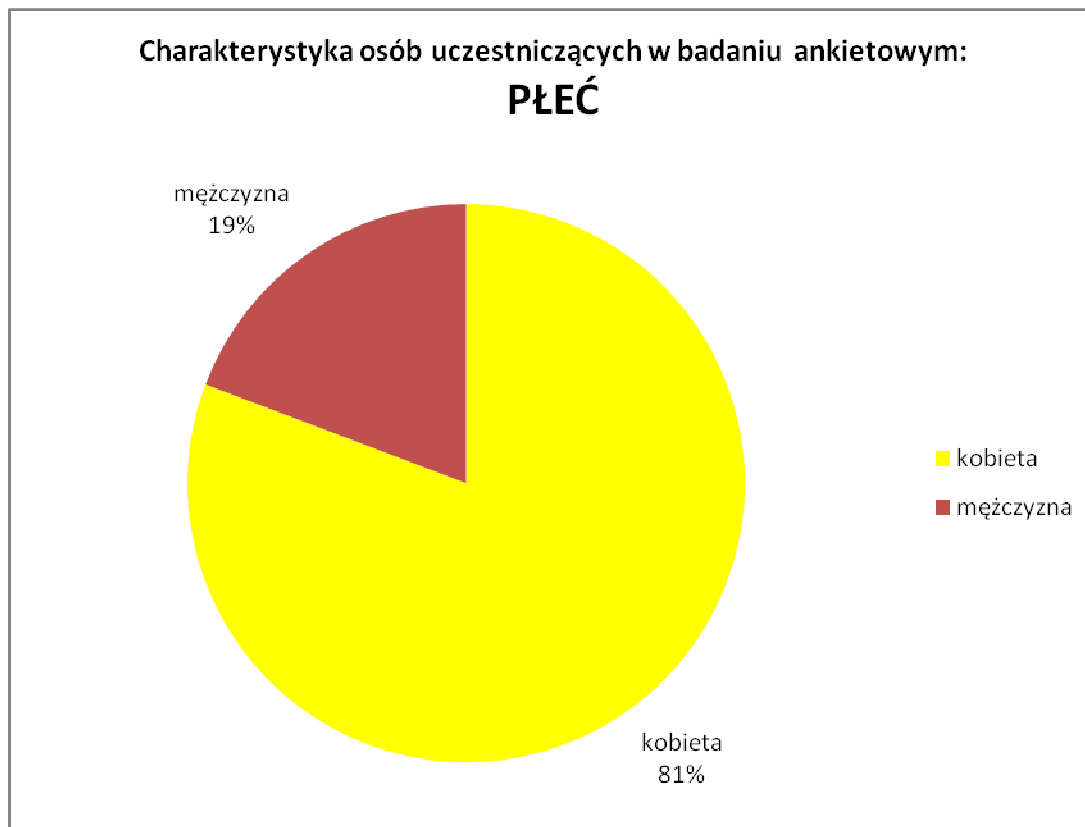
Pomimo tego, że odpowiedzi na niektóre z pytań przedstawione były w formie punktowej, to w dalszym ciągu pozyskane dane miały charakter jakościowy, a nie ilościowy. Z tego też względu w ramach przeprowadzonej analizy wyników ankiet pod uwagę wzięte zostały takie cechy rozkładu jak:

- dominanta - ze względu na jakościowy charakter pozyskanych danych (wartość modalna, moda, wartość najczęstsza) - wartość najczęściej występująca w próbie;
- rozrzut wyników (w formie opisowej).

Wartości charakterystyczne dla rozkładów danych ilościowych nie mają zastosowania. Nawet najpopularniejsza i najbardziej prosta wartość charakteryzująca rozkład, jaką jest średnia arytmetyczna, nie wniosłyby do niniejszych rozważań i analiz wartości dodanej. Wartości statystyczne typowe dla rozkładów danych ilościowych typu mediana, kwantyle nie mają w tym przypadku żadnego zastosowania.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.1: Charakterystyka próby względem płci

| Etykiety wierszy | Liczba z płć |
|---------------------|--------------|
| kobieta | 63 |
| mężczyzna | 15 |
| Suma końcowa | 78 |

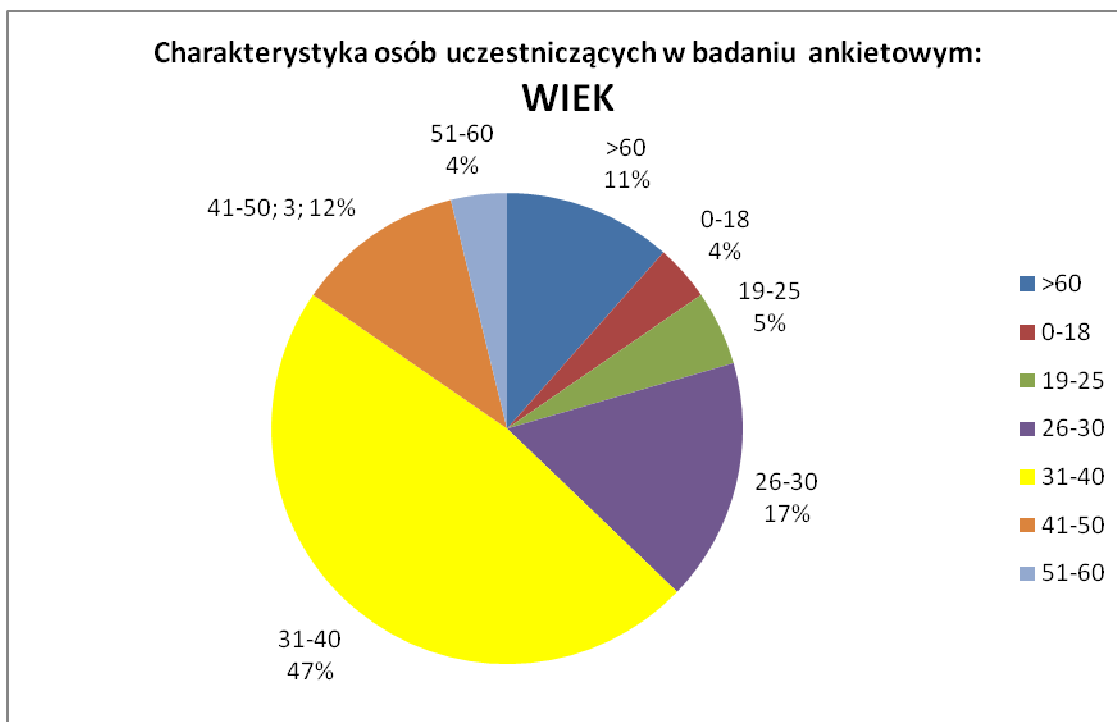


Przeprowadzona w ramach ankiety charakterystyka próby ze względu na jej niewielką liczebność nie ma zastosowania do charakterystyki Klientów gabinetów stomatologicznych. Ma ona na celu określenie, czy poszczególne cechy mają wpływ na interesujące nas informacje dotyczące jakości realizowanych procesów i obsługi Klienta w aspekcie postrzegania przez osoby korzystające z oferowanych przez nas usług. Przede wszystkim jednak uwzględnienie w ramach badania tak wielu cech ma na celu pomóc firmie zidentyfikować potrzeby poszczególnych grup społecznych. Pozwoli to na uwzględnienie wyników niniejszych badań w przyszłym rozwoju zarówno obecnie funkcjonującego gabinetu, jak również całej formy (np. w przypadku uruchamiania dodatkowych lokalizacji w których świadczone będą usługi stomatologiczne).

Z przedstawionych powyżej danych w formie tabelarycznej oraz graficznej (Tabela i wykres z wynikami nr 3.1) wynika, iż większość badanej próby stanowiły kobiety. Było ich ponad czterokrotnie więcej niż mężczyzn. Jak wspomniano powyżej, nie świadczy to w żadnym wypadku o rozkładzie próby osób korzystających z usług stomatologów – nie to było przedmiotem niniejszego badania i analiz.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.2: Charakterystyka próby względem wieku

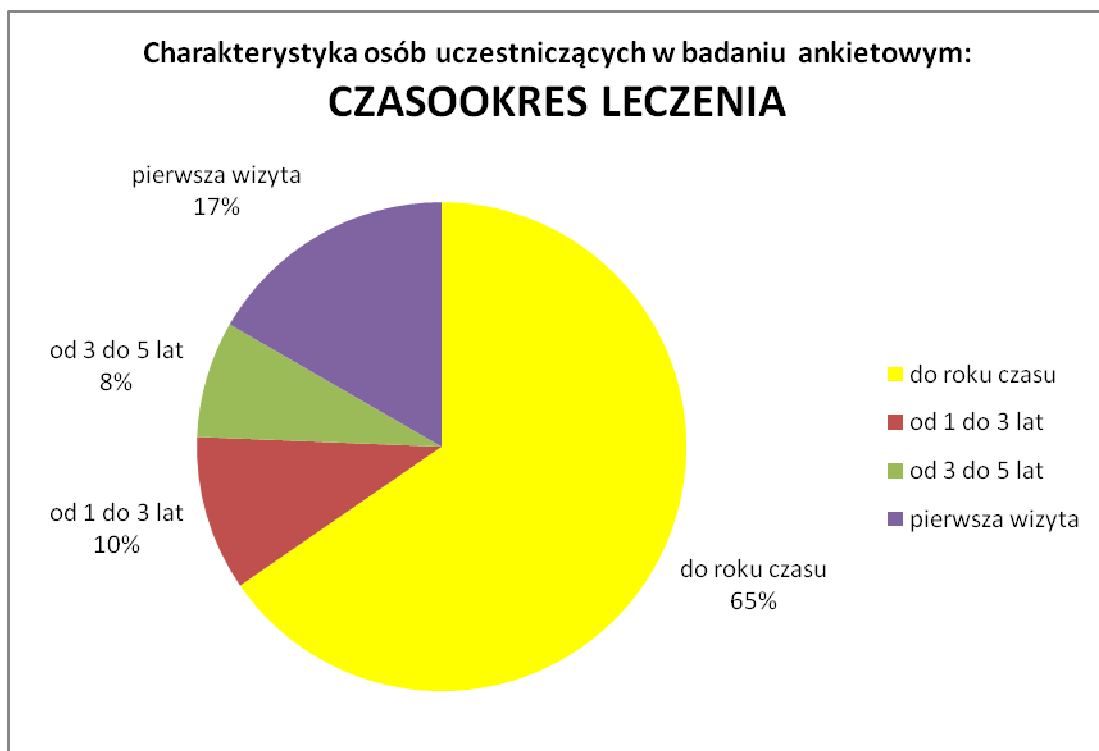
| Etykiety wierszy | Liczba z wiek |
|---------------------|---------------|
| >60 | 9 |
| 0-18 | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 26-30 | 13 |
| 31-40 | 37 |
| 41-50 | 9 |
| 51-60 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Analogicznie, jak w przypadku poprzedniej cechy, określona została charakterystyka wiekowa badanej próby. Prawie połowę z ankietowanych stanowiły osoby w wieku od 31 do 40 lat. Prawie 75% stanowiły osoby do 40 roku życia.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.3: Charakterystyka próby względem czasookresu leczenia

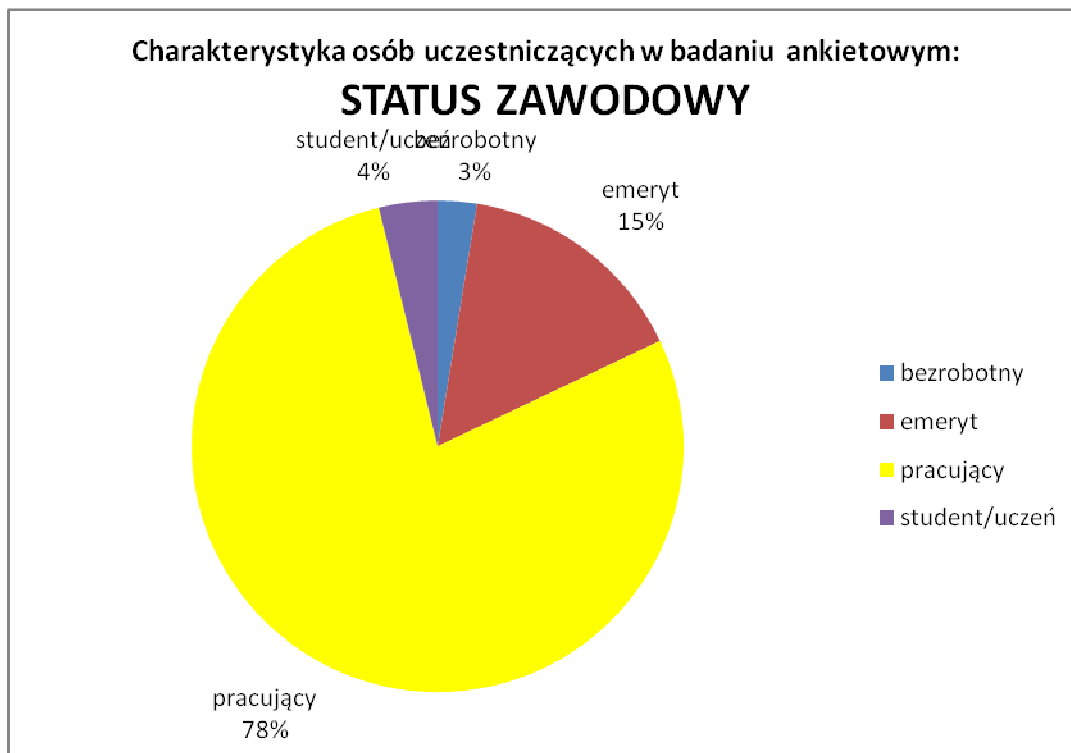
| Etykiety wierszy | Liczba z czasookresu leczenia |
|---------------------|-------------------------------|
| do roku czasu | 51 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| Suma końcowa | 78 |



Większość osób, które wzięły udział w ankiecie, są Klientami gabinetu od maksymalnie roku. W przypadku 17% badanej próby badanie ankietowe przeprowadzono w momencie, kiedy po raz pierwszy odwiedzały gabinet (oceniane w takim przypadku było ich pierwsze wrażenie dotyczące samego gabinetu, jak również jakości obsługi realizowanych procesów oraz jakości samych usług). 18% badanych osób stanowili Klienci gabinetu korzystający z naszych usług od co najmniej jednego roku.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.4: Charakterystyka próby względem statusu zawodowego

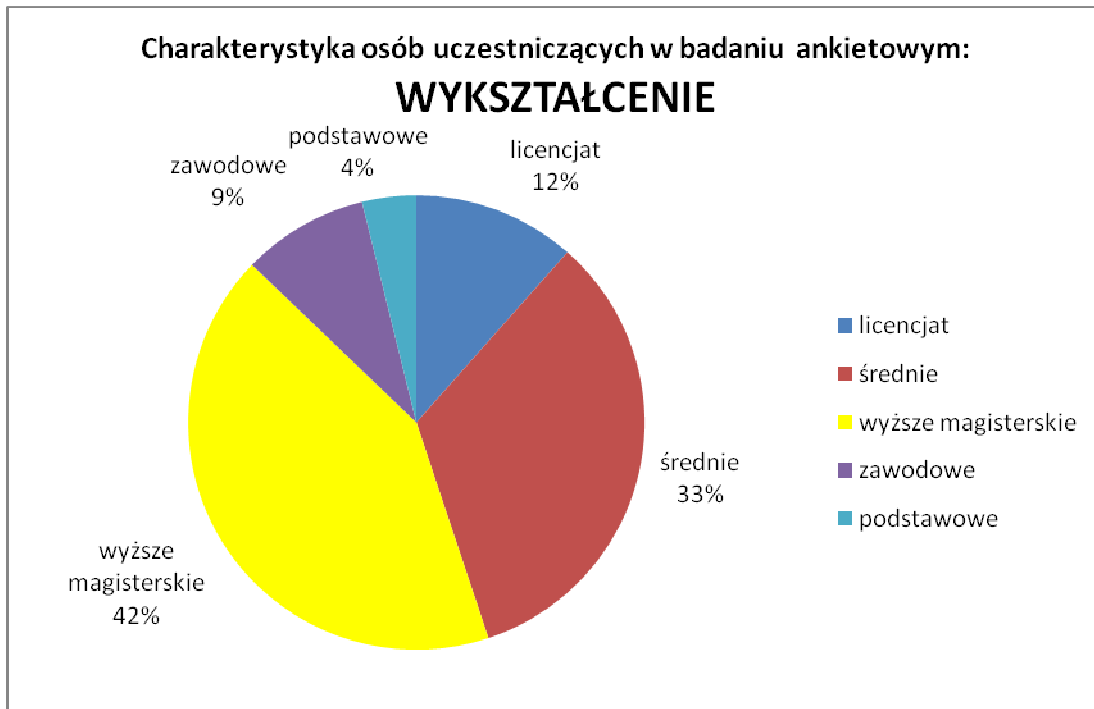
| Etykiety wierszy | Liczba z status zawodowy |
|---------------------|--------------------------|
| bezrobotny | 2 |
| emeryt | 12 |
| pracujący | 61 |
| student/uczeń | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Charakterystyka próby względem statusu zawodowego wykazała, że aż 78% stanowiły osoby czynne zawodowo. Drugą pod względem liczebności grupą byli emeryci.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.5: Charakterystyka próby względem wykształcenia

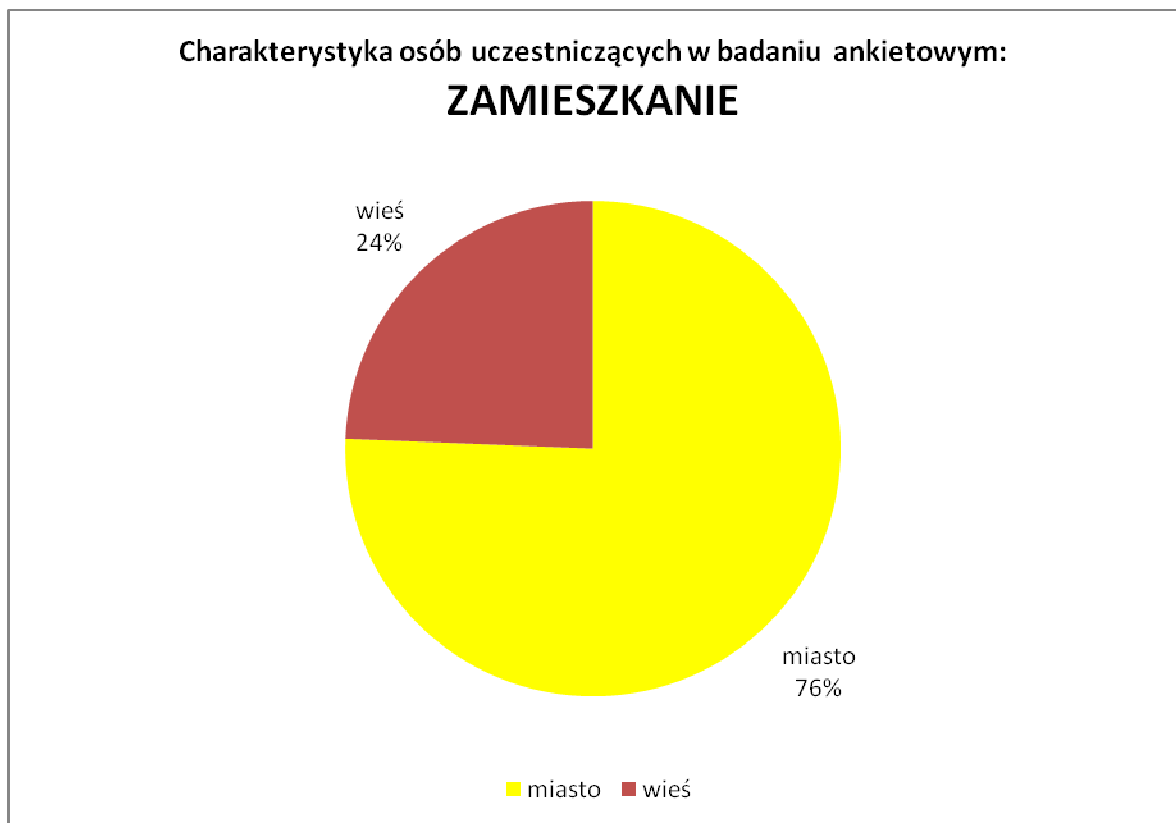
| Etykiety wierszy | Liczba z wykształcenie |
|---------------------|------------------------|
| licencjat | 9 |
| średnie | 26 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| zawodowe | 7 |
| podstawowe | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Charakterystyka próby względem wykształcenia wykazała, iż przeważającą grupę stanowiły osoby z wyższym wykształceniem. Drugą pod względem liczebności grupę stanowiły osoby ze średnim wykształceniem - grupa ta była jednak mniejsza od grupy najbardziej liczebnej o 9% ogólnej wartości próby oraz o około 20% mniejsza od grupy osób z wyższym wykształceniem.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.6: Charakterystyka próby względem miejsca zamieszkania

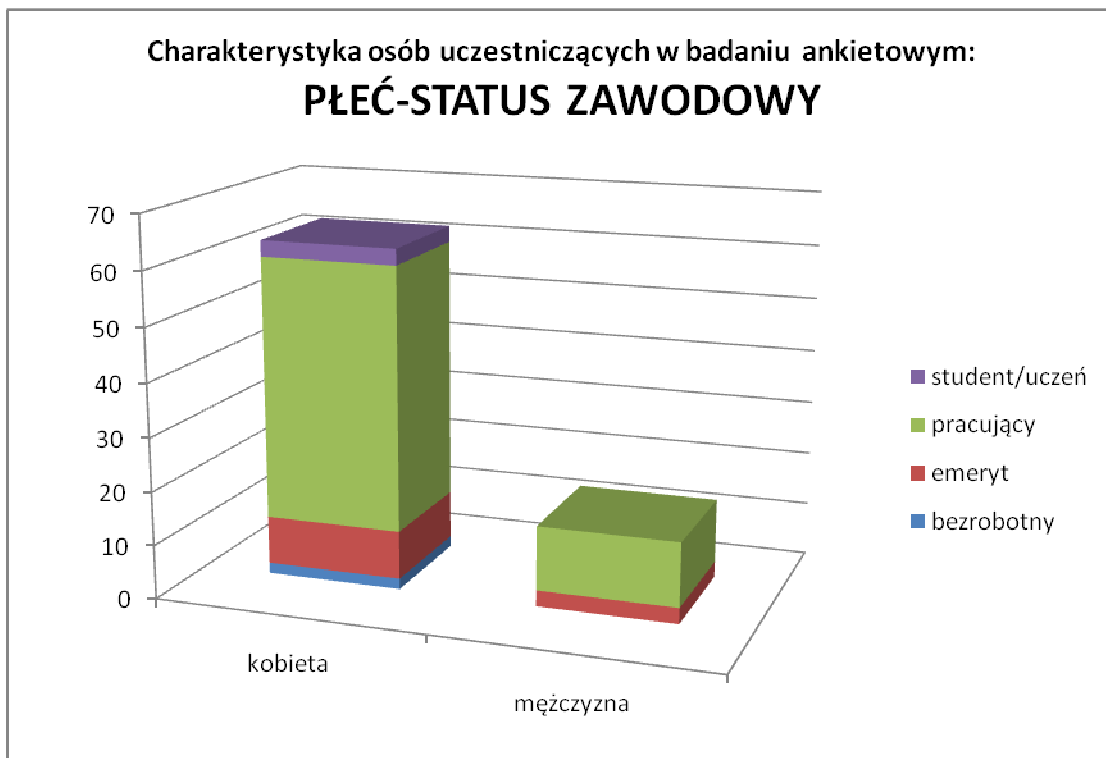
| Etykiety wierszy | Liczba z zamieszkanie |
|---------------------|-----------------------|
| miasto | 59 |
| wieś | 19 |
| Suma końcowa | 78 |



Ponad 75% Klientów poddanych badaniu ankietowemu stanowiły osoby mieszkające w mieście. Jedną czwartą stanowiły osoby zamieszkujące na wsi. Może to być spowodowane lokalizacją gabinetu w centrum Żywca.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.7: Charakterystyka próby względem płci z podziałem na status zawodowy

| Liczba z płeć | Etykiety kolumn | | | | Suma końcowa |
|---------------------|-----------------|-----------|-----------|---------------|--------------|
| | bezrobotny | emeryt | pracujący | student/uczeń | |
| Etykiety wierszy | | | | | |
| kobieta | 2 | 9 | 49 | 3 | 63 |
| mężczyzna | | 3 | 12 | | 15 |
| Suma końcowa | 2 | 12 | 61 | 3 | 78 |

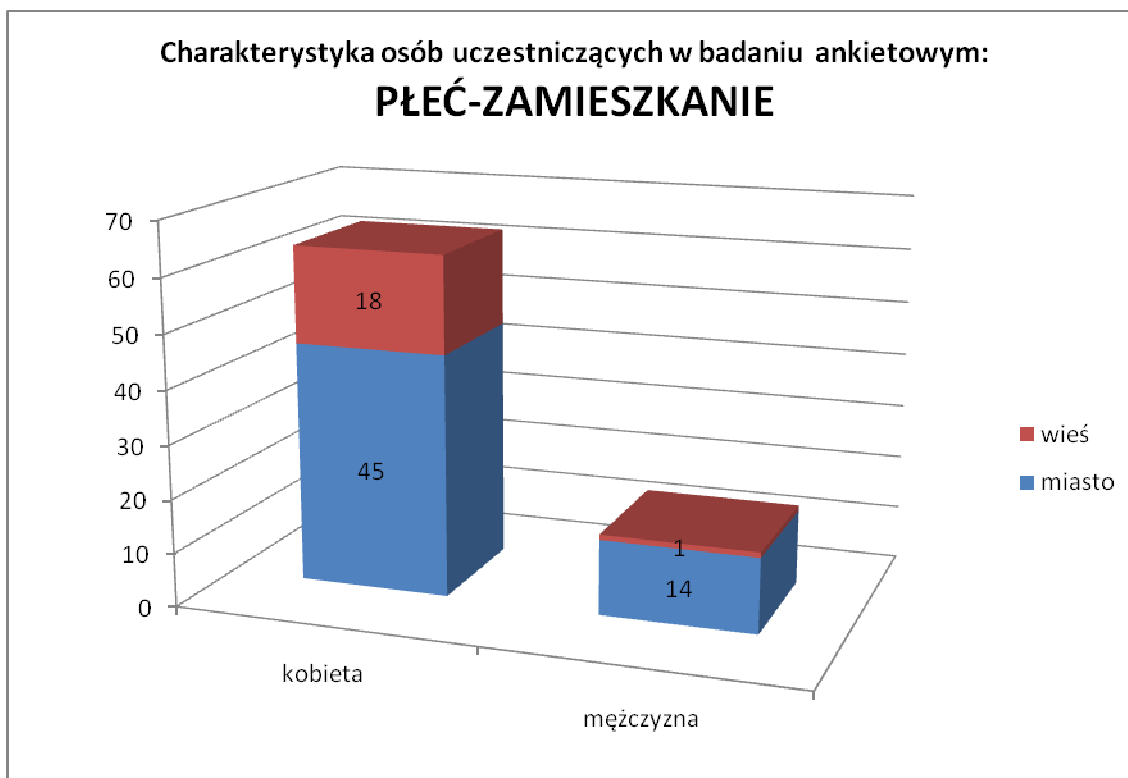


Niniejsze zestawienie jest pierwszym charakteryzującym próbę pod kątem więcej niż jednej cechy. Charakterystyka próby względem wszystkich cech została przeprowadzona, jednak nie została zamieszczona w niniejszej pracy ze względu na bardzo małą czytelność wyników przedstawionych zarówno w formie tabelarycznej, jak również graficznej.

W przypadku niniejszego zestawienia widoczne jest, iż największą grupę stanowiły kobiety pracujące. W przypadku badanej próby mężczyzn wyniki są analogiczne.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.8. Charakterystyka próby względem płci z podziałem na miejsce zamieszkania

| Liczba z płeć | Etykiety kolumn | | | |
|---------------------|-----------------|-----------|--------------|--|
| Etykiety wierszy | miasto | wieś | Suma końcowa | |
| kobieta | 45 | 18 | 63 | |
| mężczyzna | 14 | 1 | 15 | |
| Suma końcowa | 59 | 19 | 78 | |

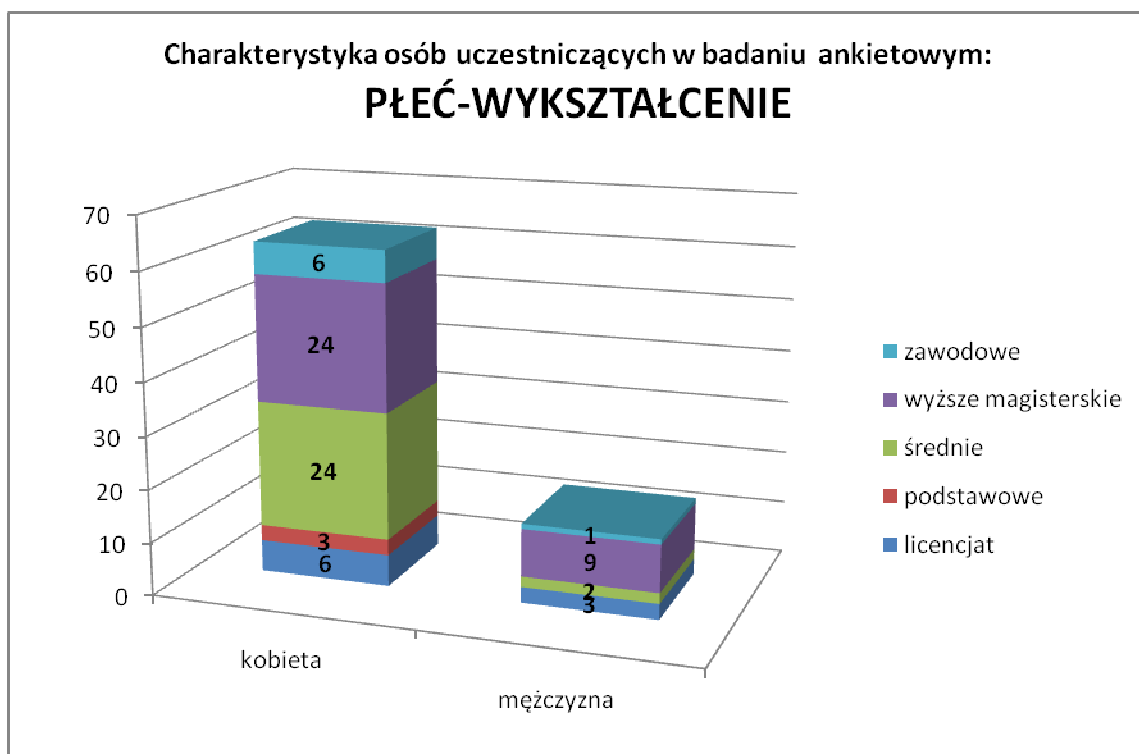


Niniejsze zestawienie cech próby ukazuje, iż przeważającą liczebnie grupę badanych Klientów stanowiły Panie zamieszkujące miasto. Jest to w pełni zgodne z ogólnym rozkładem badanej próby względem miejsca zamieszkania.

W przypadku mężczyzn proporcje pomiędzy zamieszkującymi miasto i wieś (24 do 1) są znacznie większe niż w przypadku kobiet (45 do 18).

Tabela i wykres z wynikami nr 3.9: Charakterystyka próby względem płci z podziałem na wykształcenie

| Liczba z płcią | Etykiety kolumn | | | | | Suma końcowa |
|---------------------|-----------------|------------|-----------|---------------------|----------|--------------|
| | licencjat | podstawowe | średnie | wyższe magisterskie | zawodowe | |
| kobieta | 6 | 3 | 24 | 24 | 6 | 63 |
| mężczyzna | 3 | | 2 | 9 | 1 | 15 |
| Suma końcowa | 9 | 3 | 26 | 33 | 7 | 78 |

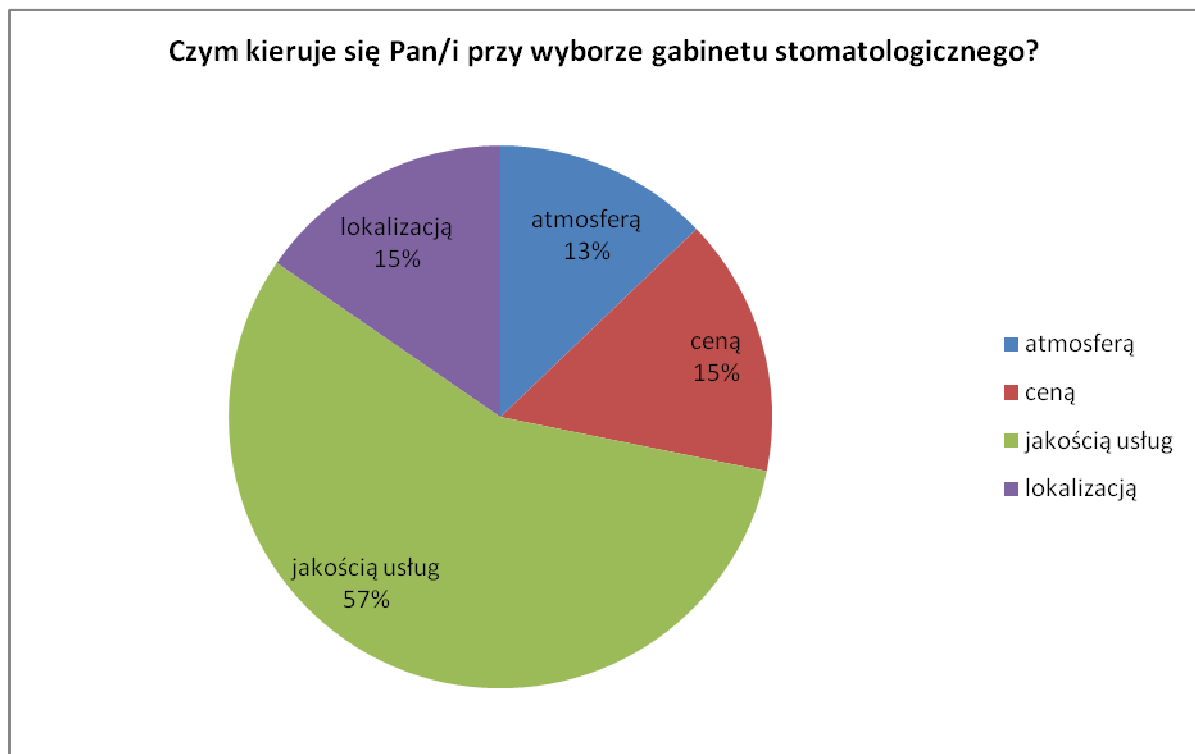


Przeważające grupy w zestawieniu cech: płeć-wykształcenie stanowią kobiety z wyższym i średnim wykształceniem (grupy o tej samej liczebności). W przypadku mężczyzn przeważało wykształcenie wyższe.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.10:

Czym kieruje się Pan/i przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

| Etykiety wierszy | Liczba z II.1 |
|---------------------|---------------|
| atmosferą | 10 |
| ceną | 12 |
| jakością usług | 44 |
| lokalizacją | 12 |
| Suma końcowa | 78 |



Dominantą (moda, wartość modalna) niniejszego rozkładu dotyczącego powodów, którymi kierują się osoby przy wyborze gabinetu stomatologicznego jest: jakość usług. W drugiej kolejności ankietowani wybierali takie powody, jak: lokalizacja i cena (po 15%) oraz atmosfera (13%). W ramach niniejszego rozkładu dominanta jest zarysowana bardzo wyraźnie. Ilość uzyskanych odpowiedzi wskazujących, iż **jakość usług** jest determinantą wyboru gabinetu stomatologicznego, jest prawie 4-krotnie większa od ilości odpowiedzi wskazujących na kolejne z powodów (wspomniane powyżej: lokalizacja, cena, atmosfera). Uzyskana w tym przypadku wartość modalna pozwala na wyciągnięcie wniosku, iż chcąc pozyskiwać nowych Klientów oraz utrzymywać lojalność względem gabinetu tych obecnych przede wszystkim należy zwracać uwagę na jakość realizowanych usług.

Jakość usług jest pojęciem bardzo ogólnym, jednak w przypadku jakichkolwiek usług (w odróżnieniu od produkcji), przede wszystkim zależy ona od realizującego te usługi personelu i jego kompetencji oraz wykorzystywanego wyposażenia.

Jak przedstawiono w poniższych danych (tabelarycznych oraz graficznych), jakość usług jest dominantą niezależnie od cechy charakteryzującej daną grupę próby. Widoczne są różnice proporcji pomiędzy dominantą oraz pozostałymi wartościami, jednak nie zmienia to stanu rzeczy, że praktycznie poza sporadycznymi przypadkami (przedstawionymi poniżej) to właśnie jakość usług decydowała o wyborze danego gabinetu stomatologicznego.

Gabinet Dental – Care wychodząc naprzeciw oczekiwaniom swoich klientów oraz w celu zapewnienia im jak najwyższego poziomu świadczonych usług medycznych oraz samej obsługi stosuje szereg procedur, których zadaniem jest regulacja obszarów związanych z funkcjonowaniem gabinetu.

W tym celu zastosowanie mają procedury bezpośrednio wpływające na jakość obsługi Klienta przez personel medyczny, jak i samego lekarza, tj.:

- Procedura przeprowadzania rozmowy telefonicznej z klientem;
- Procedura obsługi pacjenta przez personel medyczny w rejestracji;
- Procedura obsługi pacjenta przez lekarza, z wyszczególnieniem działań, które mają zastosowanie podczas wizyty pacjenta pierwszorazowego, pacjenta stałego oraz pacjenta z objawami bólowymi;
- Procedura przygotowania oraz pozycjonowania pacjenta podczas wykonywania cefalometrii cyfrowej;
- Procedura przygotowania oraz pozycjonowania pacjenta podczas wykonywania zdjęcia RTG.

W gabinecie ma zastosowanie również szereg narzędzi, metod oraz systemów usprawniających zarządzanie i mających bezpośredni lub pośredni wpływ na szeroko rozumianą jakość (jakość usług, jakość obsługi Klientów):

- Oprogramowanie do zarządzania gabinetem stomatologicznym Prodentis;
- Formularz „Wywiad lekarski”;
- Formularze zgody na leczenie dotyczące: badania z wykorzystaniem promieni rentgenowskich; leczenia zachowawczego i endodontycznego; leczenia implantologicznego; leczenia chirurgicznego;

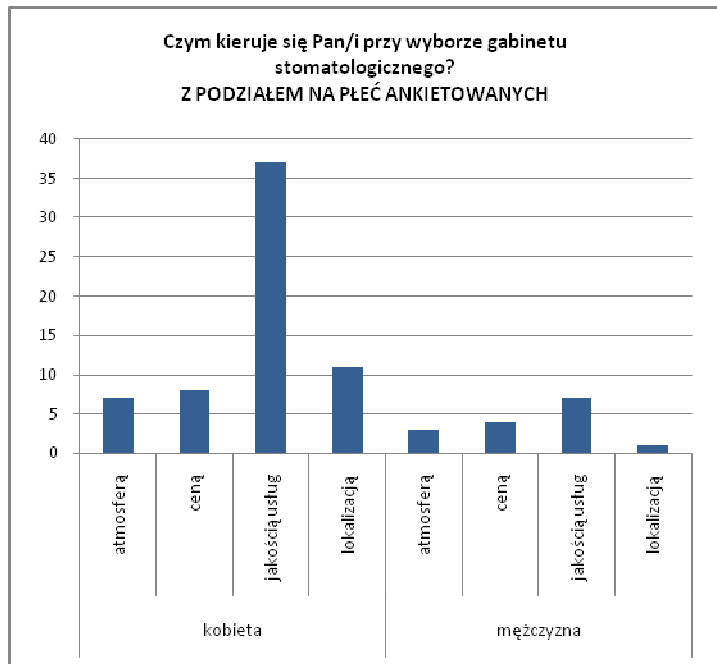
- Karta obowiązków i uprawnień pracownika uwzględniająca obsługę aparatów RTG: PlanmecaProMax 3D oraz Planmeca Intra oraz drukarki CarestreamDryView 5850 Laser Imager
- Czeklista zadaniowa – przypomnienia
- Procedury postępowania w przypadku wykonywania zdjęć rentgenowskich (punktowego i panoramicznego), cefalometrii oraz procedura nagrywania zdjęć na CD w programie Romexis (oprogramowaniem do przechwytywania, wyświetlania i przetwarzania obrazów 2D i 3D);
- Księga Jakości mająca zastosowanie do diagnostyki z wykorzystaniem promieni rentgenowskich.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.10:

Czym kieruje się Pan/i przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

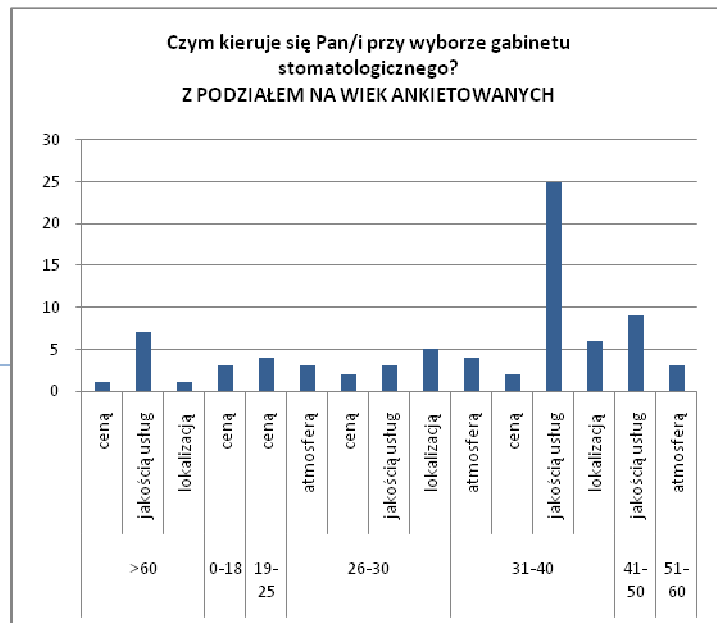
PŁEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.1 |
|---------------------|---------------|
| kobieta | 63 |
| atmosferą | 7 |
| ceną | 8 |
| jakością usług | 37 |
| lokalizacją | 11 |
| mężczyzna | 15 |
| atmosferą | 3 |
| ceną | 4 |
| jakością usług | 7 |
| lokalizacją | 1 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.1 |
|---------------------|---------------|
| >60 | 9 |
| ceną | 1 |
| jakością usług | 7 |
| lokalizacją | 1 |
| 0-18 | 3 |
| ceną | 3 |
| 19-25 | 4 |
| ceną | 4 |
| 26-30 | 13 |
| atmosferą | 3 |
| ceną | 2 |
| jakością usług | 3 |
| lokalizacją | 5 |
| 31-40 | 37 |
| atmosferą | 4 |
| ceną | 2 |
| jakością usług | 25 |
| lokalizacją | 6 |
| 41-50 | 9 |
| jakością usług | 9 |
| 51-60 | 3 |
| atmosferą | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



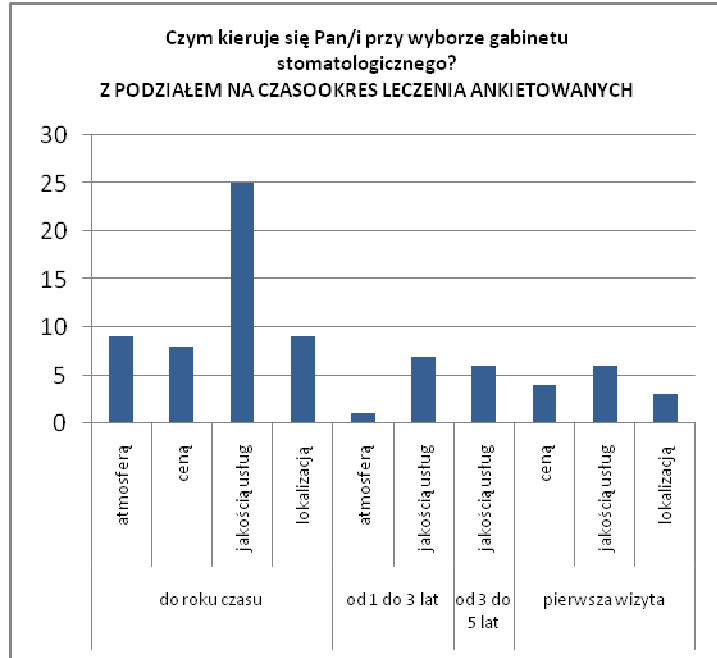
W przypadku osób należących do grup wiekowych do 25 roku ankietowani wskazywali jednogłośnie na cenę jako determinantę wyboru gabinetu stomatologicznego. W grupie 51-60 większość ankietowanych wskazała atmosferę. Jednak w pozostałych grupach podstawą wyboru gabinetu była jakość usług.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.10:

Czym kieruje się Pan/i przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

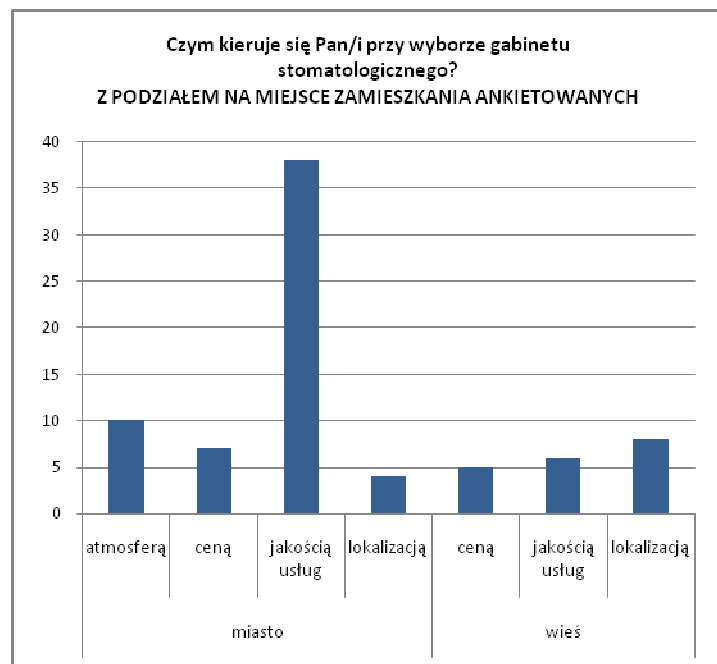
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.1 |
|------------------------|---------------|
| do roku czasu | 51 |
| atmosferą | 9 |
| ceną | 8 |
| jakością usług | 25 |
| lokalizacją | 9 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| atmosferą | 1 |
| jakością usług | 7 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| jakością usług | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| ceną | 4 |
| jakością usług | 6 |
| lokalizacją | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.1 |
|---------------------|---------------|
| miasto | 59 |
| atmosferą | 10 |
| ceną | 7 |
| jakością usług | 38 |
| lokalizacją | 4 |
| wieś | 19 |
| ceną | 5 |
| jakością usług | 6 |
| lokalizacją | 8 |
| Suma końcowa | 78 |



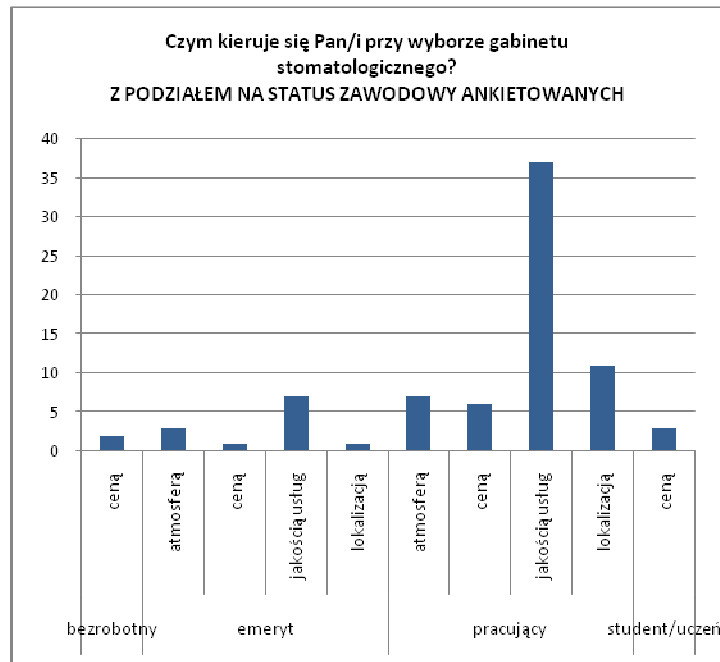
W przypadku ankietowanych zamieszkujących na wsi uzyskano wyniki wskazujące, że lokalizacja danego gabinetu ma większe znaczenie niż jakość usług. Pomimo faktu, iż rozrzut wyników wskazujących na lokalizację względem wyników wskazujących na jakość usług wynosi 25% (względem wartości uzyskanej dla lokalizacji), to niniejsza sytuacja może

wynikać ze zbyt małej liczebności badanej próbki. Jednakże na zbieżność wartości wyników dla lokalizacji oraz dla jakości usług w przypadku mieszkańców wsi należy zwrócić uwagę w momencie, kiedy firma będzie otwierała kolejne gabinety i definiowała będzie wstępnie docelową grupę Klientów. Zastosowanie będzie miało w tym wypadku przeprowadzenie dodatkowych badań na większej próbie, skupienie się na określonej docelowej grupie Klientów.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.10: Czym kieruje się Pan/i przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

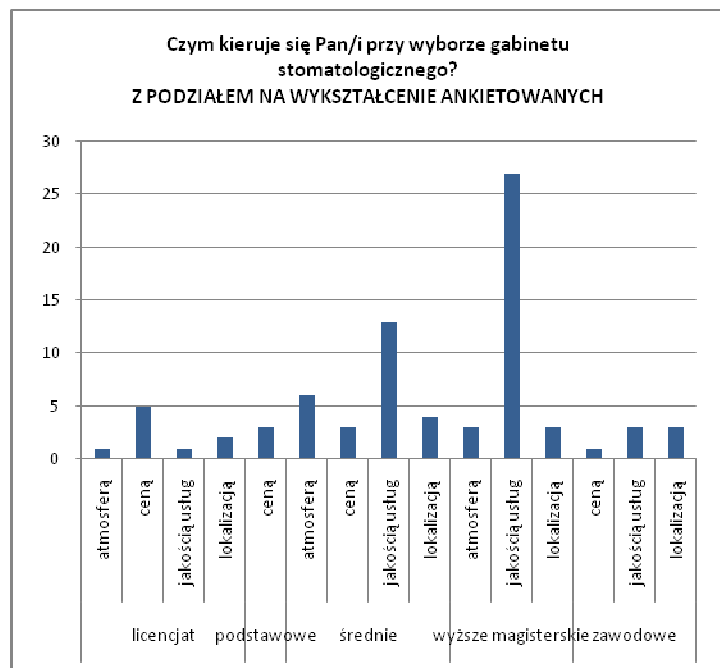
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.1 |
|----------------------|---------------|
| bezrobotny | 2 |
| ceną | 2 |
| emeryt | 12 |
| atmosferą | 3 |
| ceną | 1 |
| jakością usług | 7 |
| lokalizacją | 1 |
| pracujący | 61 |
| atmosferą | 7 |
| ceną | 6 |
| jakością usług | 37 |
| lokalizacją | 11 |
| student/uczeń | 3 |
| ceną | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



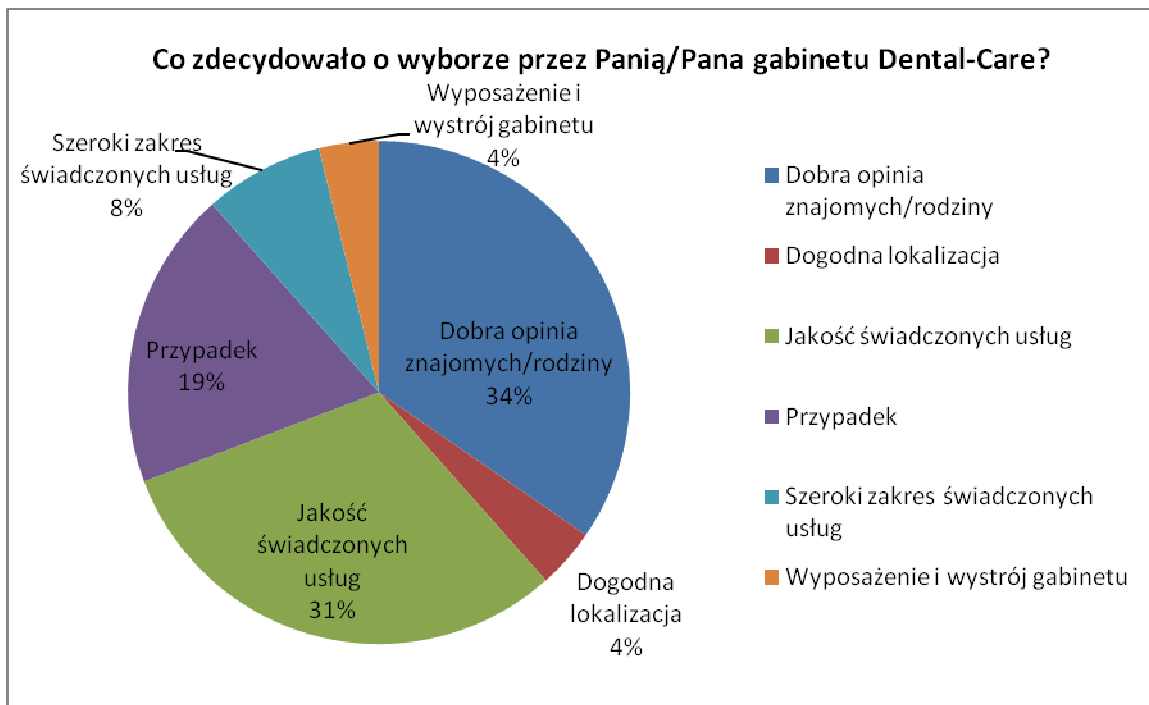
WYKSZTAŁCENIE

| Etykiety wierszy | Liczba z II.1 |
|----------------------------|---------------|
| licencjat | 9 |
| atmosferą | 1 |
| ceną | 5 |
| jakością usług | 1 |
| lokalizacją | 2 |
| podstawowe | 3 |
| ceną | 3 |
| średnie | 26 |
| atmosferą | 6 |
| ceną | 3 |
| jakością usług | 13 |
| lokalizacją | 4 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| atmosferą | 3 |
| jakością usług | 27 |
| lokalizacją | 3 |
| zawodowe | 7 |
| ceną | 1 |
| jakością usług | 3 |
| lokalizacją | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



**Tabele i wykresy z wynikami nr 3.11:
 Co zdecydowało o wyborze przez Panią/Pana gabinetu Dental-Care?**

| Etykiety wierszy | Liczba z II.2 |
|-----------------------------------|---------------|
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 27 |
| Dogodna lokalizacja | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 24 |
| Przypadek | 15 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 6 |
| Wyposażenie i wystrój gabinetu | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Zaprezentowany rozkład dotyczący czynników decyzyjnych, mających wpływ na wybór przez pacjentów właśnie gabinetu Dental- Care, cechuje brak wyraźnej dominanty w tym przypadku. Odpowiedzi pacjentów rozłożyły się na dwie najczęściej udzielane odpowiedzi: jakość świadczonych usług oraz dobra opinia znajomych /rodziny (która de facto opierając się na zebranych w ramach tego oraz poprzedniego pytania danych, jest pochodną jakości usług). Różnice pomiędzy tymi dwoma pytaniami nie pozwalają jednoznacznie stwierdzić nadrzędności jednej z tych odpowiedzi nad drugą. Istotny jest również fakt, że aż 20% ankietowanych stwierdziło, iż o wyborze gabinetu zdecydował przypadek. Ze względu

na niewielką ilość wskazań lokalizacji jako przyczynku wyboru gabinetu, która wydawałaby się jednoznacznie powiązana właśnie z przypadkowością wyboru, celowe byłoby przeprowadzenie w przyszłości bardziej szczegółowej analizy w tym zakresie. Miałyby one za zadanie określić, jakie składowe przyczyny spowodowały wybór danego gabinetu stomatologicznego nawet przypadkowy (np. reklama, dostępność informacji odnośnie gabinetu, źródło pozyskania informacji o gabinecie itp.).

Szerokie spektrum usług realizowanych przez gabinet Dental - Care nie wydaje się Klientom znaczącym czynnikiem przy wyborze, co może być spowodowane faktem, iż wizyta w gabinecie stomatologicznym zazwyczaj jest związana z jakimś konkretnym celem (problemem, przeglądem okresowym). Szeroki zakres usług zaczyna być przez Klientów dostrzegany w momencie, kiedy niezbędne okazuje się przeprowadzenie konkretnych procedur medycznych (zaawansowanej diagnostyki obrazowej, skomplikowanego leczenia itp.). W tym wypadku istotnym może być również fakt, iż gabinet jako jedyny na lokalnym rynku posiadającym pantomograficzny cyfrowy aparat RTG (najwyższa jakość wykonanych zdjęć), jako jedyny oferuje bezpłatne znieczulenie w ramach zabiegu, kierując się zasadą, iż leczenie ma być dla pacjenta procesem odbywającym się bez stresu i bólu oraz jako jedyny w swej ofercie proponuje leczenie kanałowe pod mikroskopem.

Dogodna lokalizacja – pomimo, iż w ramach wcześniejszego pytania aż 15% ankietowanych wskazało ten czynnik jako najistotniejszy przy wyborze gabinetu, w przypadku wyboru gabinetu Dental-Care czynnik lokalizacji okazał się nieistotny (lub jak wspomniano powyżej - część ankietowanych pod pojęciem przypadkowości ujęła również lokalizację, a ze względu na wystąpienie dodatkowych bliżej nieokreślonych czynników nie wskazało jednoznacznie w ramach odpowiedzi właśnie lokalizacji).

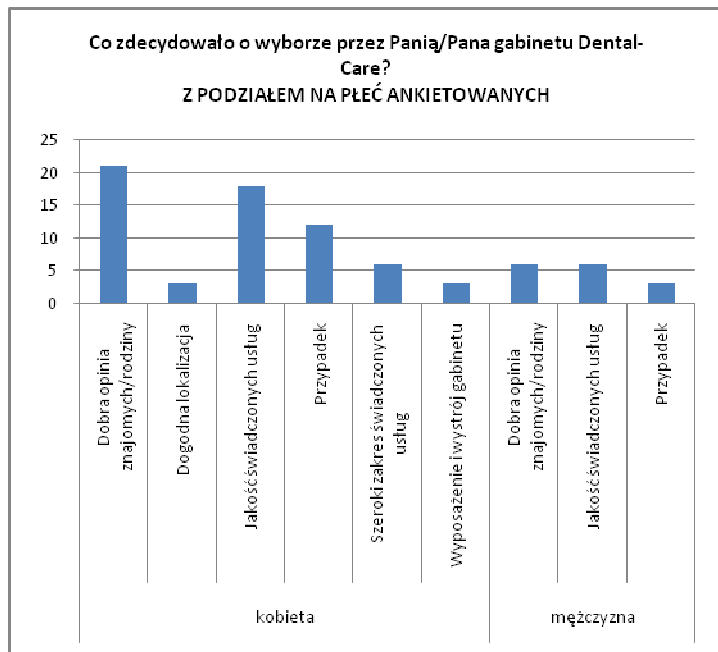
W związku z faktem, iż dwie najczęściej wskazywane przyczyny wyboru gabinetu (jakość usług/ dobra opinia) są czynnikami bezpośrednio nawiązującymi do jakości usług wnioskować można, że Klienci gabinetu są zadowoleni z usług i szeroko rozumianej jakości (procesów, usług i zarządzania) w Dental-Care. Dodatkowo świadczyć o tym może że 100% ankietowanych w ramach odpowiedzi na pytania 3.44 i 3.45 odpowiedziało, że poleciliby gabinet innym osobom (3.44) oraz wyraziło chęć ponownego skorzystania z usług gabinetu (3.45).

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.11:

Co zdecydowało o wyborze przez Panią/Pana gabinetu Dental-Care?

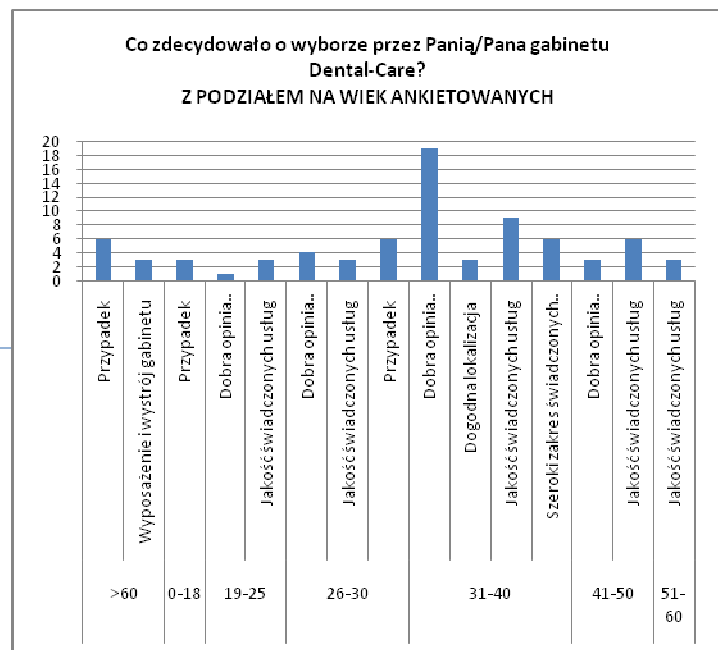
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.2 |
|-----------------------------------|---------------|
| kobieta | 63 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 21 |
| Dogodna lokalizacja | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 18 |
| Przypadek | 12 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 6 |
| Wyposażenie i wystrój gabinetu | 3 |
| mężczyzna | 15 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 6 |
| Jakość świadczonych usług | 6 |
| Przypadek | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.2 |
|-----------------------------------|---------------|
| >60 | 9 |
| Przypadek | 6 |
| Wyposażenie i wystrój gabinetu | 3 |
| 0-18 | 3 |
| Przypadek | 3 |
| 19-25 | 4 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 1 |
| Jakość świadczonych usług | 3 |
| 26-30 | 13 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 4 |
| Jakość świadczonych usług | 3 |
| Przypadek | 6 |
| 31-40 | 37 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 19 |
| Dogodna lokalizacja | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 9 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 6 |
| 41-50 | 9 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 6 |
| 51-60 | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

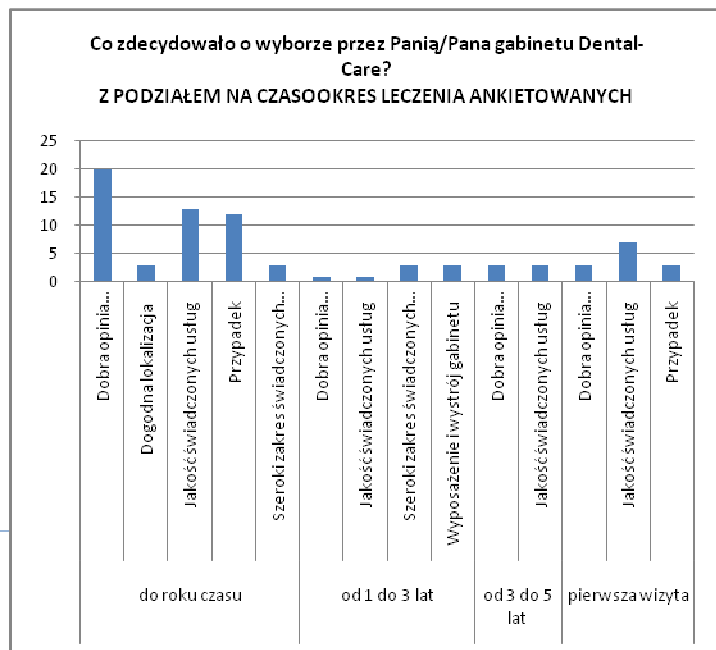


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.11:

Co zdecydowało o wyborze przez Panią/Pana gabinetu Dental-Care?

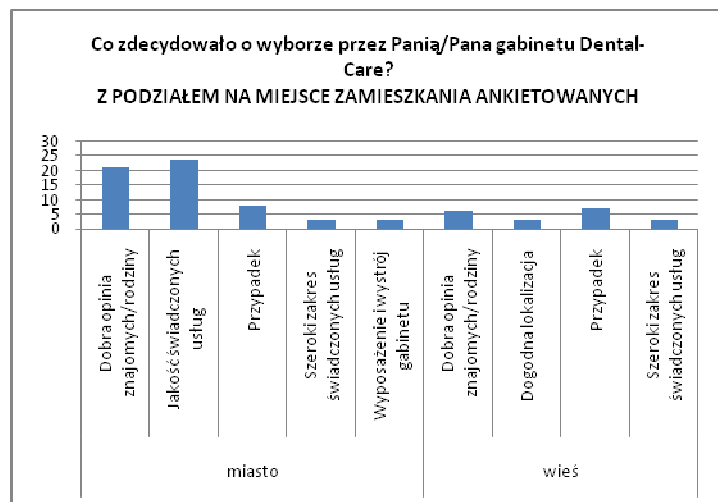
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.2 |
|-----------------------------------|---------------|
| do roku czasu | 51 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 20 |
| Dogodna lokalizacja | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 13 |
| Przypadek | 12 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 3 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 1 |
| Jakość świadczonych usług | 1 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 3 |
| Wyposażenie i wystrój gabinetu | 3 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 3 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 7 |
| Przypadek | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.2 |
|-----------------------------------|---------------|
| miasto | 59 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 21 |
| Jakość świadczonych usług | 24 |
| Przypadek | 8 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 3 |
| Wyposażenie i wystrój gabinetu | 3 |
| wieś | 19 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 6 |
| Dogodna lokalizacja | 3 |
| Przypadek | 7 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

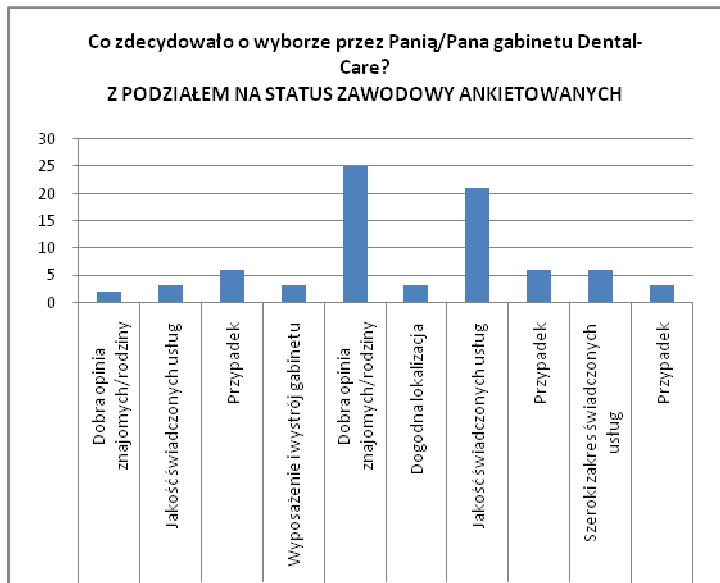


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.11:

Co zdecydowało o wyborze przez Panią/Pana gabinetu Dental-Care?

STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.2 |
|-----------------------------------|---------------|
| bezrobotny | 2 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 2 |
| emeryt | 12 |
| Jakość świadczonych usług | 3 |
| Przypadek | 6 |
| Wyposażenie i wystrój gabinetu | 3 |
| pracujący | 61 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 25 |
| Dogodna lokalizacja | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 21 |
| Przypadek | 6 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 6 |
| student/uczeń | 3 |
| Przypadek | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

| Etykiety wierszy | Liczba z II.2 |
|-----------------------------------|---------------|
| licencjat | 9 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 3 |
| Przypadek | 3 |
| podstawowe | 3 |
| Przypadek | 3 |
| średnie | 26 |
| Dobra opinia znajomych/rodziny | 9 |
| Jakość świadczonych usług | 9 |
| Przypadek | 2 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 3 |
| Wyposażenie i wystrój gabinetu | 3 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| Dobra opinia znajomych /rodziny | 15 |
| Dogodna lokalizacja | 3 |
| Jakość świadczonych usług | 12 |
| Przypadek | 3 |
| zawodowe | 7 |
| Przypadek | 4 |
| Szeroki zakres świadczonych usług | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

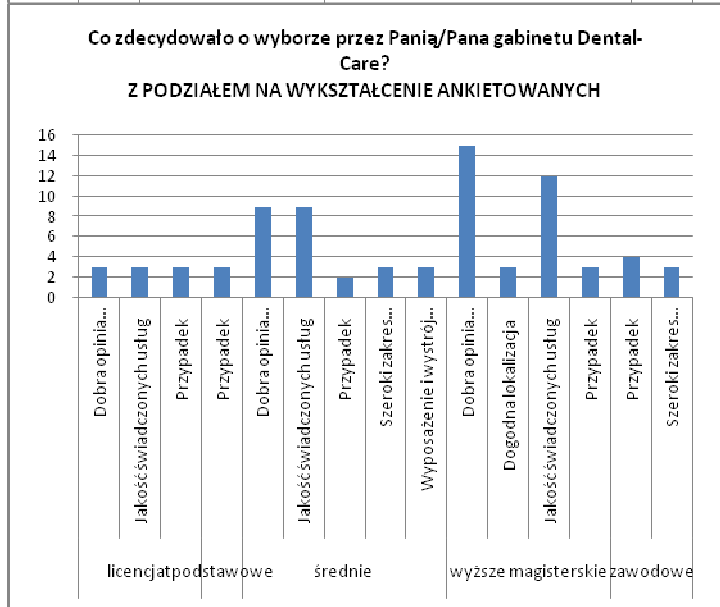
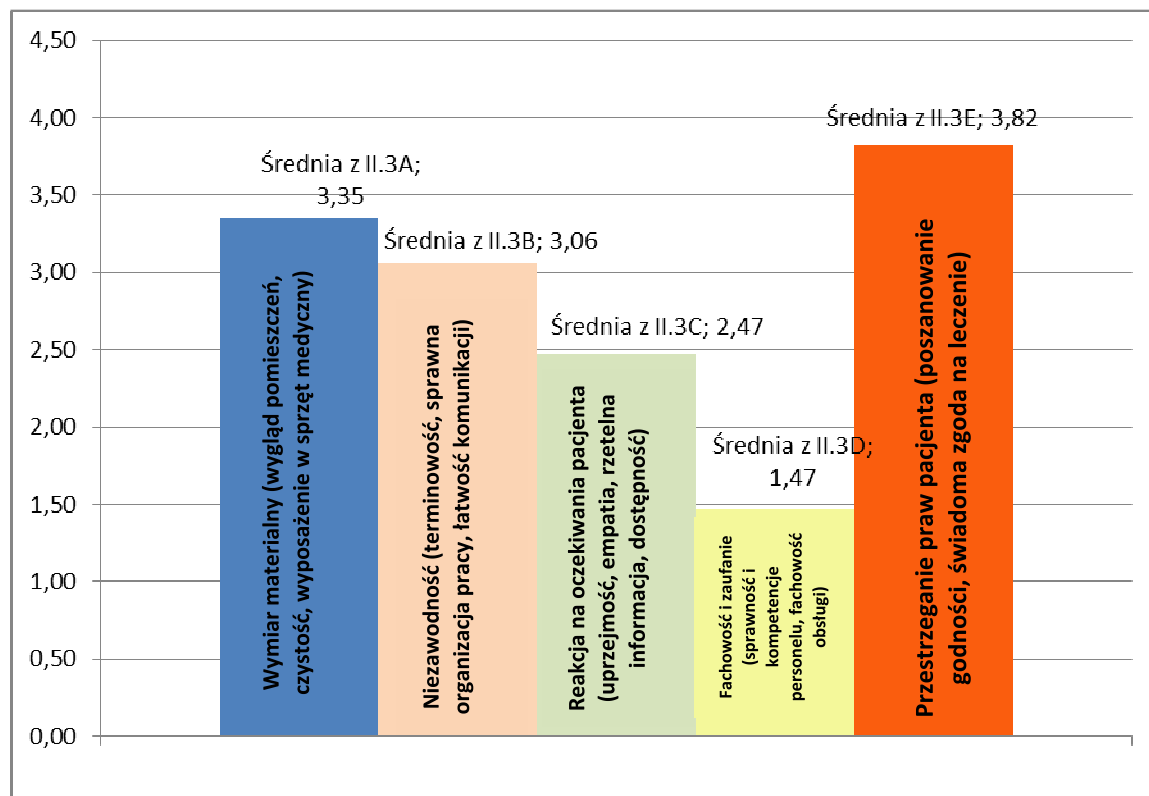


Tabela i wykres z wynikami nr 3.12:
Który z obszarów jakości usług medycznych jest dla Klientów najważniejszy

| Średnia z II.3A | Średnia z II.3B | Średnia z II.3C | Średnia z II.3D | Średnia z II.3E |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 3,35 | 3,06 | 2,47 | 1,47 | 3,82 |



POZYCJE

- Średnia z II.3A Wymiar materialny (wygląd pomieszczeń, czystość, wyposażenie w sprzęt medyczny)
- Średnia z II.3B Niezawodność (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji)
- Średnia z II.3C Reakcja na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)
- Średnia z II.3D Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi)
- Średnia z II.3E Przestrzeganie praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie)

OCENA

- 1 - NAJWAŻNIEJSZY
- 2
- 3
- 4
- 5 – NAJMNIEJ WAŻNY

Potwierdzeniem wcześniejszych informacji jest fakt, iż Klienci wskazali fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość usługi) jako najistotniejszy z obszarów jakości usług medycznych. Ankietowani najczęściej wybierali właśnie tę

odpowieź jako czynnik o największym znaczeniu dla nich. Niniejszy punkt ankiety jest jedynym w ramach tej pracy, w którym zastosowana została średnia arytmetyczna. Dla najistotniejszego czynnika uzyskano średnią ocen na poziomie 1,47 w skali 1 do 5, gdzie 1 stanowi najbardziej istotny czynnik, a 5 najmniej istotny.

W drugiej kolejności ankietowani wymieniali: Reakcje na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność), która to odpowiedź uzyskała 2,47 pkt. Czyli cały jeden punkt mniej niż pierwszy najbardziej istotny czynnik.

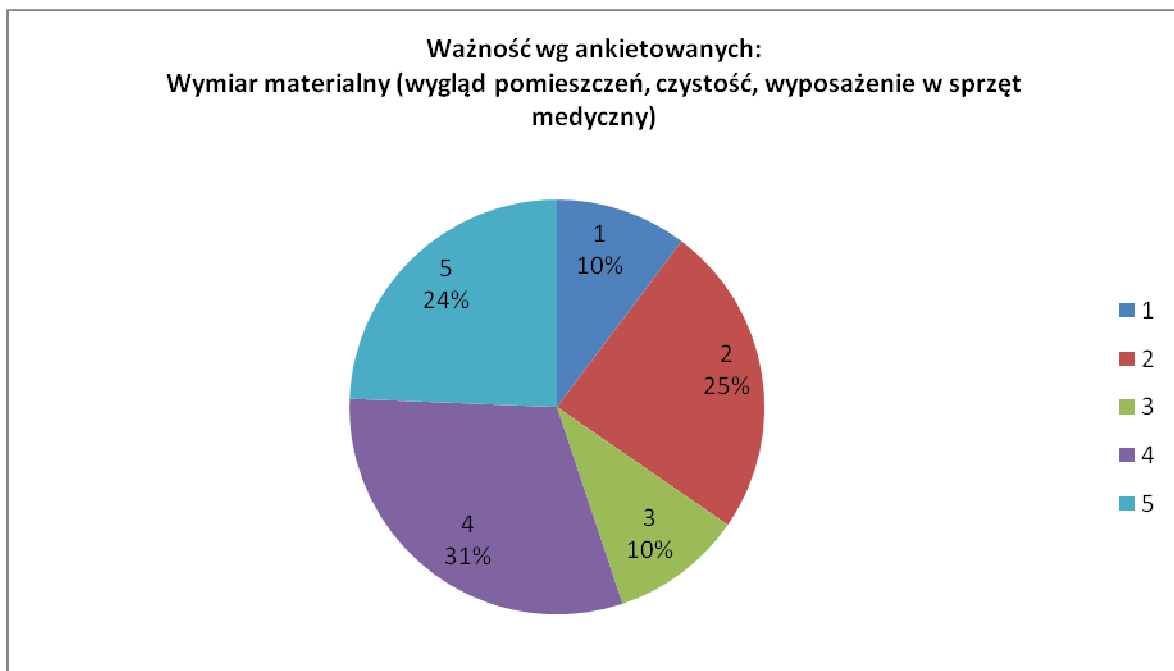
Niezwykle istotną obserwację stanowi informacja, że obszary wskazane przez pacjentów na pierwszym i drugim miejscu są w pełni zależne od personelu medycznego. Potwierdza to wcześniejsze odpowiedzi ankietowanych, że to jakość usług jest podstawowym czynnikiem determinującym korzystanie z usług danego gabinetu stomatologicznego. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż jakość ta dotyczy nie tylko kompetencji w zakresie usług medycznych, ale również odpowiedniego podejścia do pacjenta /Klienta.

Na ostatnim miejscu ankietowani wymienili obszar: Przestrzeganie praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie), który uzyskał 3,82 pkt. Brak oczekiwań w tym aspekcie może wynikać z faktu, że gabinet przywiązuje ogromną wagę do praw pacjenta oraz przestrzega ich na każdym kroku (zgoda na leczenie, wywiad lekarski).

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.13:

Ważność wg ankietowanych: Wymiar materialny (wygląd pomieszczeń, czystość, wyposażenie w sprzęt medyczny)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3A |
|---------------------|----------------|
| 1 | 8 |
| 2 | 19 |
| 3 | 8 |
| 4 | 24 |
| 5 | 19 |
| Suma końcowa | 78 |



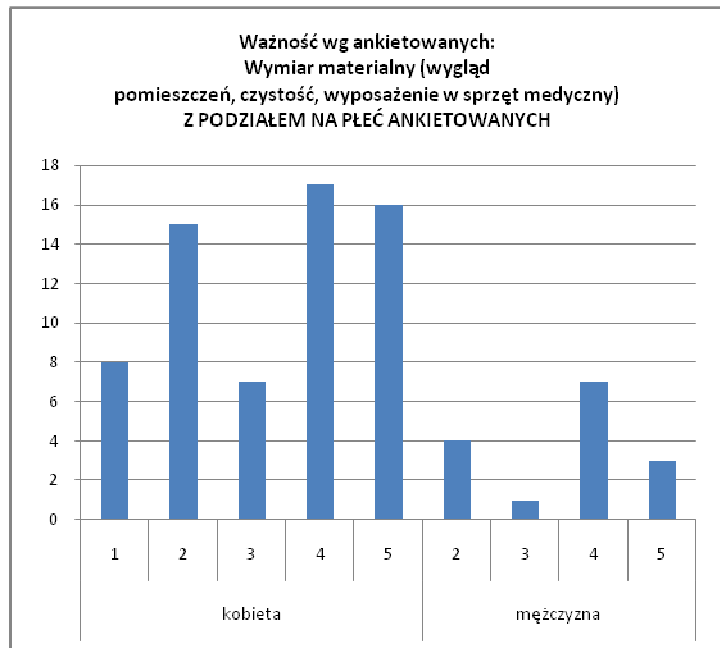
Niniejsze dane uszczegóławiają wcześniej omówione w zakresie poszczególnych obszarów. Pokazują, jaki był rozkład przyznawanej wagi temu obszarowi przez ankietowanych. Aż 55% ankietowanych wskazało, że obszar – wymiar materialny, jest mało istotny lub najmniej istotny (24% przyznało 5pkt (najmniejsza istotność) a 31% 4 pkt.). Pomimo tego aż 25% ankietowanych wskazała wymiar materialny jako drugi pod względem ważności obszar. 10% ankietowanych wskazało ten obszar jako najważniejszy dla nich. Taka sama ilość ankietowanych przyznała mu tylko 3 pkt., co świadczy, że umieścili go dokładnie pośrodku skali ważności (wśród 5 przedstawionych obszarów).

W sumie ankietowani określili ten obszar na 4. miejscu (w skali 5-stopniowej) pod względem ważności dla Klientów, przyznając średnią 3,35 pkt. Obszar jakości, jakim jest jej wymiar materialny w przypadku zarówno kobiet jak i mężczyzn, uzyskał w większości odpowiedzi tylko 4 pkt. Biorąc pod uwagę wiek osób ankietowanych najmniejszą wagę do czynników materialnych przywiązywały osoby powyżej 51 roku życia.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.13:

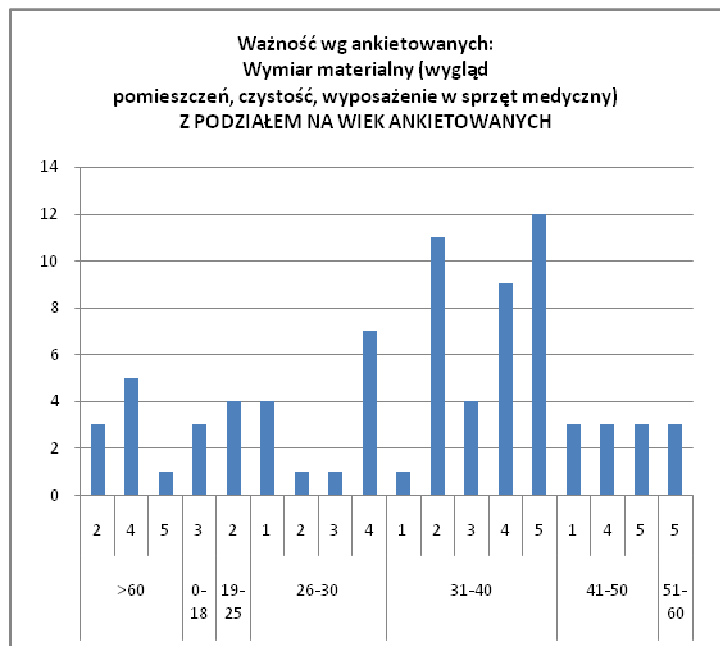
Ważność wg ankietowanych: Wymiar materialny (wygląd pomieszczeń, czystość, wyposażenie w sprzęt medyczny)
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3A |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| 1 | 8 |
| 2 | 15 |
| 3 | 7 |
| 4 | 17 |
| 5 | 16 |
| mężczyzna | 15 |
| 2 | 4 |
| 3 | 1 |
| 4 | 7 |
| 5 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3A |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| 2 | 3 |
| 4 | 5 |
| 5 | 1 |
| 0-18 | 3 |
| 3 | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 2 | 4 |
| 26-30 | 13 |
| 1 | 4 |
| 2 | 1 |
| 3 | 1 |
| 4 | 7 |
| 31-40 | 37 |
| 1 | 1 |
| 2 | 11 |
| 3 | 4 |
| 4 | 9 |
| 5 | 12 |
| 41-50 | 9 |
| 1 | 3 |
| 4 | 3 |
| 5 | 3 |
| 51-60 | 3 |
| 5 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

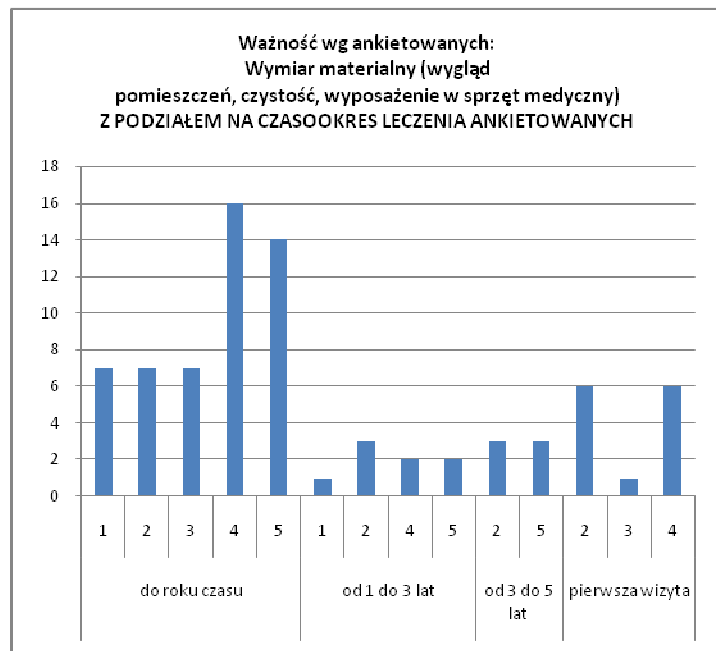


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.13:

Ważność wg ankietowanych: Wymiar materialny (wygląd pomieszczeń, czystość, wyposażenie w sprzęt medyczny)

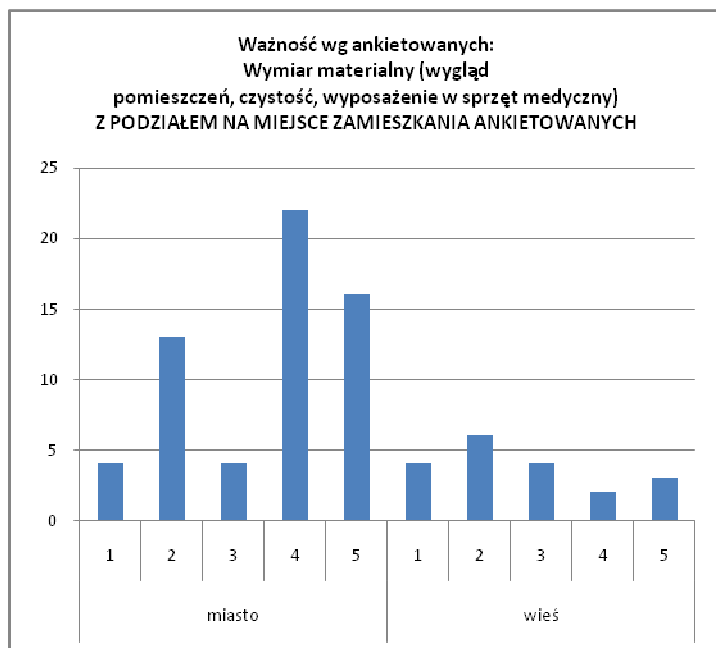
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z IL.3A |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 1 | 7 |
| 2 | 7 |
| 3 | 7 |
| 4 | 16 |
| 5 | 14 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 1 | 1 |
| 2 | 3 |
| 4 | 2 |
| 5 | 2 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 2 | 3 |
| 5 | 3 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 2 | 6 |
| 3 | 1 |
| 4 | 6 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z IL.3A |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| 1 | 4 |
| 2 | 13 |
| 3 | 4 |
| 4 | 22 |
| 5 | 16 |
| wieś | 19 |
| 1 | 4 |
| 2 | 6 |
| 3 | 4 |
| 4 | 2 |
| 5 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

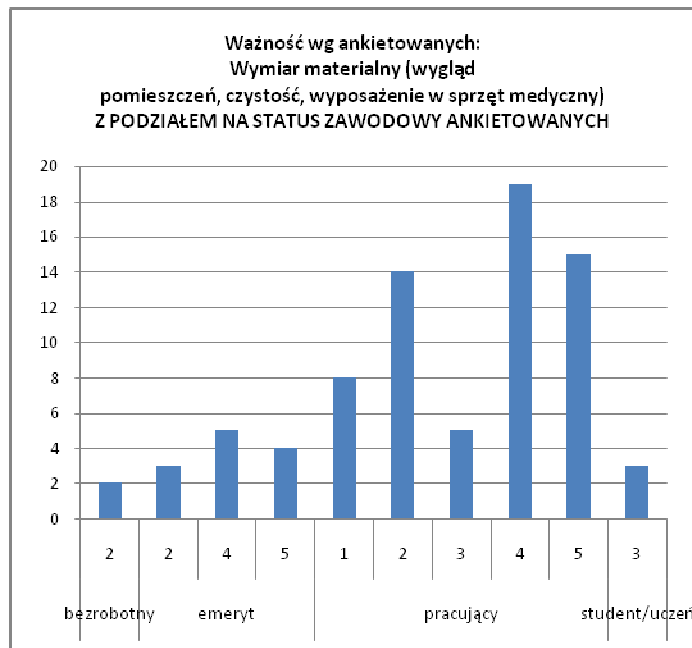


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.13:

Ważność wg ankietowanych: Wymiar materialny (wygląd pomieszczeń, czystość, wyposażenie w sprzęt medyczny)

STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3A |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 2 | 2 |
| emeryt | 12 |
| 2 | 3 |
| 4 | 5 |
| 5 | 4 |
| pracujący | 61 |
| 1 | 8 |
| 2 | 14 |
| 3 | 5 |
| 4 | 19 |
| 5 | 15 |
| student/uczeń | 3 |
| 3 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

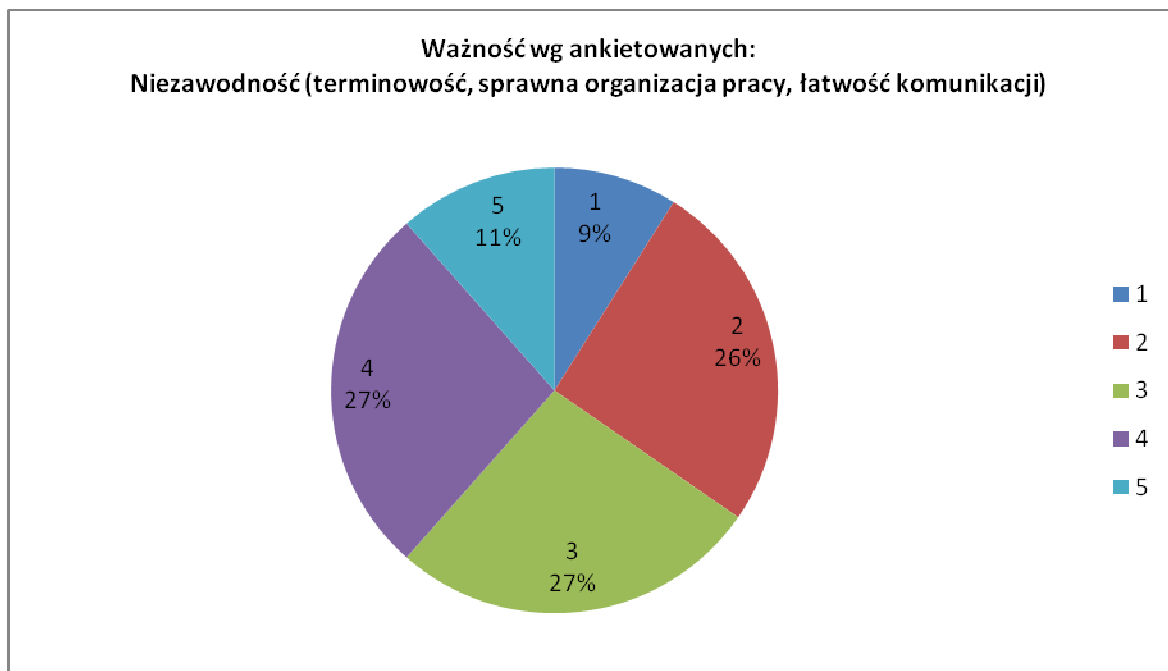
| Etykiety wierszy | Liczba z II.3A |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| 1 | 3 |
| 2 | 3 |
| 4 | 3 |
| podstawowe | 3 |
| 3 | 3 |
| średnie | 26 |
| 1 | 4 |
| 2 | 7 |
| 3 | 1 |
| 4 | 7 |
| 5 | 7 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 2 | 8 |
| 3 | 4 |
| 4 | 12 |
| 5 | 9 |
| zawodowe | 7 |
| 1 | 1 |
| 2 | 1 |
| 4 | 2 |
| 5 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.14:

Ważność wg ankietowanych: Niezawodność (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3B |
|---------------------|----------------|
| 1 | 7 |
| 2 | 20 |
| 3 | 21 |
| 4 | 21 |
| 5 | 9 |
| Suma końcowa | 78 |



Niezawodność (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji) została wskazana przez ankietowanych jako 3 kolejny obszar pod względem ważności dla ankietowanych Klientów. Średnia punktów, jaką przyznali ankietowani dla tego obszaru to: 3,06. Tylko 9% ankietowanych wskazało ten obszar jako najważniejszy dla nich oraz podobna ilość (11%) jako najmniej ważny.

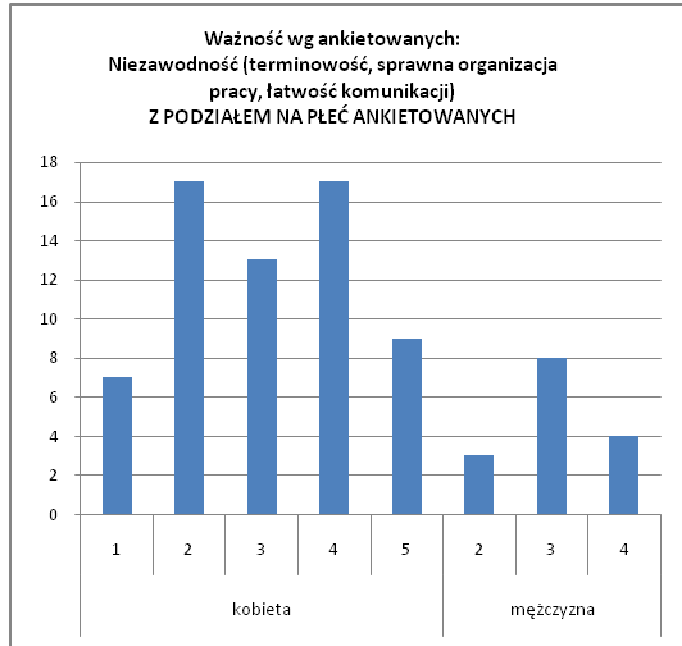
27% przyznało środkową ilość punktów 3, klasyfikując ten obszar dokładnie po środku skali ważności. Grupy o zbliżonej liczebności przyznały mu odpowiednio 4(27%) i 2 punkty (26%). Niezawodność jako obszar o strategicznym znaczeniu dla jakości świadczonych usług najważniejsze znaczenie miała dla osób do lat 18 oraz tych pomiędzy 41 a 50 rokiem życia. Osoby zamieszkujące tereny wiejskie, zgodnie z przyznaną punktacją (2-5 pkt.), nie oceniają tego czynnika jako istotną składową jakości usług.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.14:

Ważność wg ankietowanych: Niezawodność (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji)

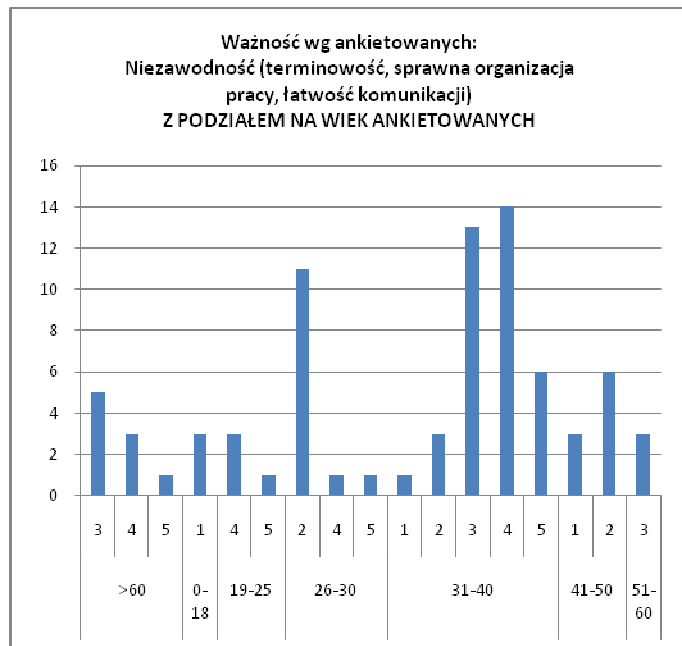
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3B |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| 1 | 7 |
| 2 | 17 |
| 3 | 13 |
| 4 | 17 |
| 5 | 9 |
| mężczyzna | 15 |
| 2 | 3 |
| 3 | 8 |
| 4 | 4 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3B |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| 3 | 5 |
| 4 | 3 |
| 5 | 1 |
| 0-18 | 3 |
| 1 | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 4 | 3 |
| 5 | 1 |
| 26-30 | 13 |
| 2 | 11 |
| 4 | 1 |
| 5 | 1 |
| 31-40 | 37 |
| 1 | 1 |
| 2 | 3 |
| 3 | 13 |
| 4 | 14 |
| 5 | 6 |
| 41-50 | 9 |
| 1 | 3 |
| 2 | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 3 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

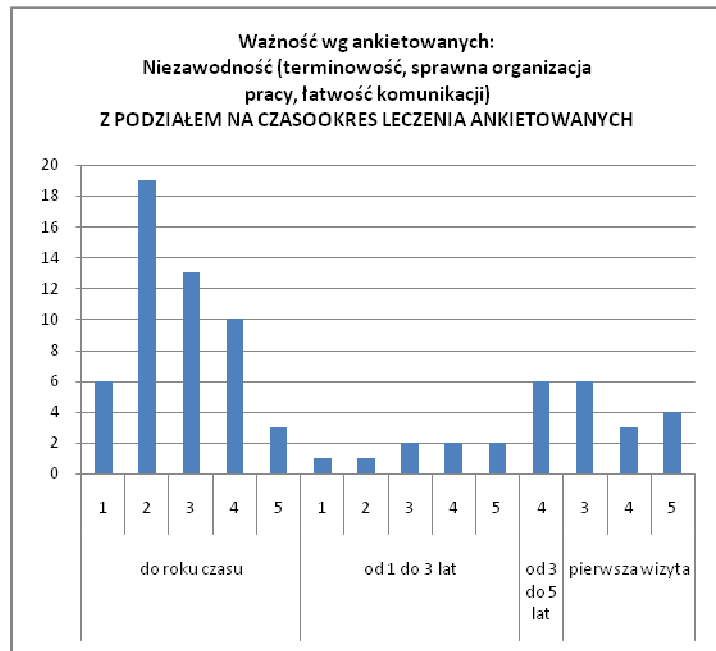


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.14:

Ważność wg ankietowanych: Niezawodność (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji)

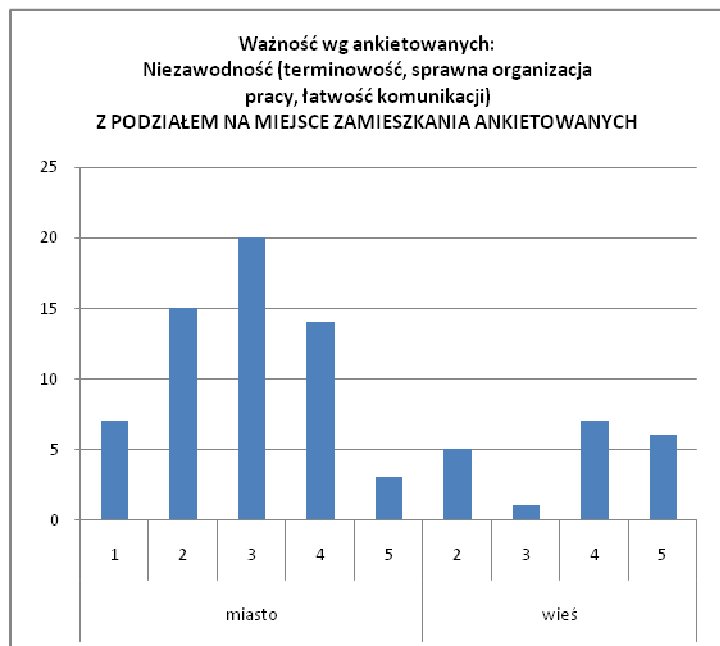
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3B |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 1 | 6 |
| 2 | 19 |
| 3 | 13 |
| 4 | 10 |
| 5 | 3 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 1 | 1 |
| 2 | 1 |
| 3 | 2 |
| 4 | 2 |
| 5 | 2 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 4 | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 3 | 6 |
| 4 | 3 |
| 5 | 4 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3B |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| 1 | 7 |
| 2 | 15 |
| 3 | 20 |
| 4 | 14 |
| 5 | 3 |
| wieś | 19 |
| 2 | 5 |
| 3 | 1 |
| 4 | 7 |
| 5 | 6 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.14:

Ważność wg ankietowanych: Niezawodność (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji)

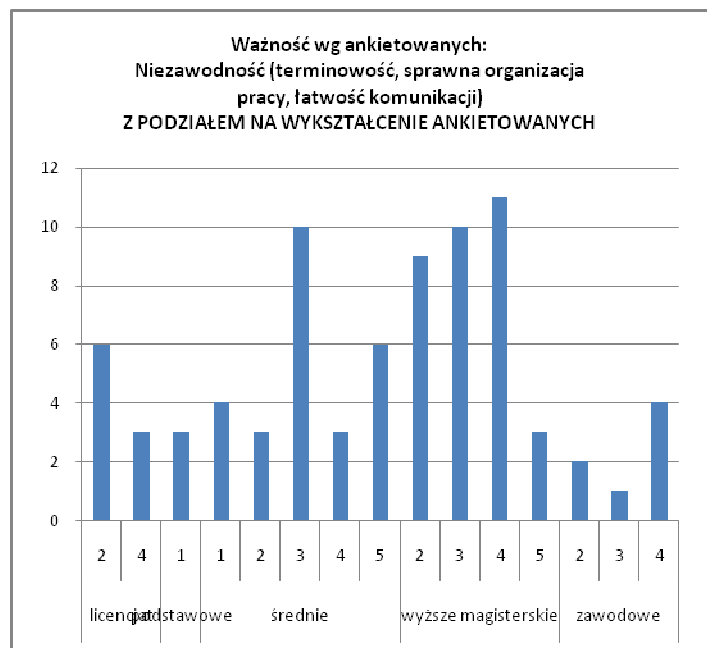
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3B |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 5 | 2 |
| emeryt | 12 |
| 3 | 8 |
| 4 | 3 |
| 5 | 1 |
| pracujący | 61 |
| 1 | 4 |
| 2 | 20 |
| 3 | 13 |
| 4 | 18 |
| 5 | 6 |
| student/uczeń | 3 |
| 1 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

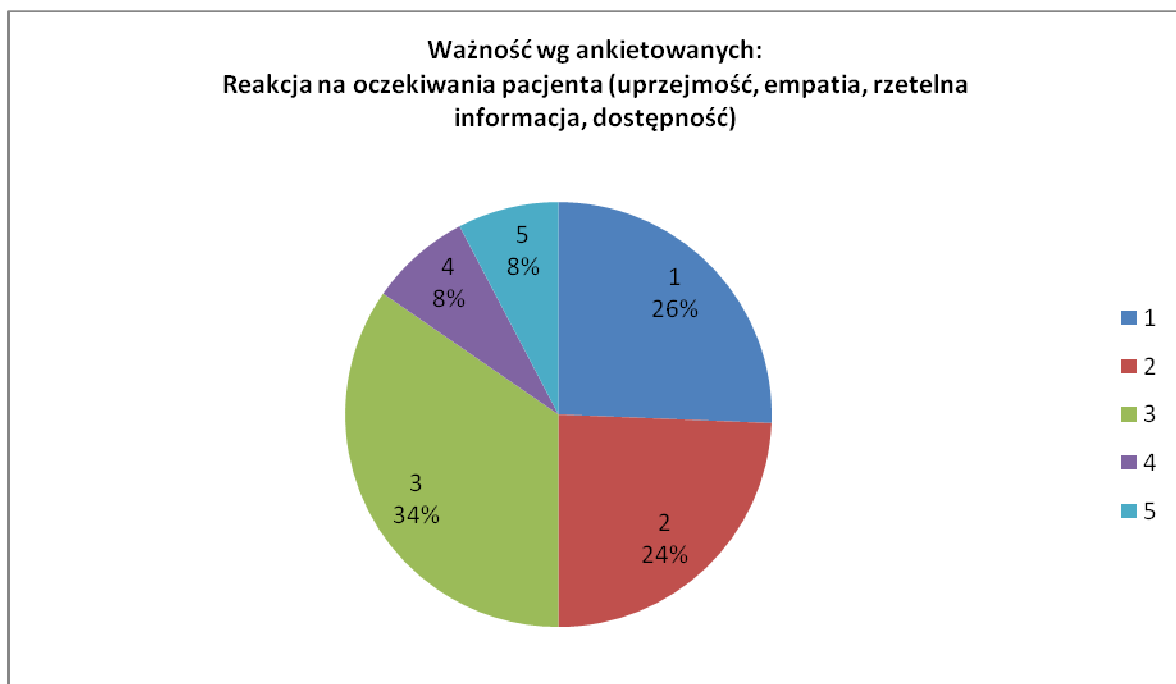
| Etykiety wierszy | Liczba z II.3B |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| 2 | 6 |
| 4 | 3 |
| podstawowe | 3 |
| 1 | 3 |
| średnie | 26 |
| 1 | 4 |
| 2 | 3 |
| 3 | 10 |
| 4 | 3 |
| 5 | 6 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 2 | 9 |
| 3 | 10 |
| 4 | 11 |
| 5 | 3 |
| zawodowe | 7 |
| 2 | 2 |
| 3 | 1 |
| 4 | 4 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykres z wynikami nr 3.15:

Ważność wg ankietowanych: Reakcja na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3C |
|---------------------|----------------|
| 1 | 20 |
| 2 | 19 |
| 3 | 27 |
| 4 | 6 |
| 5 | 6 |
| Suma końcowa | 78 |



Reakcja na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność) to obszar, który został zakwalifikowany przez ankietowanych na drugim miejscu w 5-stopniowej skali ważności. Średnia przyznanych punktów to 2,47. Jak widać na przedstawionym powyżej wykresie, ponad 25% ankietowanych określiła ten obszar jako najważniejszy dla nich, a tylko 16% jako obszar o ważności mniejszej niż przeciętna (<3 pkt.). Wartość przeciętną (3) wskazała jedna trzecia ankietowanych, a drugie miejsce (2 pkt.) przyznało aż 24% ankietowanych. Obszar związany z reakcją na oczekiwania pacjenta miał zasadniczo większe znaczenie dla mężczyzn, gdyż rozpiętość przyznawanych przez nich pkt. mieściła się w zakresie od 1-2. Niezwykle istotnym jest również fakt, iż obszar związany z uprzejmością, empatią oraz dostępnością jest istotny dla osób do 25 roku życia oraz po 51

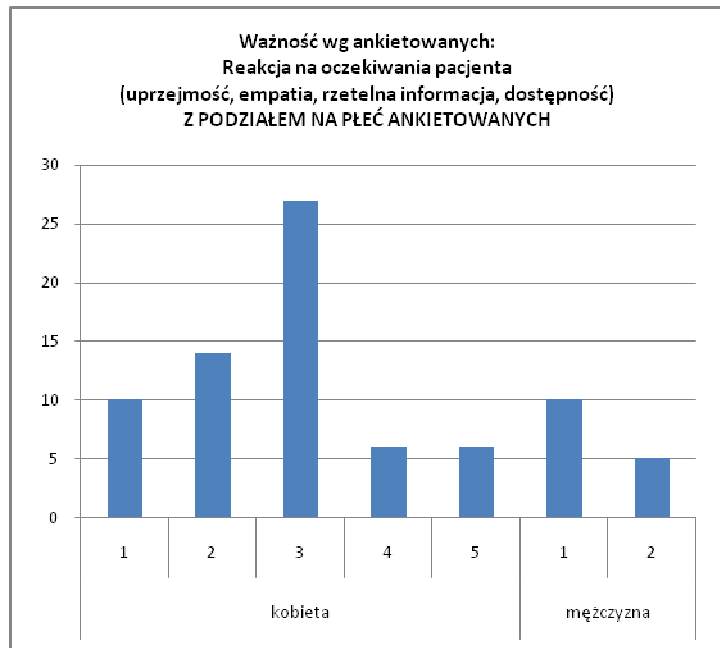
roku życia. I to oni zwracają największą uwagę na sposób, w jaki są obsługiwani. Osoby zamieszkujące tereny miejskie przykładały większą uwagę do znaczenia tego czynnika.

Tabele i wykres z wynikami nr 3.15:

Ważność wg ankietowanych: Reakcja na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)

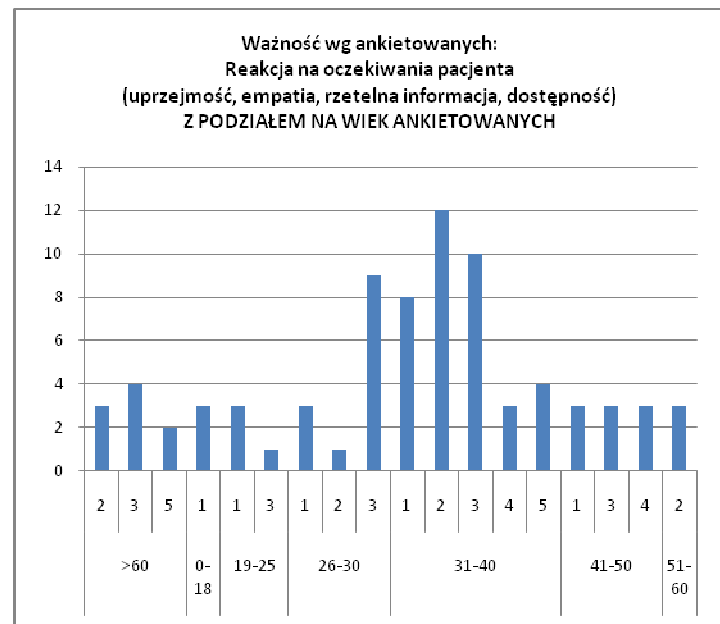
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3C |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| 1 | 10 |
| 2 | 14 |
| 3 | 27 |
| 4 | 6 |
| 5 | 6 |
| mężczyzna | 15 |
| 1 | 10 |
| 2 | 5 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3C |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| 2 | 3 |
| 3 | 4 |
| 5 | 2 |
| 0-18 | 3 |
| 1 | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 1 | 3 |
| 3 | 1 |
| 26-30 | 13 |
| 1 | 3 |
| 2 | 1 |
| 3 | 9 |
| 31-40 | 37 |
| 1 | 8 |
| 2 | 12 |
| 3 | 10 |
| 4 | 3 |
| 5 | 4 |
| 41-50 | 9 |
| 1 | 3 |
| 3 | 3 |
| 4 | 3 |
| 51-60 | 3 |
| 2 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykres z wynikami nr 3.15:

Ważność wg ankietowanych: Reakcja na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)

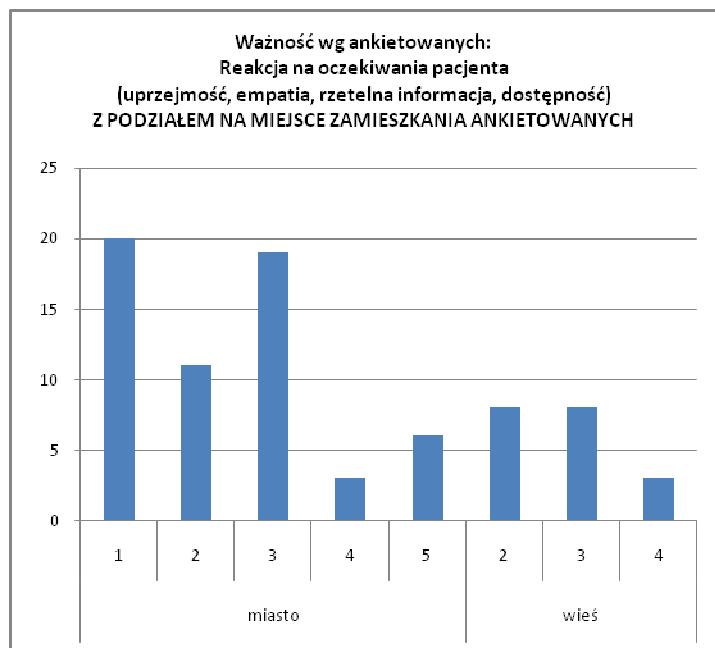
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3C |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 1 | 16 |
| 2 | 14 |
| 3 | 12 |
| 4 | 6 |
| 5 | 3 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 1 | 3 |
| 3 | 4 |
| 5 | 1 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 3 | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 1 | 1 |
| 2 | 5 |
| 3 | 5 |
| 5 | 2 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3C |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| 1 | 20 |
| 2 | 11 |
| 3 | 19 |
| 4 | 3 |
| 5 | 6 |
| wieś | 19 |
| 2 | 8 |
| 3 | 8 |
| 4 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

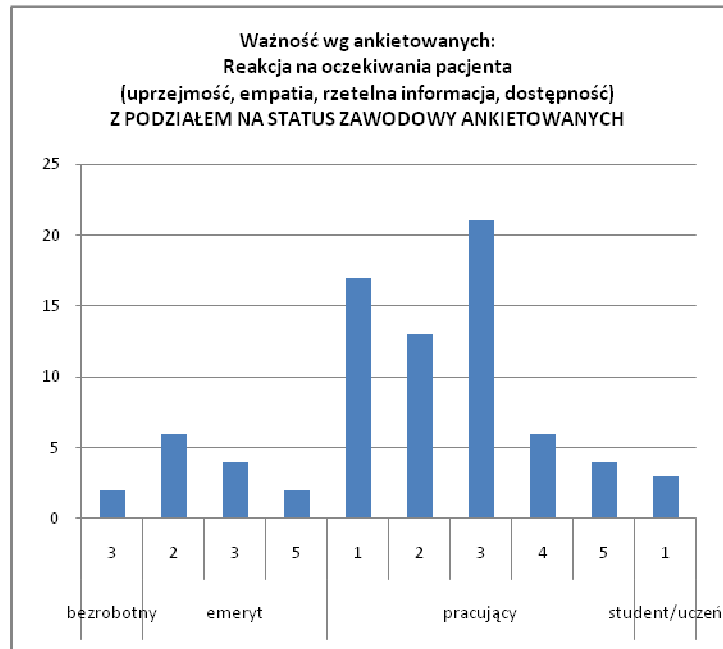


Tabele i wykres z wynikami nr 3.15:

Ważność wg ankietowanych: Reakcja na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)

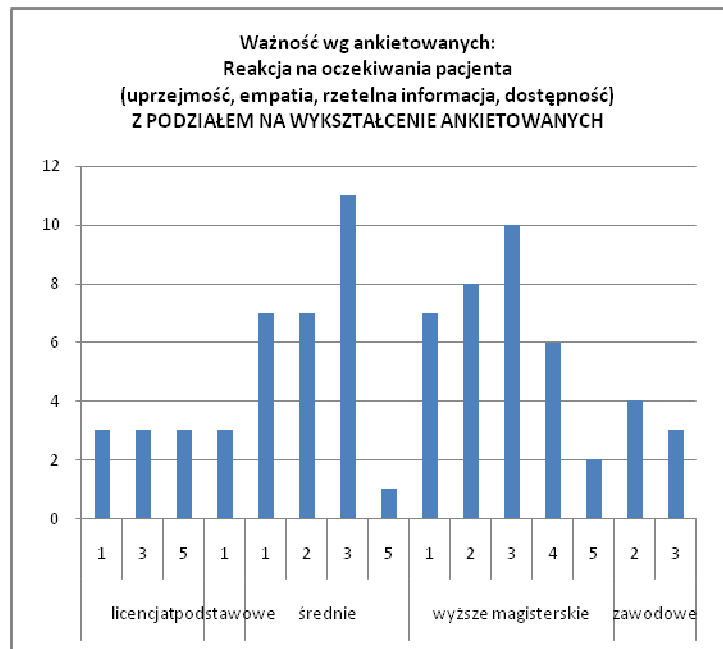
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3C |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 3 | 2 |
| emeryt | 12 |
| 2 | 6 |
| 3 | 4 |
| 5 | 2 |
| pracujący | 61 |
| 1 | 17 |
| 2 | 13 |
| 3 | 21 |
| 4 | 6 |
| 5 | 4 |
| student/uczeń | 3 |
| 1 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

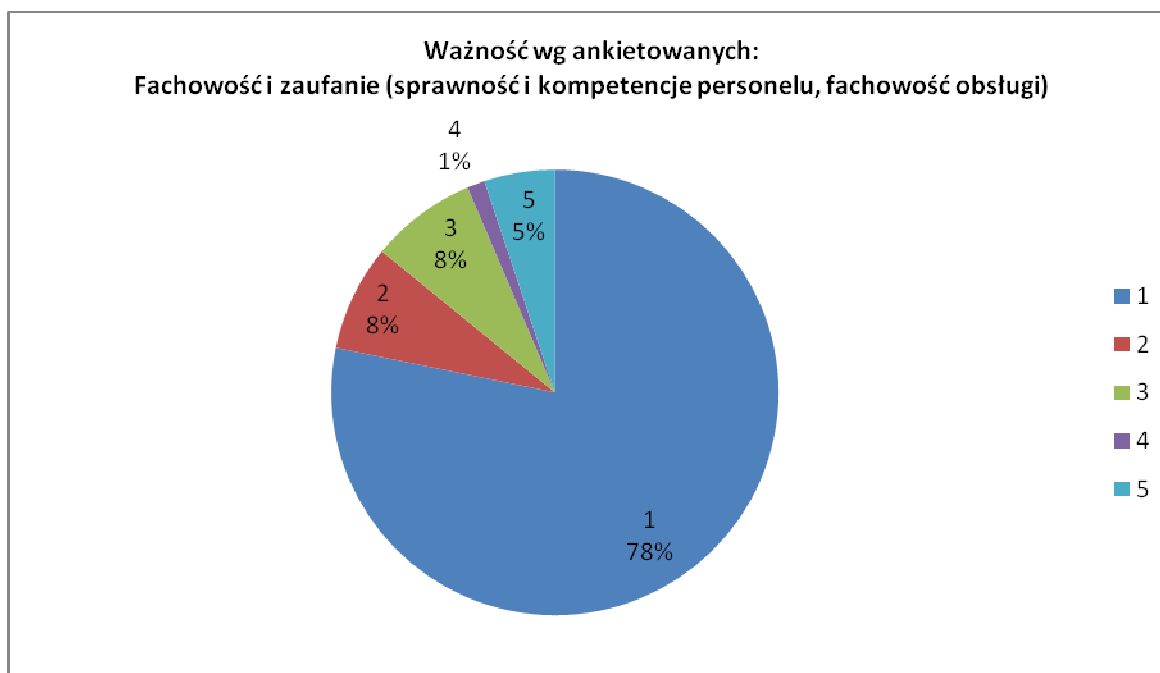
| Etykiety wierszy | Liczba z II.3C |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| 1 | 3 |
| 3 | 3 |
| 5 | 3 |
| podstawowe | 3 |
| 1 | 3 |
| średnie | 26 |
| 1 | 7 |
| 2 | 7 |
| 3 | 11 |
| 5 | 1 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 1 | 7 |
| 2 | 8 |
| 3 | 10 |
| 4 | 6 |
| 5 | 2 |
| zawodowe | 7 |
| 2 | 4 |
| 3 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.16:

Ważność wg ankietowanych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3D |
|---------------------|----------------|
| 1 | 61 |
| 2 | 6 |
| 3 | 6 |
| 4 | 1 |
| 5 | 4 |
| Suma końcowa | 78 |



Aż 78% ankietowanych wskazało: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi) jako najbardziej istotny dla nich obszar jakości usług medycznych. Dominanta tego rozkładu świadczy o bardzo dużej wadze, jaką przykładają Klienci do jakości usług stomatologicznych, którą to jakość determinują kompetencje personelu.

Istotnym jest zapewnienie powtarzalności jakości usług niezależnie od personelu, co wiąże się z potrzebą odpowiedniej realizacji procesów rekrutacyjnych i szkoleniowych dla personelu, jak również potrzebą wprowadzenia okresowych ocen ich pracy. Jakość usług zapewniana przez kompetentny personel nie powinna być zjawiskiem przypadkowym, a permanentnie powtarzalnym. Aby zapewnić właściwą wagę temu obszarowi należy odpowiednią uwagę poświęcić procesom związanym z zasobami ludzkimi i ich rozwojem. Bez względu na miejsce zamieszkania, czasokres leczenia oraz wiek obszar jakości związany

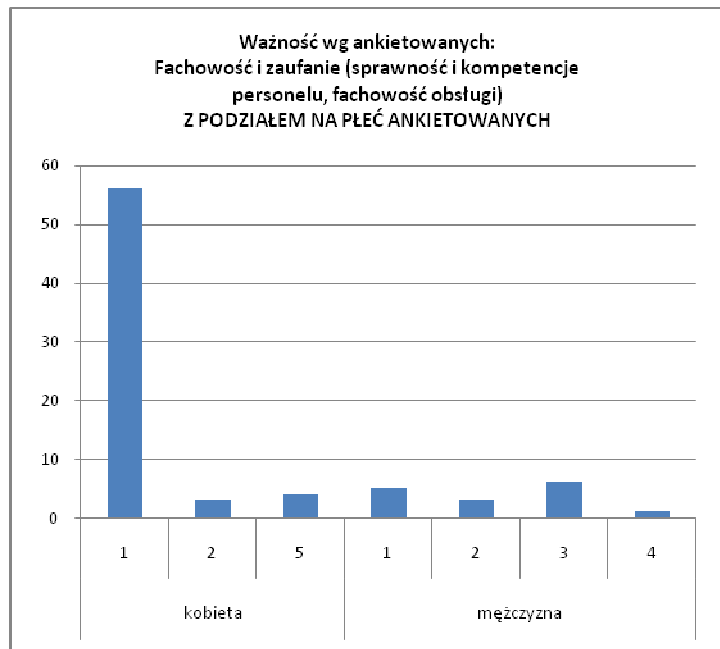
z działaniem personelu był wskazywany jako najistotniejszy. Jedynie w przypadku płci widać różnicę, która spowodowana jest faktem większej liczności kobiet w badanej grupie.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.16:

Ważność wg ankietowanych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi)

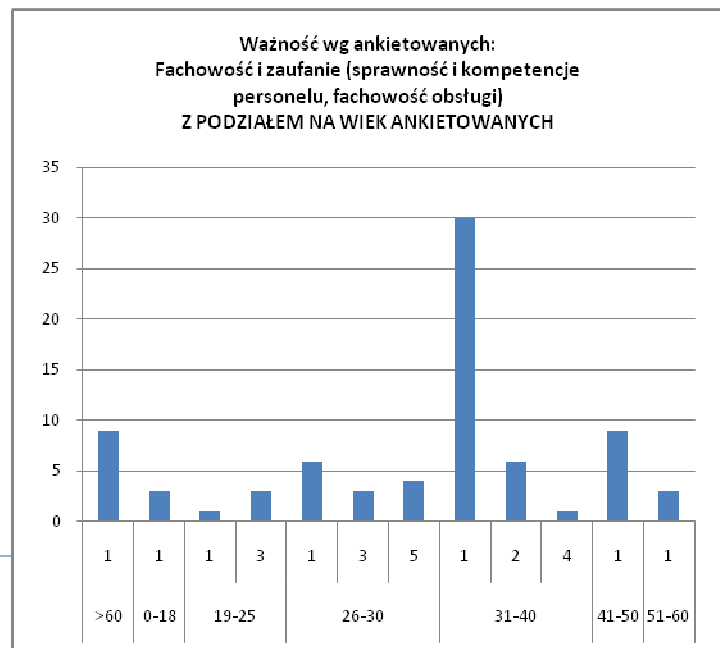
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3D |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| 1 | 56 |
| 2 | 3 |
| 5 | 4 |
| mężczyzna | 15 |
| 1 | 5 |
| 2 | 3 |
| 3 | 6 |
| 4 | 1 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3D |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| 1 | 9 |
| 0-18 | 3 |
| 1 | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 1 | 1 |
| 3 | 3 |
| 26-30 | 13 |
| 1 | 6 |
| 3 | 3 |
| 5 | 4 |
| 31-40 | 37 |
| 1 | 30 |
| 2 | 6 |
| 4 | 1 |
| 41-50 | 9 |
| 1 | 9 |
| 51-60 | 3 |
| 1 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

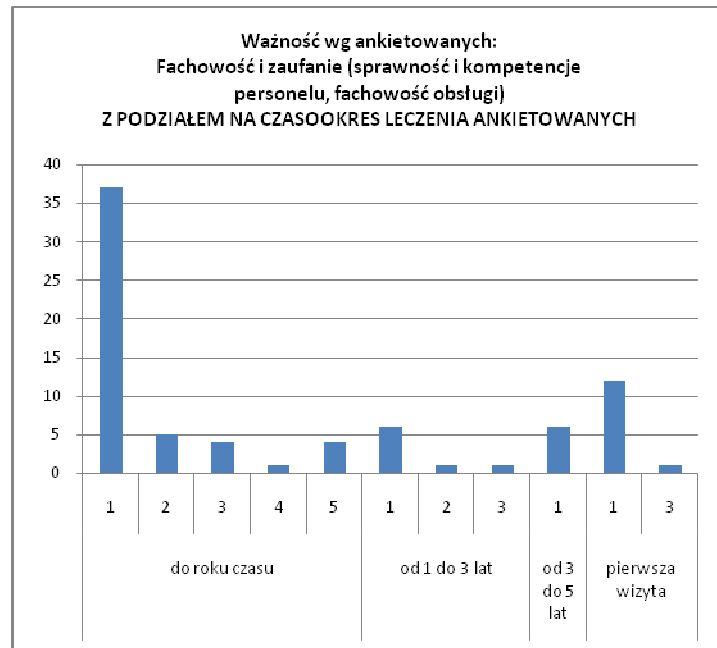


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.16:

Ważność wg ankietowanych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi)

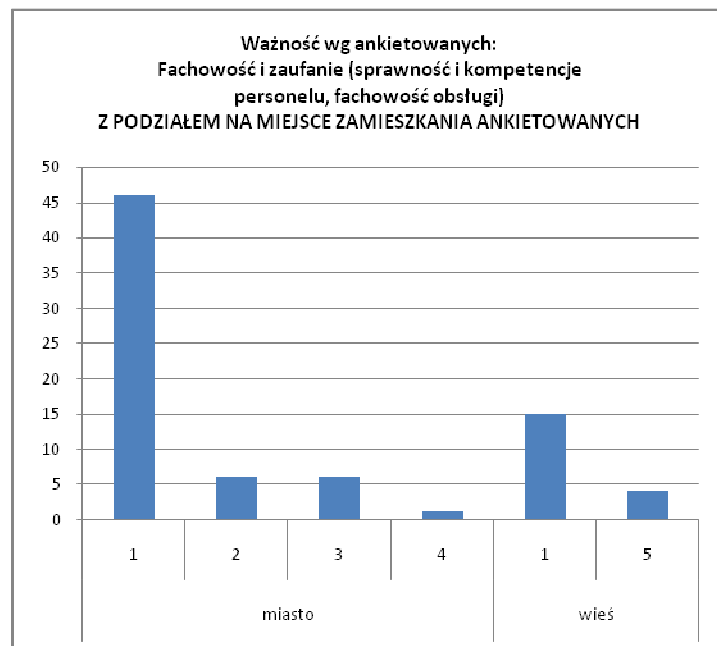
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3D |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 1 | 37 |
| 2 | 5 |
| 3 | 4 |
| 4 | 1 |
| 5 | 4 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 1 | 6 |
| 2 | 1 |
| 3 | 1 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 1 | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 1 | 12 |
| 3 | 1 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3D |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| 1 | 46 |
| 2 | 6 |
| 3 | 6 |
| 4 | 1 |
| wieś | 19 |
| 1 | 15 |
| 5 | 4 |
| Suma końcowa | 78 |

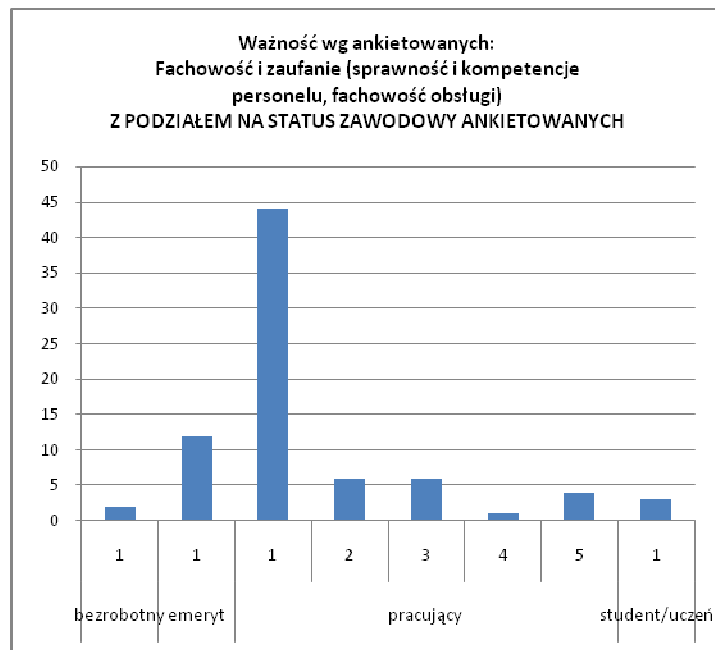


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.16:

Ważność wg ankietowanych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi)

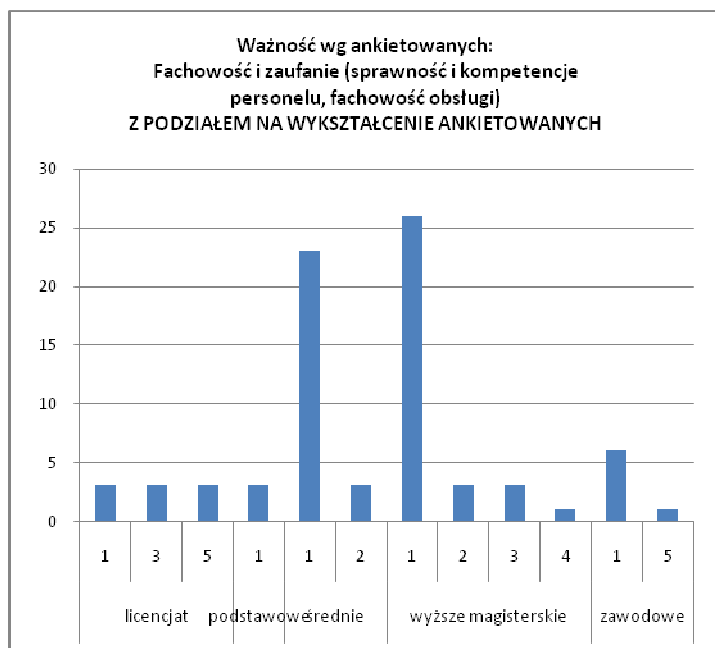
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3D |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 1 | 2 |
| emeryt | 12 |
| 1 | 12 |
| pracujący | 61 |
| 1 | 44 |
| 2 | 6 |
| 3 | 6 |
| 4 | 1 |
| 5 | 4 |
| student/uczeń | 3 |
| 1 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

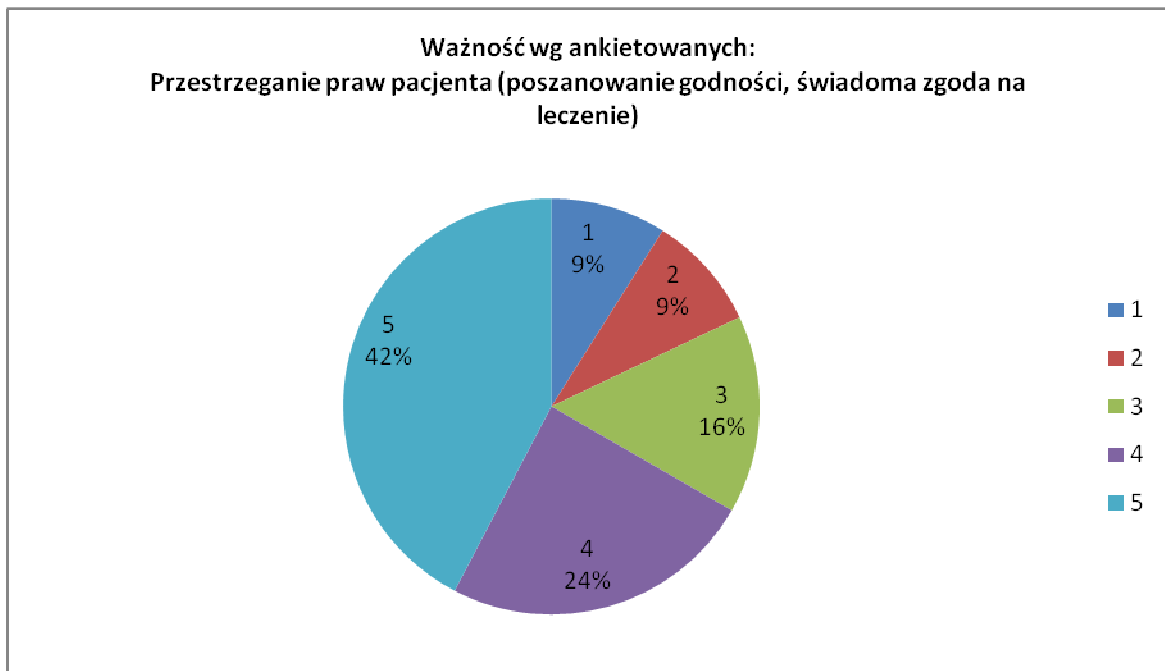
| Etykiety wierszy | Liczba z II.3D |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| 1 | 3 |
| 3 | 3 |
| 5 | 3 |
| podstawowe | 3 |
| 1 | 3 |
| średnie | 26 |
| 1 | 23 |
| 2 | 3 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 1 | 26 |
| 2 | 3 |
| 3 | 3 |
| 4 | 1 |
| zawodowe | 7 |
| 1 | 6 |
| 5 | 1 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.17:

Ważność wg ankietowanych: Przestrzeganie praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3E |
|---------------------|----------------|
| 1 | 7 |
| 2 | 7 |
| 3 | 12 |
| 4 | 19 |
| 5 | 33 |
| Suma końcowa | 78 |



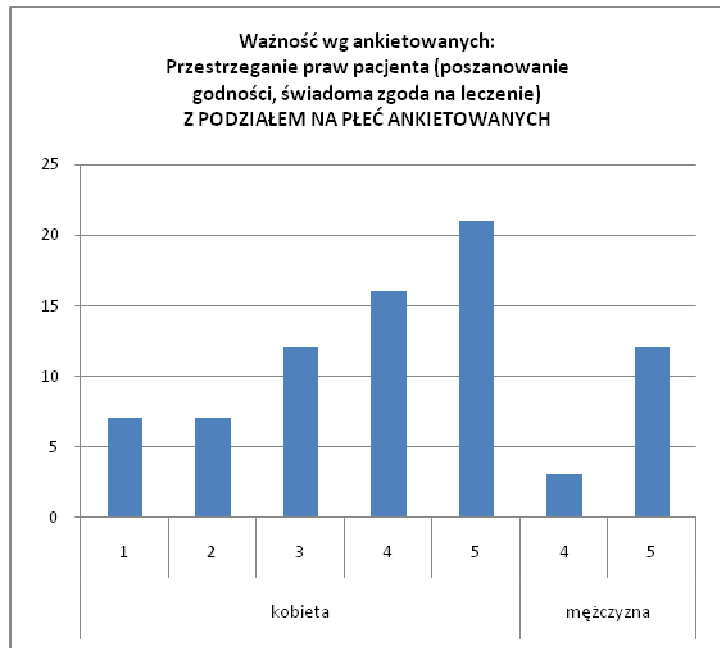
Przestrzeganie praw pacjenta stanowiło najmniej istotny, według ankietowanych, obszar. Aż 42% przyznało mu 5 pkt (w 5-stopniowej skali), a tylko 9% uznało za najistotniejszy. Mężczyźni biorący udział w badaniu przyznali temu obszarowi pkt. w zakresie od 4 do 5, traktując go przez to jako najmniej istotny. W przypadku kobiet odpowiedzi były bardziej zróżnicowane (1-5pkt.), ale z przewagą 5 pkt. Poszanowanie pacjenta jako składowa jakość w przypadku wieku ankietowanych największe znaczenie miała dla osób do 18 roku życia. Obszar związany z prawami pacjenta nie miał istotnego znaczenia dla mieszkańców wsi (3-5 pkt.).

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.17:

Ważność wg ankietowanych: Przestrzeganie praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie)

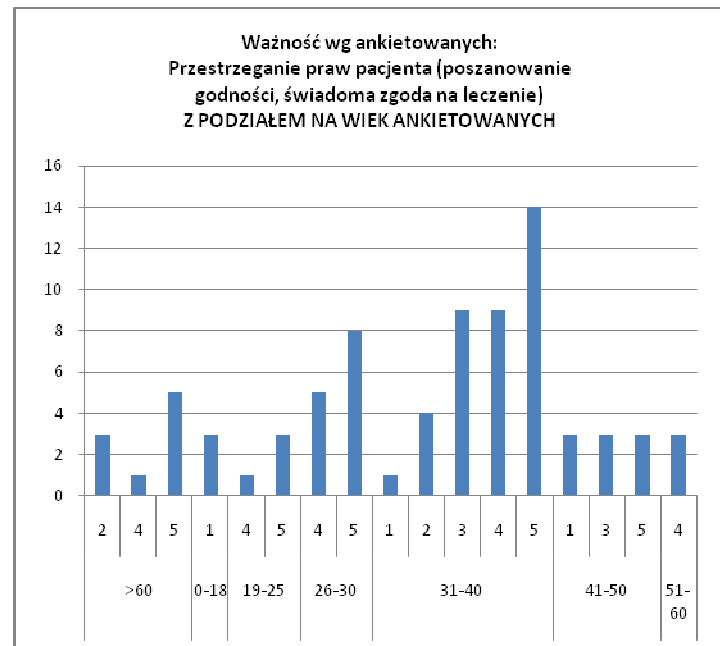
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z IL3E |
|---------------------|---------------|
| kobieta | 63 |
| 1 | 7 |
| 2 | 7 |
| 3 | 12 |
| 4 | 16 |
| 5 | 21 |
| mężczyzna | 15 |
| 4 | 3 |
| 5 | 12 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

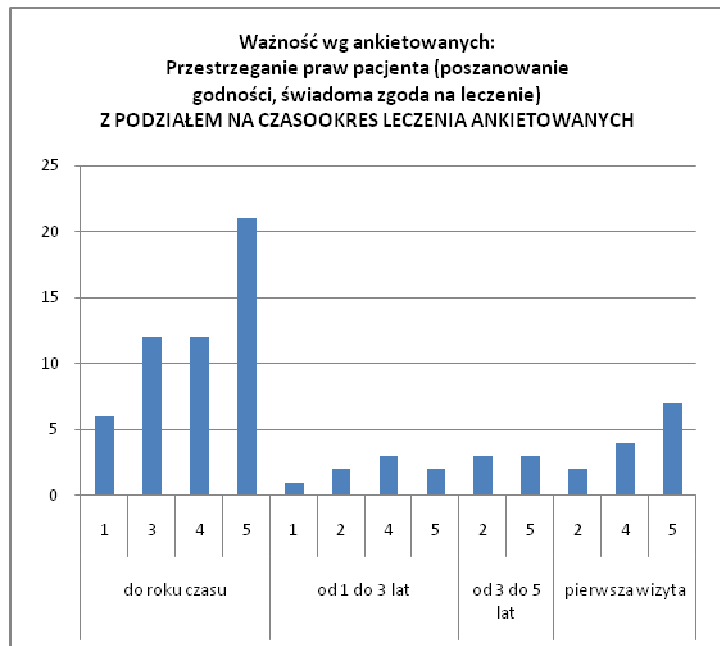
| Etykiety wierszy | Liczba z IL3E |
|---------------------|---------------|
| >60 | 9 |
| 2 | 3 |
| 4 | 1 |
| 5 | 5 |
| 0-18 | 3 |
| 1 | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 4 | 1 |
| 5 | 3 |
| 26-30 | 13 |
| 4 | 5 |
| 5 | 8 |
| 31-40 | 37 |
| 1 | 1 |
| 2 | 4 |
| 3 | 9 |
| 4 | 9 |
| 5 | 14 |
| 41-50 | 9 |
| 1 | 3 |
| 3 | 3 |
| 5 | 3 |
| 51-60 | 3 |
| 4 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.17:

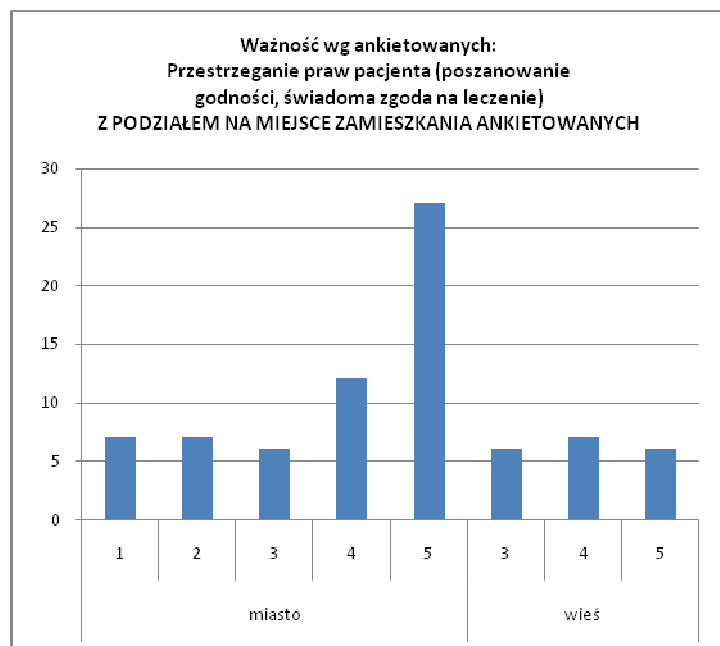
**Ważność wg ankietowanych: Przestrzeganie praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie)
CZASOOKRES
LECZENIA**

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3E |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 1 | 6 |
| 3 | 12 |
| 4 | 12 |
| 5 | 21 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 4 | 3 |
| 5 | 2 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 2 | 3 |
| 5 | 3 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 2 | 2 |
| 4 | 4 |
| 5 | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.3E |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| 1 | 7 |
| 2 | 7 |
| 3 | 6 |
| 4 | 12 |
| 5 | 27 |
| wieś | 19 |
| 3 | 6 |
| 4 | 7 |
| 5 | 6 |
| Suma końcowa | 78 |

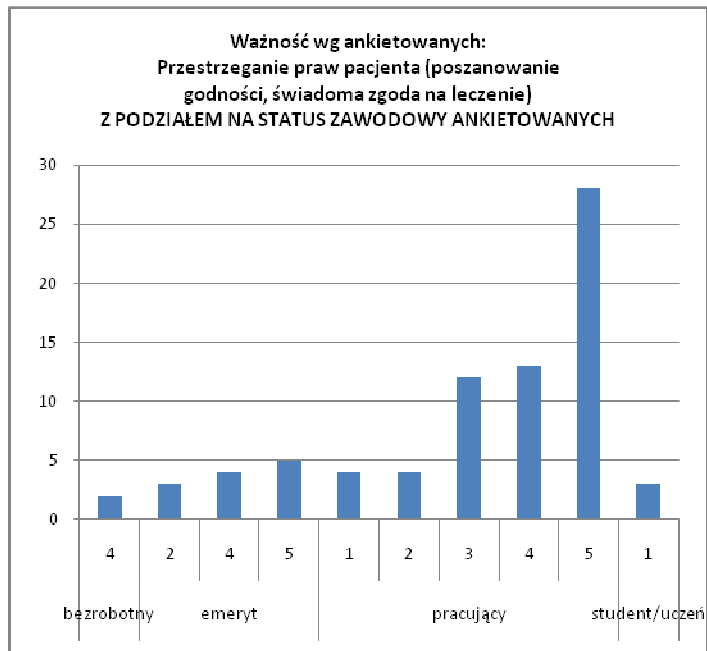


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.17:

Ważność wg ankietowanych: Przestrzeganie praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie)

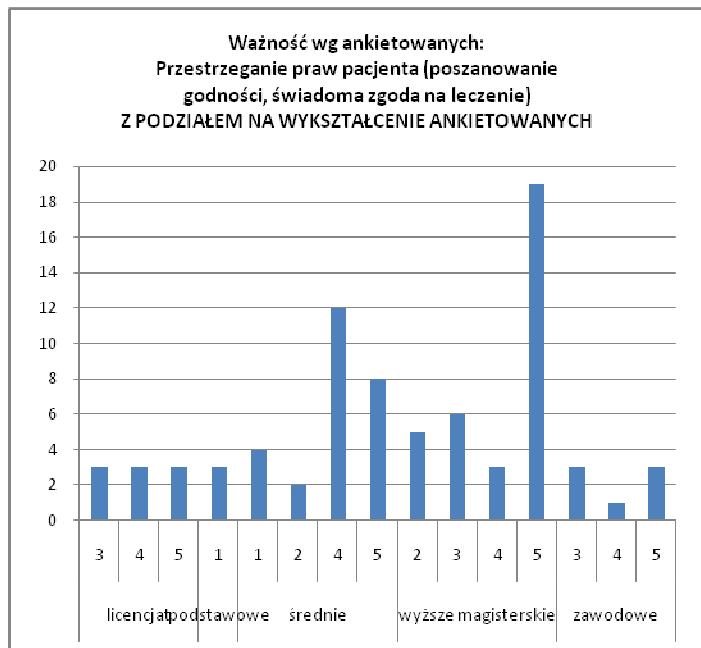
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z IL3E |
|----------------------|---------------|
| bezrobotny | 2 |
| 4 | 2 |
| emeryt | 12 |
| 2 | 3 |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |
| pracujący | 61 |
| 1 | 4 |
| 2 | 4 |
| 3 | 12 |
| 4 | 13 |
| 5 | 28 |
| student/uczeń | 3 |
| 1 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



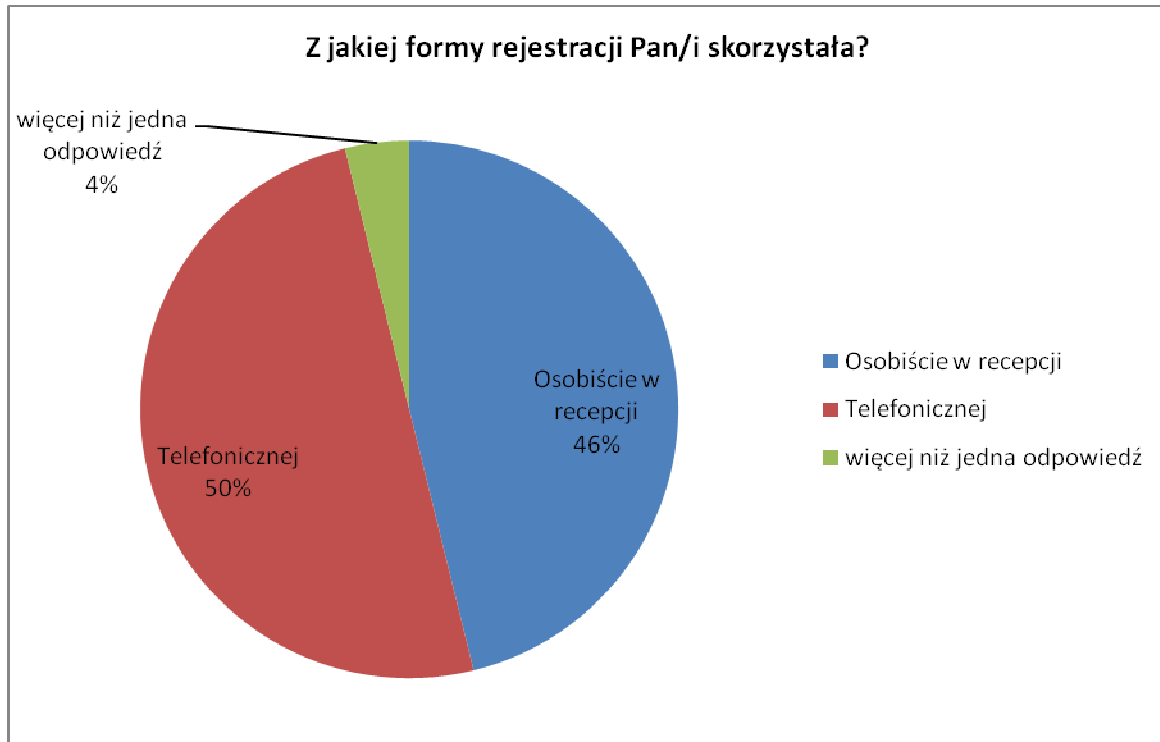
WYKSZTAŁCENIE

| Etykiety wierszy | Liczba z IL3E |
|----------------------------|---------------|
| licencjat | 9 |
| 3 | 3 |
| 4 | 3 |
| 5 | 3 |
| podstawowe | 3 |
| 1 | 3 |
| średnie | 26 |
| 1 | 4 |
| 2 | 2 |
| 4 | 12 |
| 5 | 8 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 2 | 5 |
| 3 | 6 |
| 4 | 3 |
| 5 | 19 |
| zawodowe | 7 |
| 3 | 3 |
| 4 | 1 |
| 5 | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



**Tabele i wykresy z wynikami nr 3.18:
Z jakiej formy rejestracji Pan/i skorzystała?**

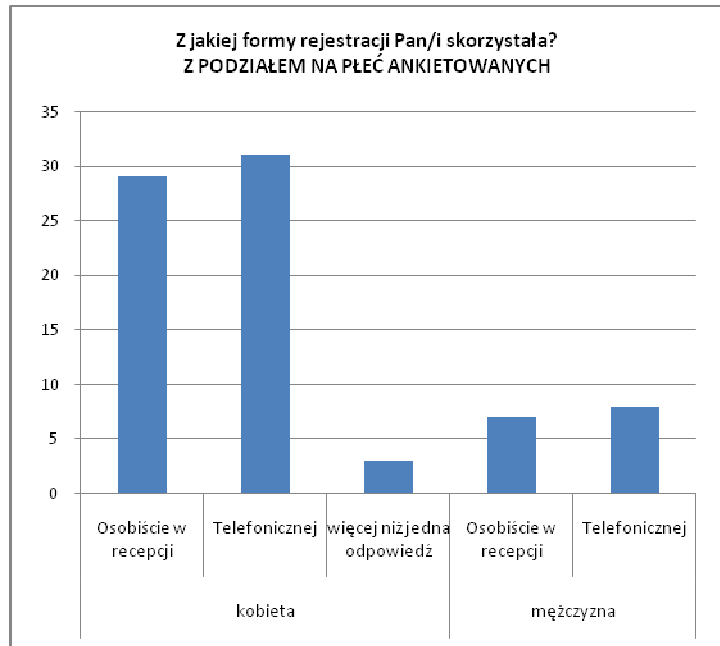
| Etykiety wierszy | Liczba z II.4 |
|----------------------------|---------------|
| Osobiście w recepcji | 36 |
| Telefonicznej | 39 |
| więcej niż jedna odpowiedź | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Uzyskane odpowiedzi nie pozwoliły na określenie, która z form rejestracji jest najpopularniejsza wśród Klientów. Różnice są zbyt mało istotne, aby móc jednoznacznie określić, która z nich jest przez Klientów preferowana. Istotna jest również informacja, iż pomimo uwzględnienia wśród możliwości rejestracji – rezerwacji wizyty on-line brak było w próbie osób korzystających z tej opcji. Może to wynikać z faktu, że jest ona bardziej skomplikowana i wymaga dostępu do sieci internetowej lub personel medyczny nie informuje pacjentów o takiej możliwości oraz sposobie przeprowadzenia takiego działania.

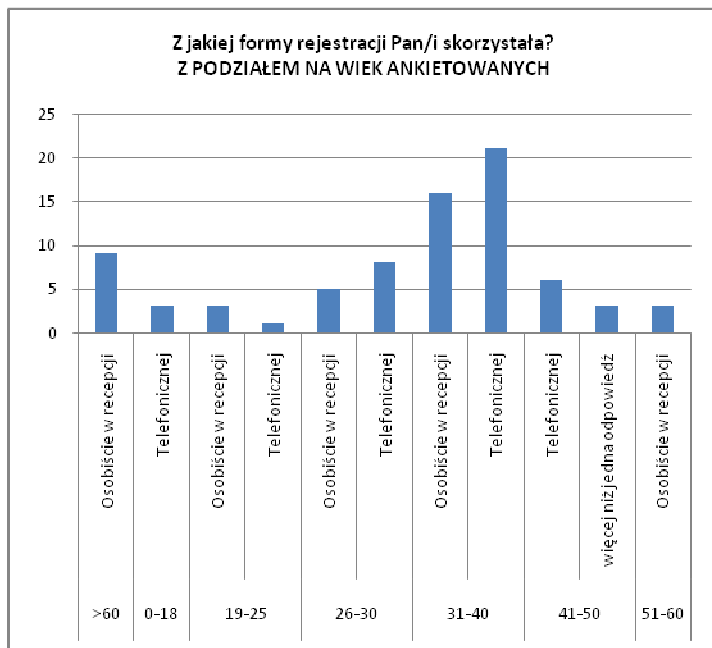
**Tabele i wykresy z wynikami nr 3.18:
Z jakiej formy rejestracji Pan/i skorzystała?
PŁEĆ**

| Etykiety wierszy | Liczba z II.4 |
|----------------------------|---------------|
| kobieta | 63 |
| Osobiście w recepcji | 29 |
| Telefonicznej | 31 |
| więcej niż jedna odpowiedź | 3 |
| mężczyzna | 15 |
| Osobiście w recepcji | 7 |
| Telefonicznej | 8 |
| Suma końcowa | 78 |



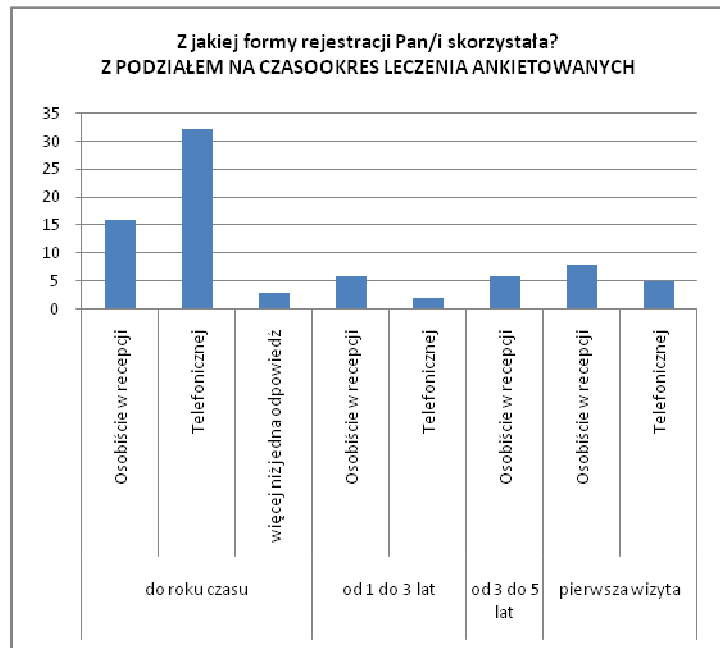
WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.4 |
|----------------------------|---------------|
| >60 | 9 |
| Osobiście w recepcji | 9 |
| 0-18 | 3 |
| Telefonicznej | 3 |
| 19-25 | 4 |
| Osobiście w recepcji | 3 |
| Telefonicznej | 1 |
| 26-30 | 13 |
| Osobiście w recepcji | 5 |
| Telefonicznej | 8 |
| 31-40 | 37 |
| Osobiście w recepcji | 16 |
| Telefonicznej | 21 |
| 41-50 | 9 |
| Telefonicznej | 6 |
| więcej niż jedna odpowiedź | 3 |
| 51-60 | 3 |
| Osobiście w recepcji | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



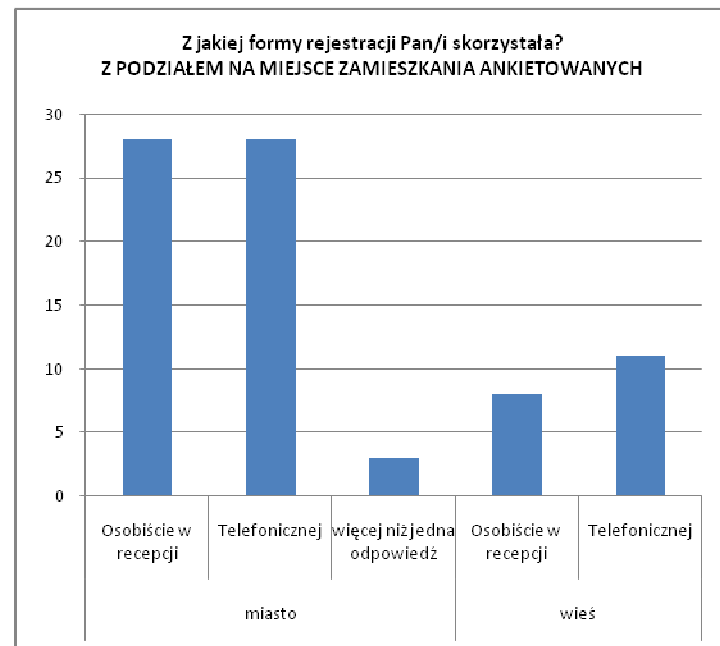
**Tabele i wykresy z wynikami nr 3.18:
Z jakiej formy rejestracji Pan/i skorzystała?
CZASOOKRES LECZENIA**

| Etykiety wierszy | Liczba z II.4 |
|----------------------------|---------------|
| do roku czasu | 51 |
| Osobiście w recepcji | 16 |
| Telefonicznej | 32 |
| więcej niż jedna odpowiedź | 3 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| Osobiście w recepcji | 6 |
| Telefonicznej | 2 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| Osobiście w recepcji | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| Osobiście w recepcji | 8 |
| Telefonicznej | 5 |
| Suma końcowa | 78 |



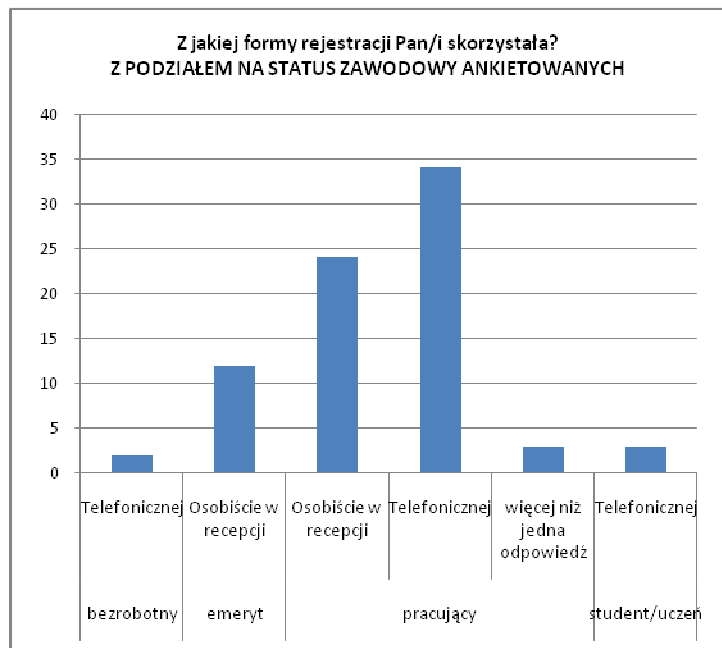
**MIEJSCE
ZAMIESZKANIA**

| Etykiety wierszy | Liczba z II.4 |
|----------------------------|---------------|
| miasto | 59 |
| Osobiście w recepcji | 28 |
| Telefonicznej | 28 |
| więcej niż jedna odpowiedź | 3 |
| wieś | 19 |
| Osobiście w recepcji | 8 |
| Telefonicznej | 11 |
| Suma końcowa | 78 |



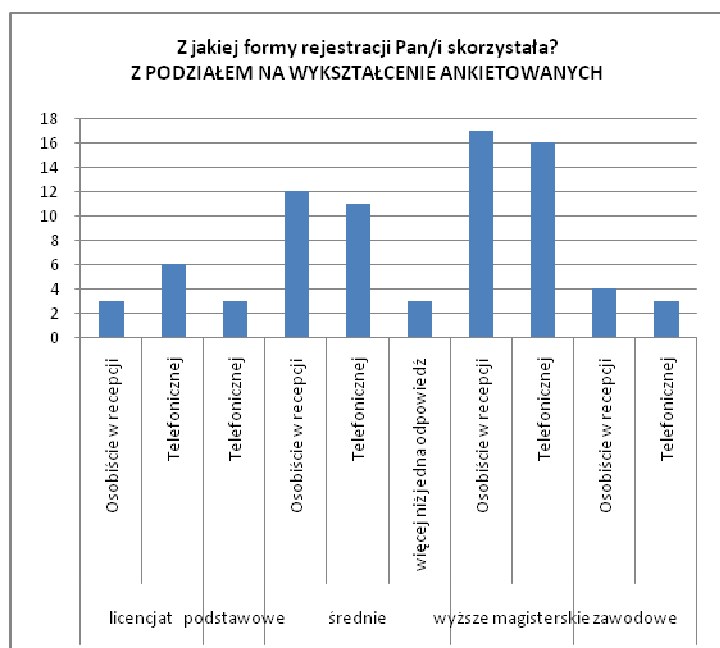
**Tabele i wykresy z wynikami nr 3.18:
Z jakiej formy rejestracji Pan/i skorzystała?
STATUS ZAWODOWY**

| Etykiety wierszy | Liczba z II.4 |
|----------------------------|---------------|
| bezrobotny | 2 |
| Telefonicznej | 2 |
| emeryt | 12 |
| Osobiście w recepcji | 12 |
| pracujący | 61 |
| Osobiście w recepcji | 24 |
| Telefonicznej | 34 |
| więcej niż jedna odpowiedź | 3 |
| student/uczeń | 3 |
| Telefonicznej | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

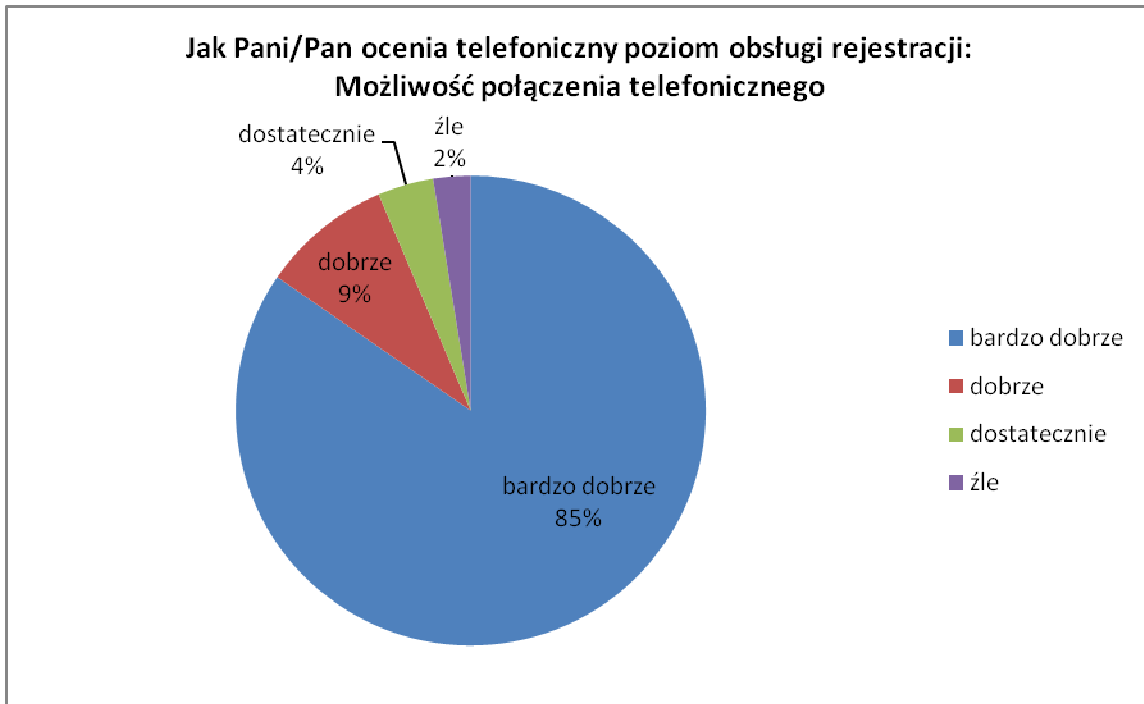
| Etykiety wierszy | Liczba z II.4 |
|----------------------------|---------------|
| licencjat | 9 |
| Osobiście w recepcji | 3 |
| Telefonicznej | 6 |
| podstawowe | 3 |
| Telefonicznej | 3 |
| średnie | 26 |
| Osobiście w recepcji | 12 |
| Telefonicznej | 11 |
| więcej niż jedna odpowiedź | 3 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| Osobiście w recepcji | 17 |
| Telefonicznej | 16 |
| zawodowe | 7 |
| Osobiście w recepcji | 4 |
| Telefonicznej | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.19:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Możliwość połączenia telefonicznego

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5A |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 66 |
| dobrze | 7 |
| dostatecznie | 3 |
| źle | 2 |
| Suma końcowa | 78 |



Pomimo, że aż 94% pacjentów pozytywnie oceniło telefoniczny poziom obsługi rejestracji w zakresie możliwości nawiązania połączenia telefonicznego (85% bardzo dobrze, 9% dobrze), to aż 4% oceniło go dostatecznie, a 2% jako zły. Zgodnie z przyjętą metodologią zachowawcze odpowiedzi środkowe (dostateczne) są traktowane przez analizujących ankietę jako sygnał, że w danym obszarze dzieje się coś niepokojącego, z czego Klienci nie są w pełni zadowoleni. W tym obszarze, poza odpowiedziami zachowawczymi, uzyskaliśmy aż 2% odpowiedzi: ŻŁE. Taka ocena telefonicznej obsługi może wynikać bezpośrednio z faktu, iż osoba obsługująca rejestrację pełni jednocześnie funkcje asystentki stomatologicznej, co uniemożliwia jej często natychmiastowe reagowanie na telefon od pacjentów (zawsze następuje kontakt zwrotny nawet, jeżeli pacjentowi nie udało się połączyć). Braki personalne powodują również, że udzielane odpowiedzi są nie wyczerpujące i mało fachowe. Obszar ten stanowi ogromny potencjał firmy do doskonalenia zarówno pod względem zapewnienia

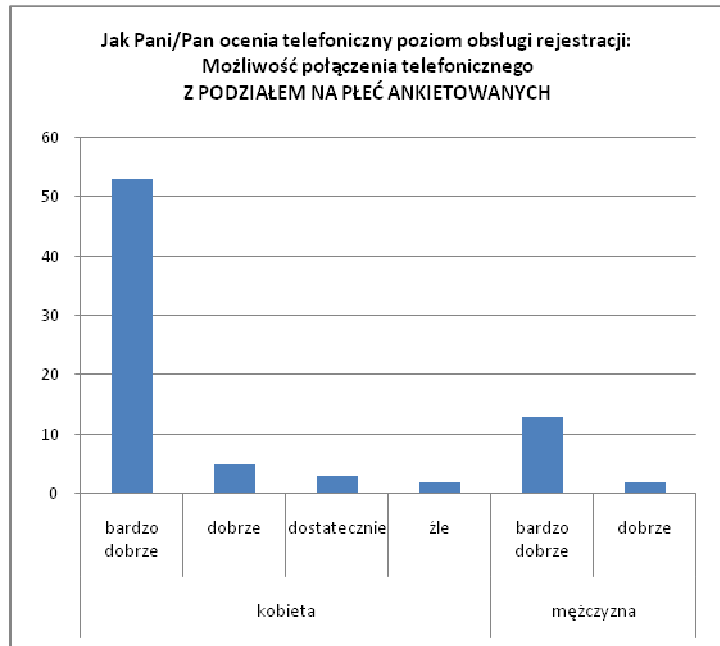
odpowiednich zasobów w sensie fizycznym, ale i ich właściwych kompetencji. W tym celu należałoby dokładnie przeanalizować dostępny scenariusz rozmów i uzupełnić go o niezbędne elementy.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.19:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Możliwość połączenia telefonicznego

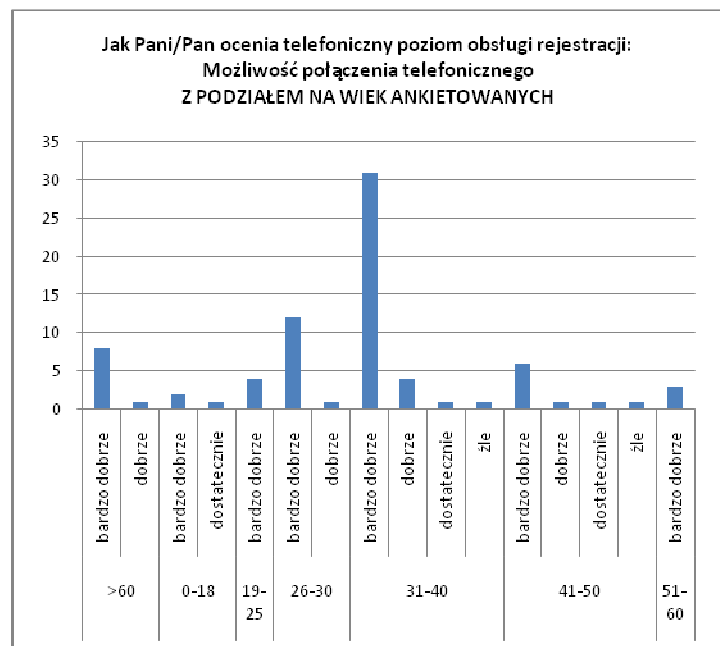
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5A |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 53 |
| dobrze | 5 |
| dostatecznie | 3 |
| źle | 2 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 13 |
| dobrze | 2 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5A |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 8 |
| dobrze | 1 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 2 |
| dostatecznie | 1 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 12 |
| dobrze | 1 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 31 |
| dobrze | 4 |
| dostatecznie | 1 |
| źle | 1 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 6 |
| dobrze | 1 |
| dostatecznie | 1 |
| źle | 1 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

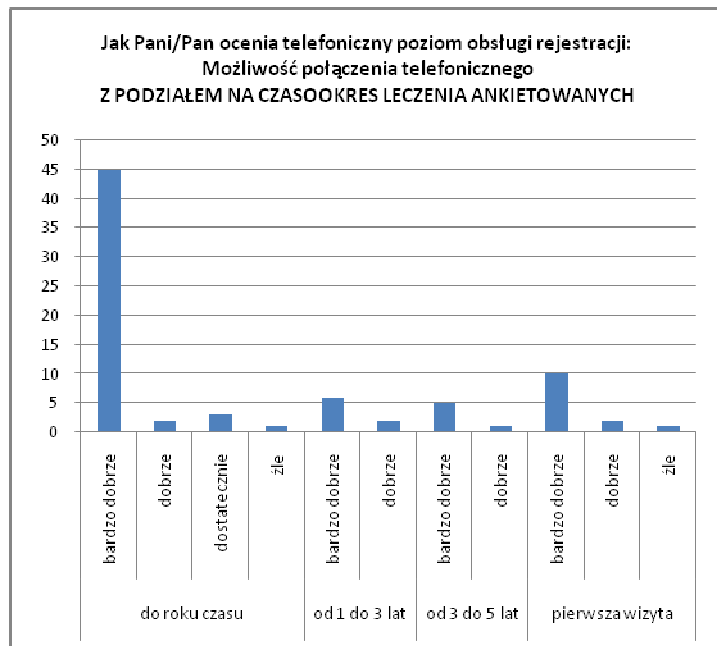


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.19:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Możliwość połączenia telefonicznego

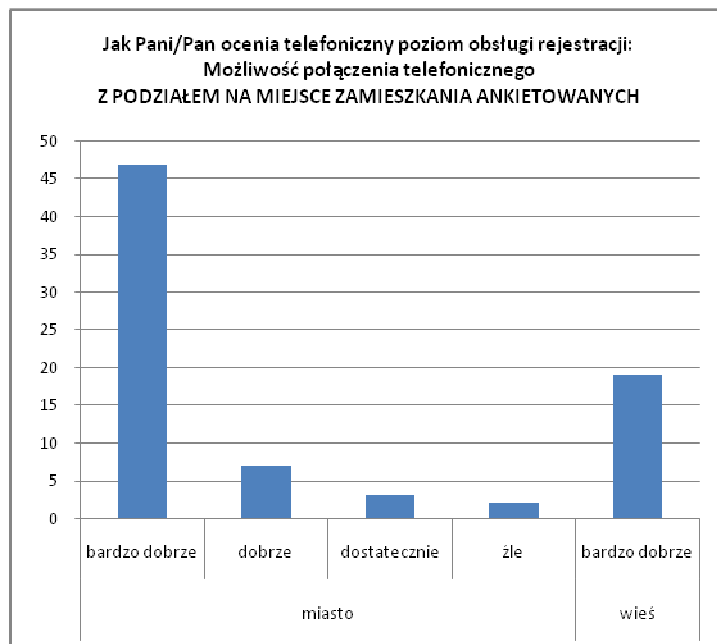
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5A |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 45 |
| dobrze | 2 |
| dostatecznie | 3 |
| źle | 1 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 6 |
| dobrze | 2 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 5 |
| dobrze | 1 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 2 |
| źle | 1 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5A |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 47 |
| dobrze | 7 |
| dostatecznie | 3 |
| źle | 2 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 19 |
| Suma końcowa | 78 |

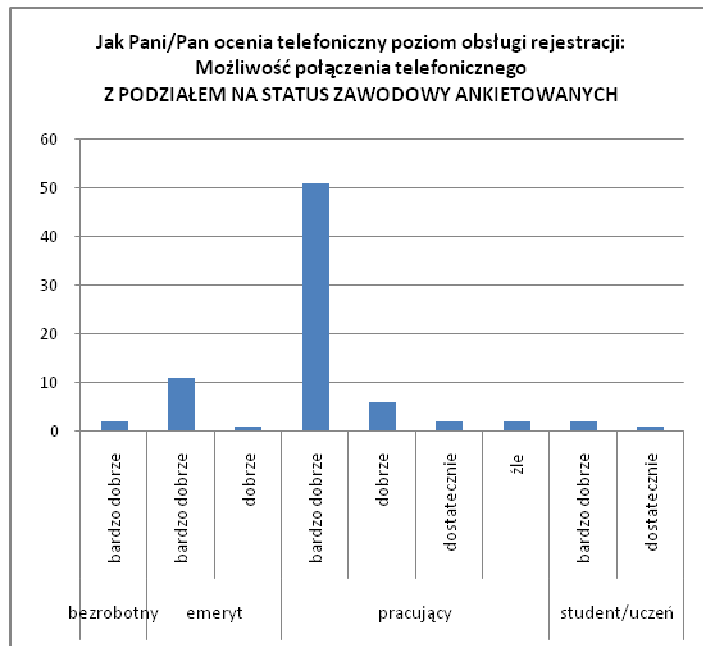


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.19:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Możliwość połączenia telefonicznego

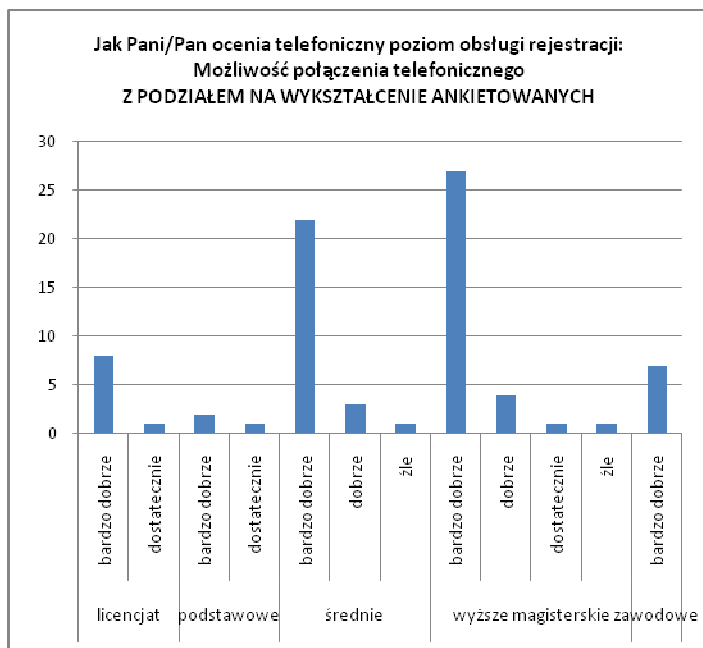
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5A |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 11 |
| dobrze | 1 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 51 |
| dobrze | 6 |
| dostatecznie | 2 |
| źle | 2 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 2 |
| dostatecznie | 1 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

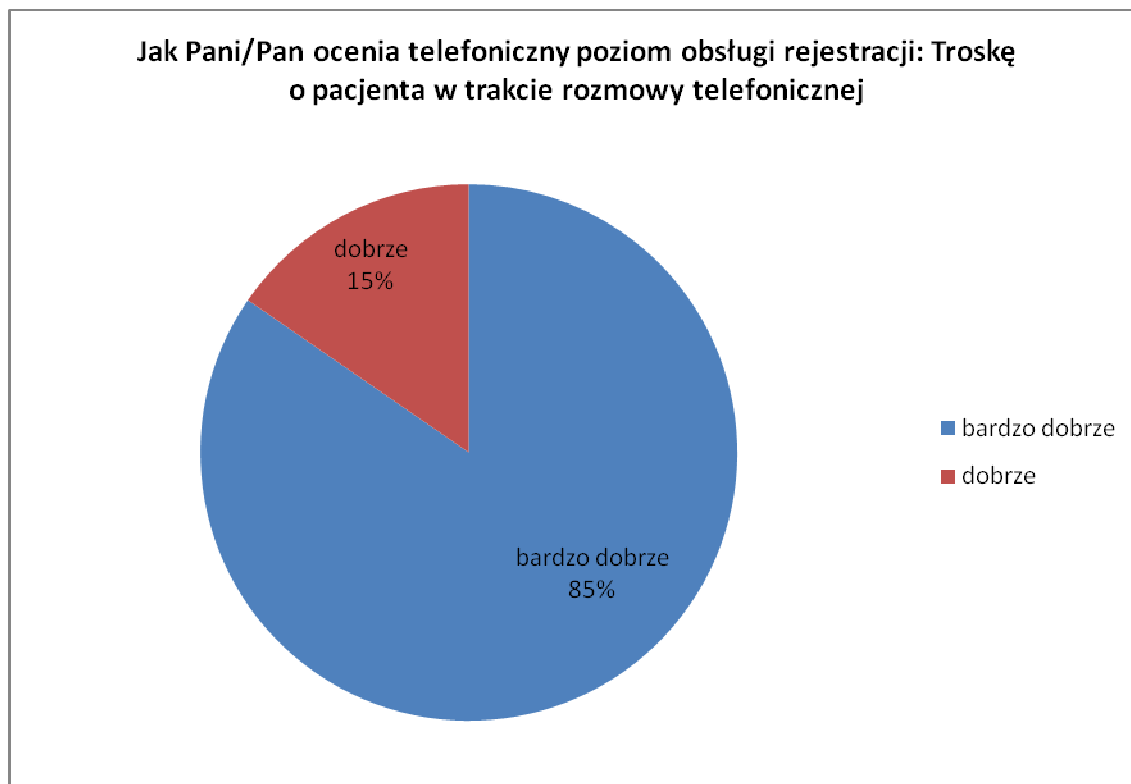
| Etykiety wierszy | Liczba z II.5A |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 8 |
| dostatecznie | 1 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 2 |
| dostatecznie | 1 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 22 |
| dobrze | 3 |
| źle | 1 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 27 |
| dobrze | 4 |
| dostatecznie | 1 |
| źle | 1 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.20:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy telefonicznej

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5B |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 66 |
| dobrze | 12 |
| Suma końcowa | 78 |

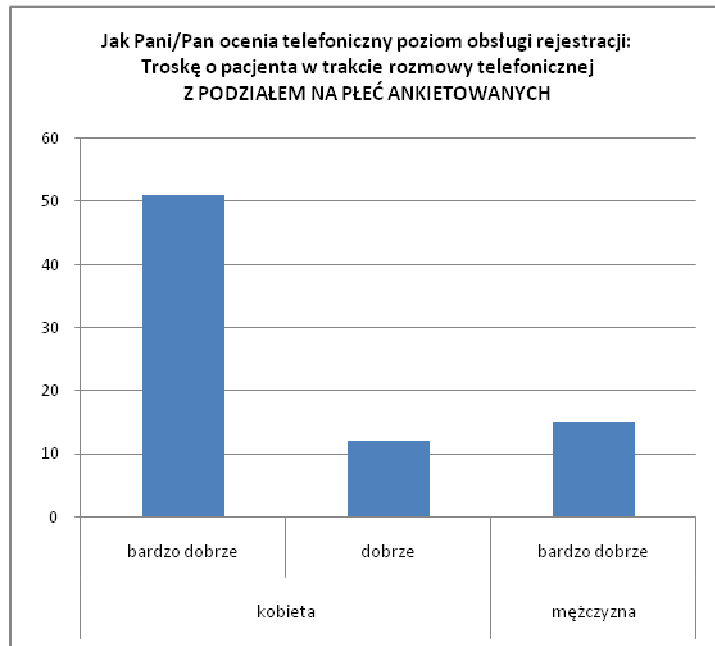


W przypadku troski o pacjenta w trakcie rozmowy telefonicznej wszystkie uzyskane odpowiedzi były pozytywne. Aż 85% ankietowanych bardzo dobrze oceniło ten obszar. Nie stwierdzono żadnej odpowiedzi zachowawczej oraz negatywnej

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.20:

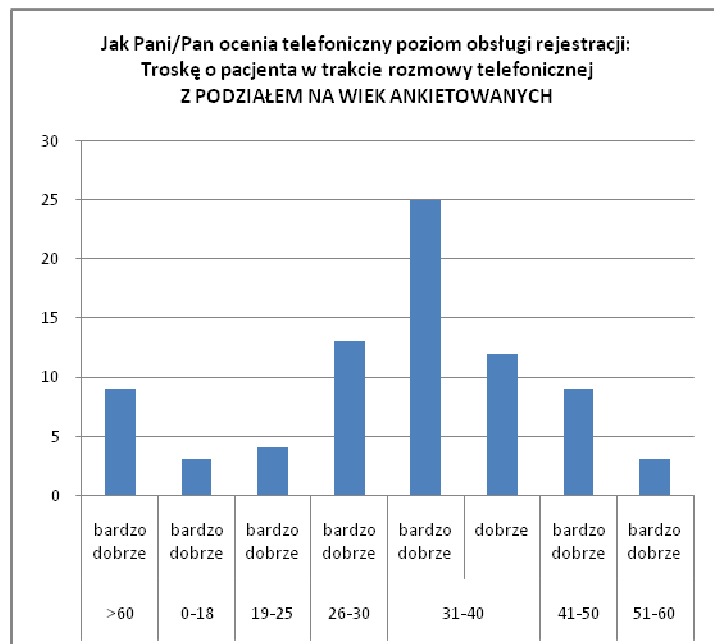
Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy telefonicznej
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5B |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 51 |
| dobrze | 12 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 15 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

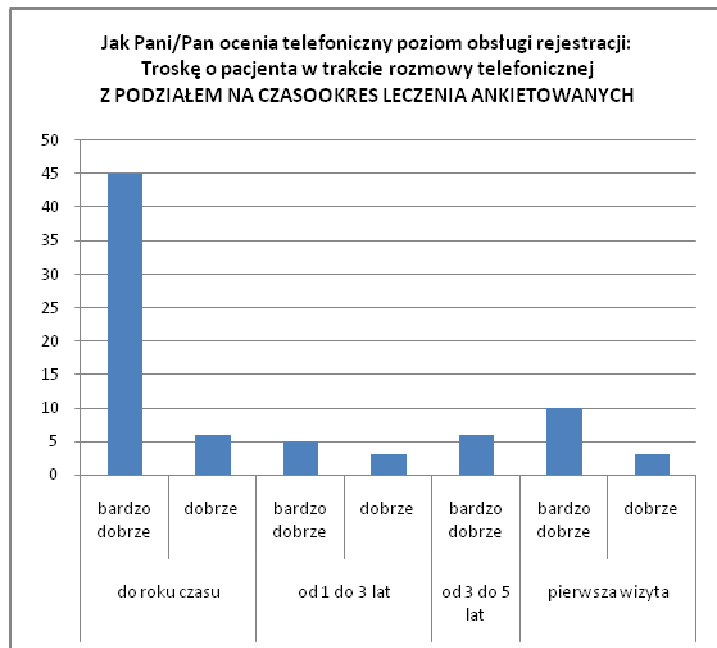
| Etykiety wierszy | Liczba z II.5B |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 25 |
| dobrze | 12 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.20:

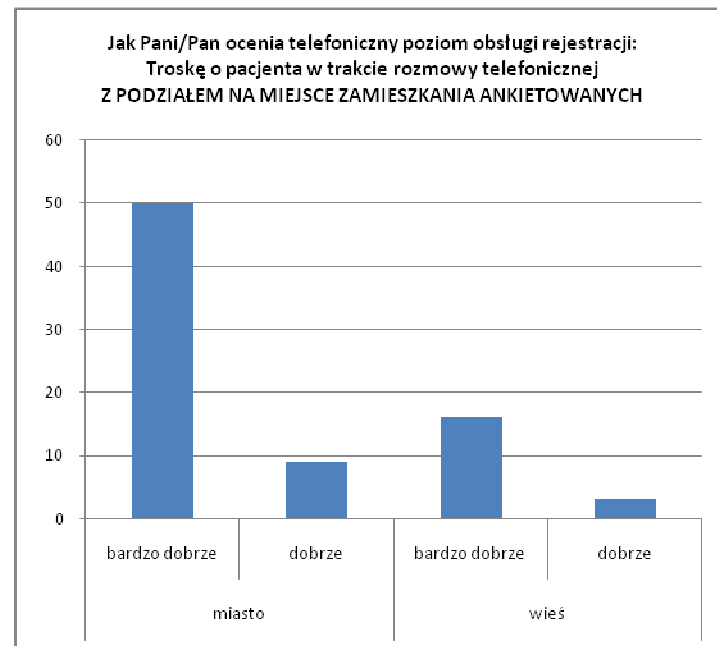
Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy telefonicznej CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5B |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 45 |
| dobrze | 6 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 5 |
| dobrze | 3 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

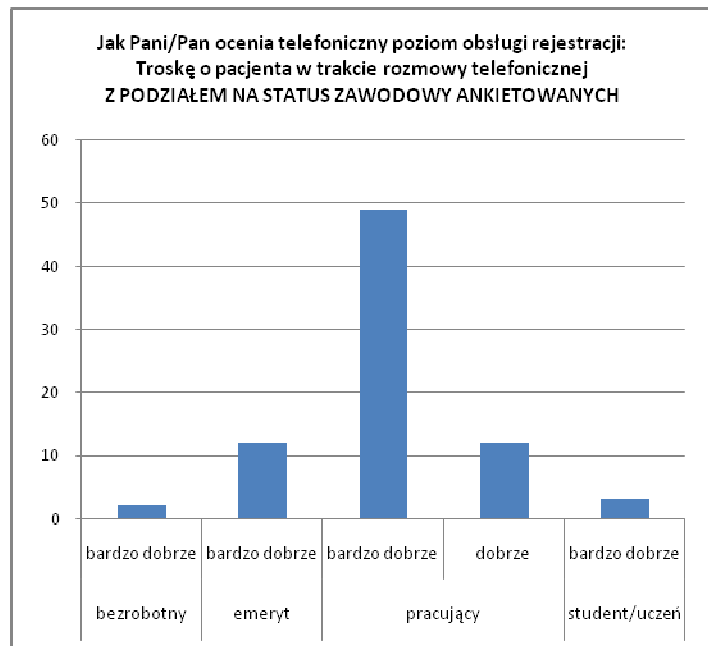
| Etykiety wierszy | Liczba z II.5B |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 50 |
| dobrze | 9 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 16 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.20:

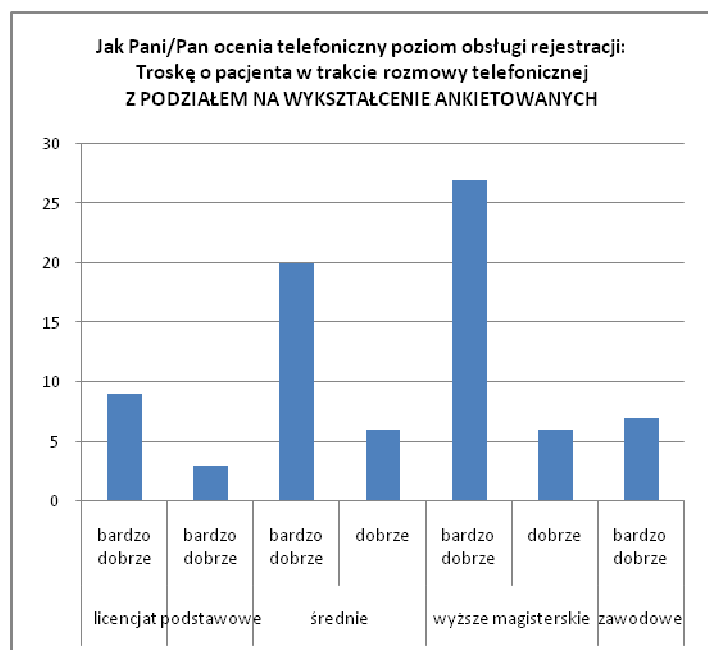
Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy telefonicznej
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5B |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 12 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 49 |
| dobrze | 12 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

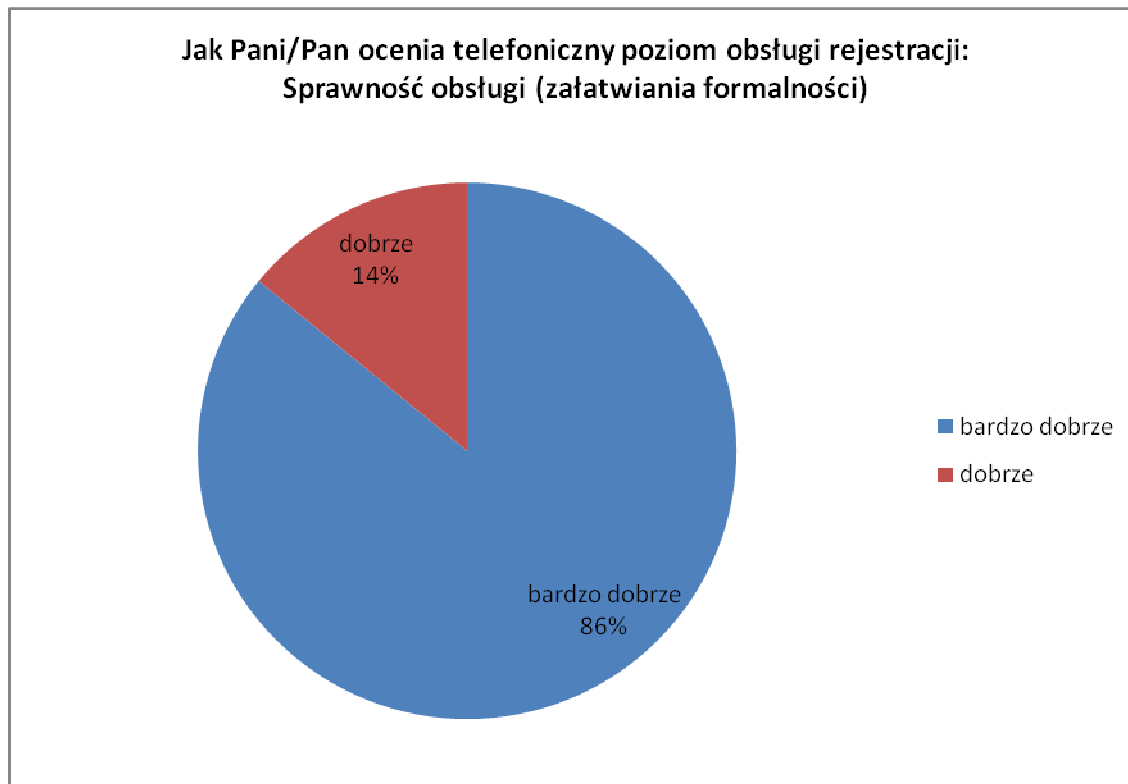
| Etykiety wierszy | Liczba z II.5B |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 20 |
| dobrze | 6 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 27 |
| dobrze | 6 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.21:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5C |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 67 |
| dobrze | 11 |
| Suma końcowa | 78 |



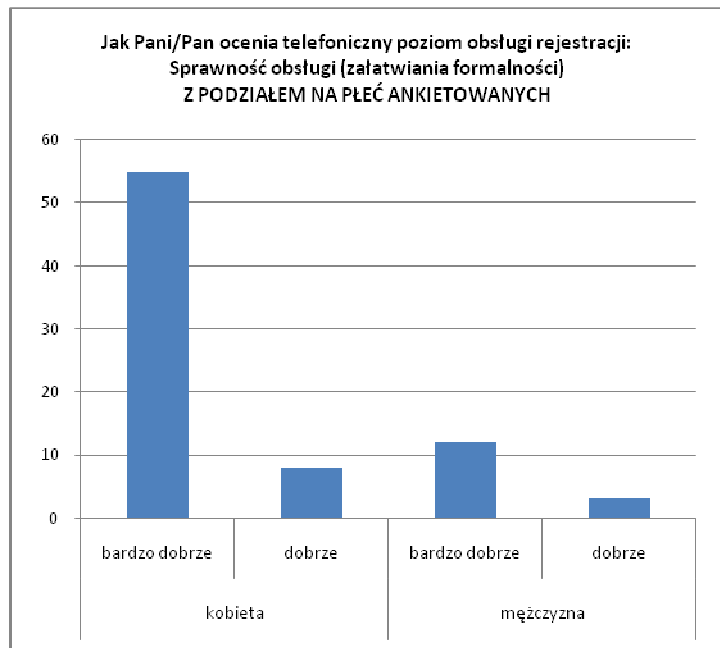
Ankietowani, analogicznie do wcześniejszego pytania, ocenili sprawność obsługi (załatwienie formalności). Nie stwierdzono żadnych odpowiedzi zachowawczych oraz negatywnych. Dominantą jest ocena bardzo dobra, którą wybrało aż 86% ankietowanych, a zaledwie 14% ocenę niższą – dobrą (również uznawaną za pozytywną w ramach ankiety, szczególnie w przypadku takiego stosunku ilości odpowiedzi względem dominanty).

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.21:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)

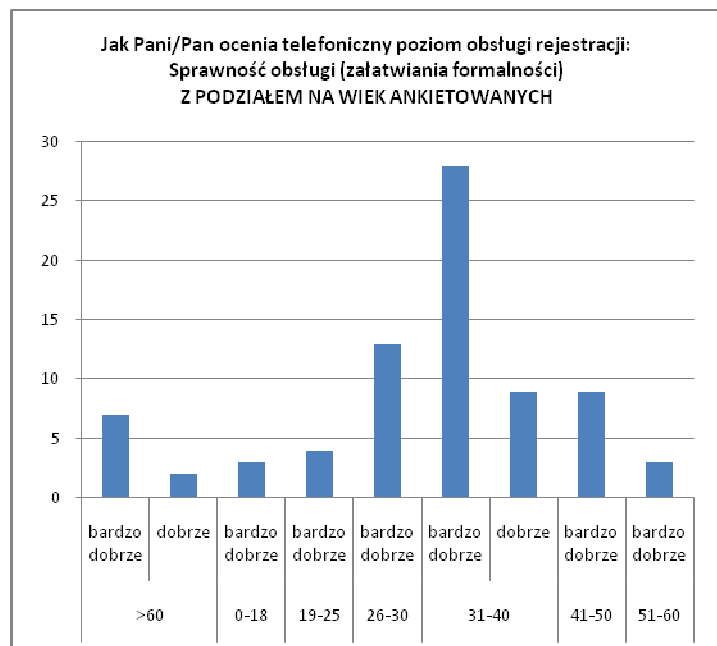
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5C |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 55 |
| dobrze | 8 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 12 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5C |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 7 |
| dobrze | 2 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 28 |
| dobrze | 9 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

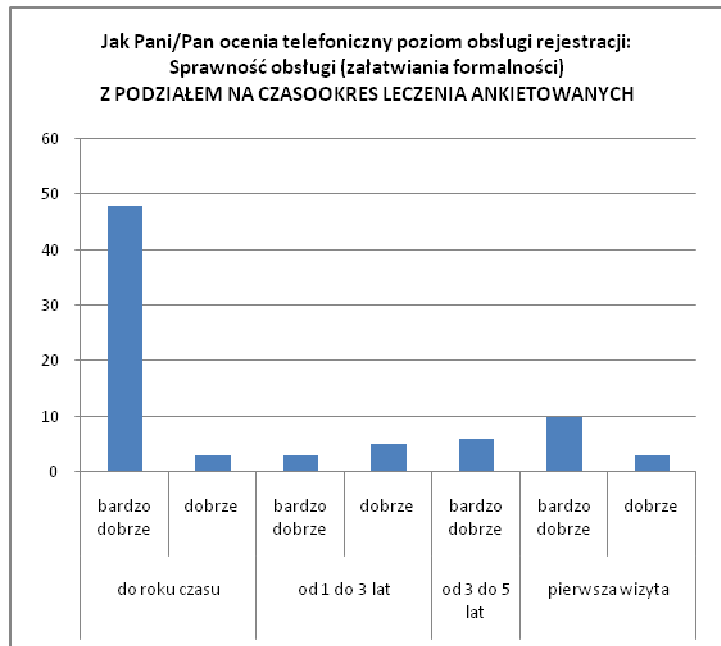


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.21:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)

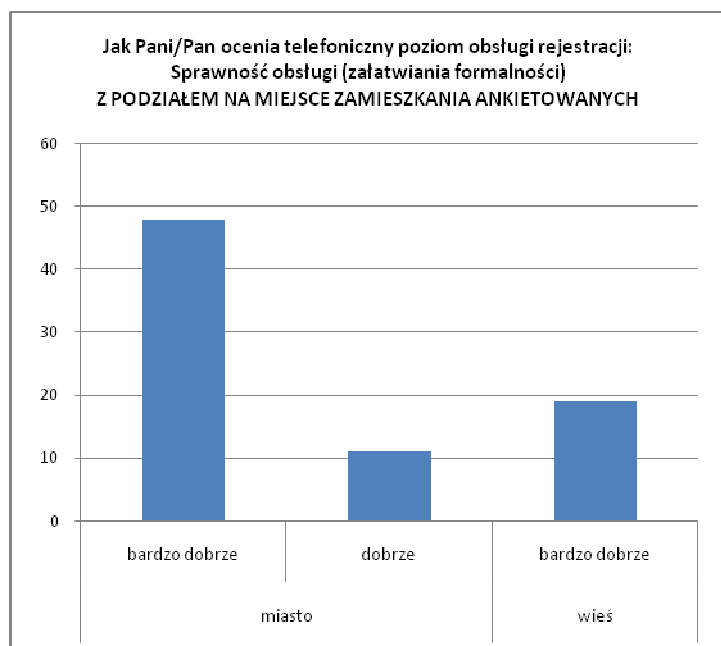
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II,5C |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 48 |
| dobrze | 3 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 3 |
| dobrze | 5 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II,5C |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 48 |
| dobrze | 11 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 19 |
| Suma końcowa | 78 |

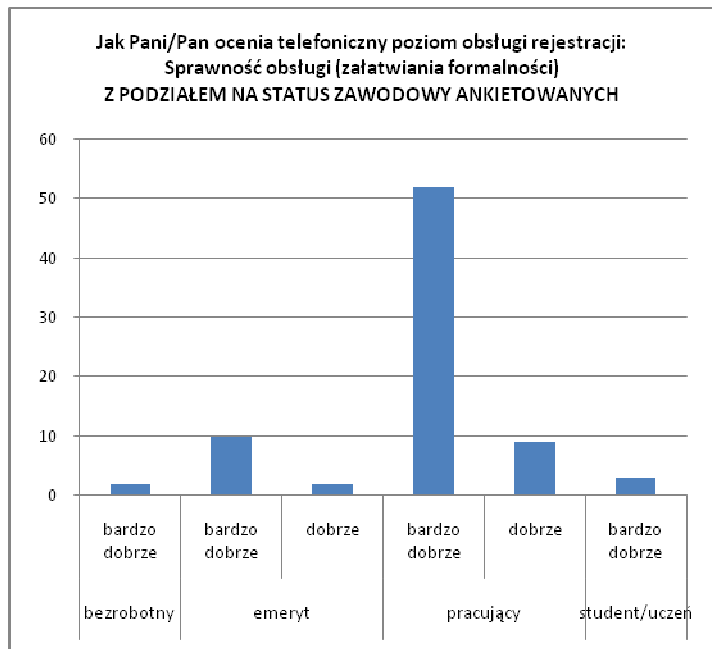


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.21:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)

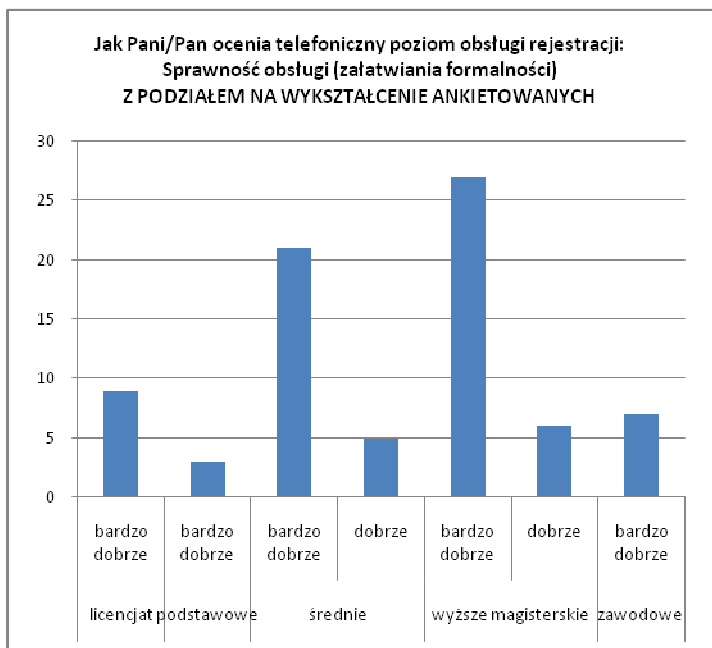
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5C |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 2 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 52 |
| dobrze | 9 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

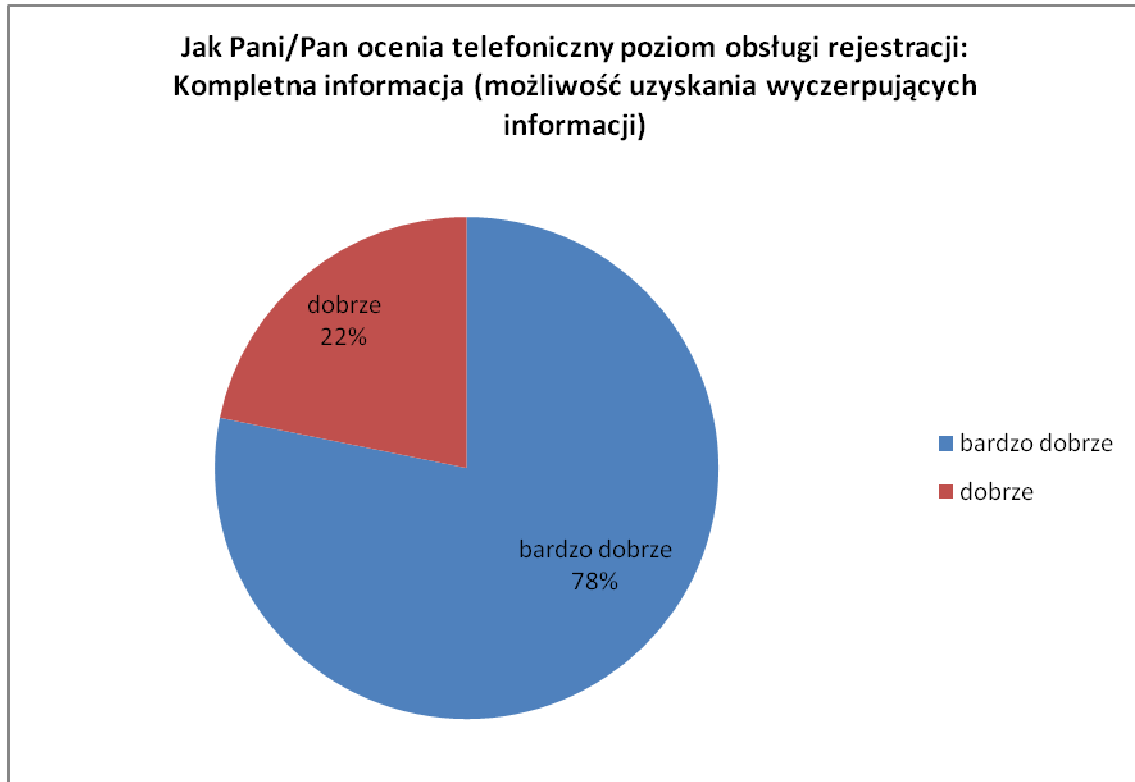
| Etykiety wierszy | Liczba z II.5C |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 21 |
| dobrze | 5 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 27 |
| dobrze | 6 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.22:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5D |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 61 |
| dobrze | 17 |
| Suma końcowa | 78 |



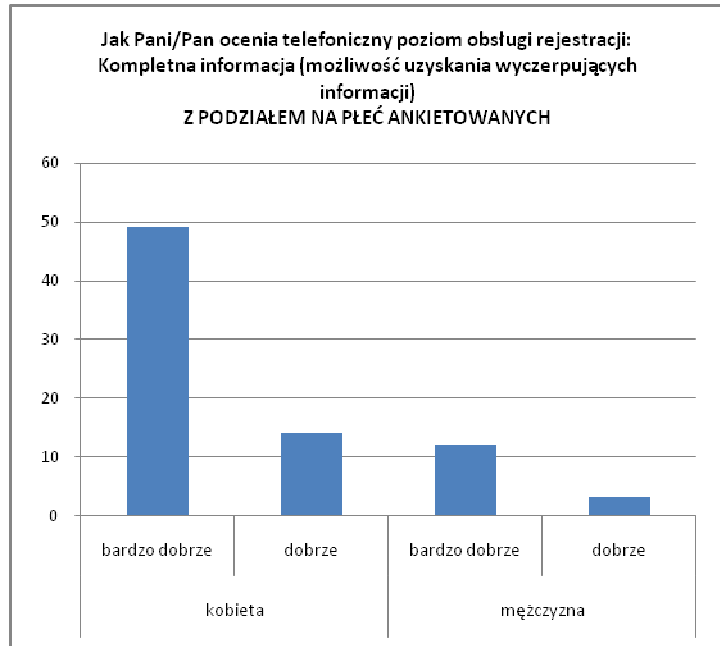
Analogicznie do dwóch wcześniejszych odpowiedzi – pomimo, że stosunek ilości odpowiedzi: dobrze względem dominanty (bardzo dobrze) zmienił się na niekorzyść firmy, to jednak zmiana ta nie jest bardzo znacząca. W dalszym ciągu wartość modalna ma znaczącą przewagę nad drugim z rzędu rodzajem udzielonych odpowiedzi.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.22:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)

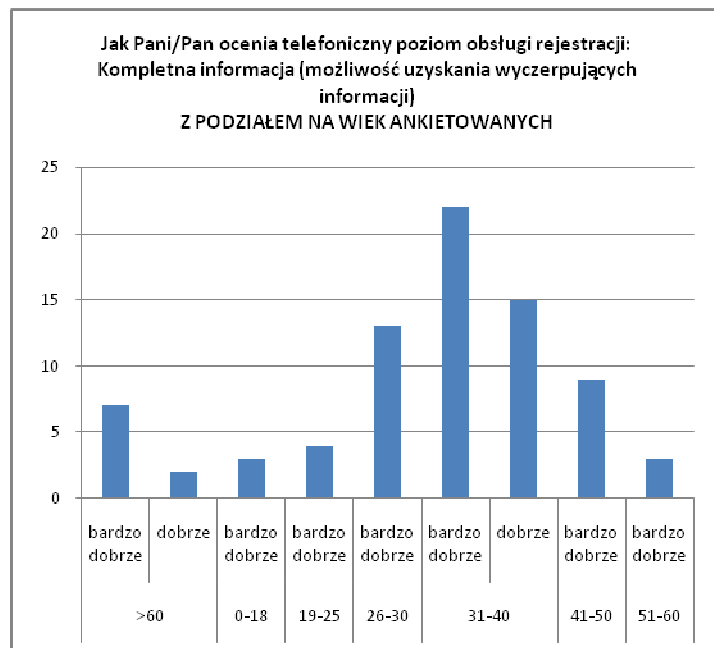
PŁEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5D |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 49 |
| dobrze | 14 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 12 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5D |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 7 |
| dobrze | 2 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 22 |
| dobrze | 15 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

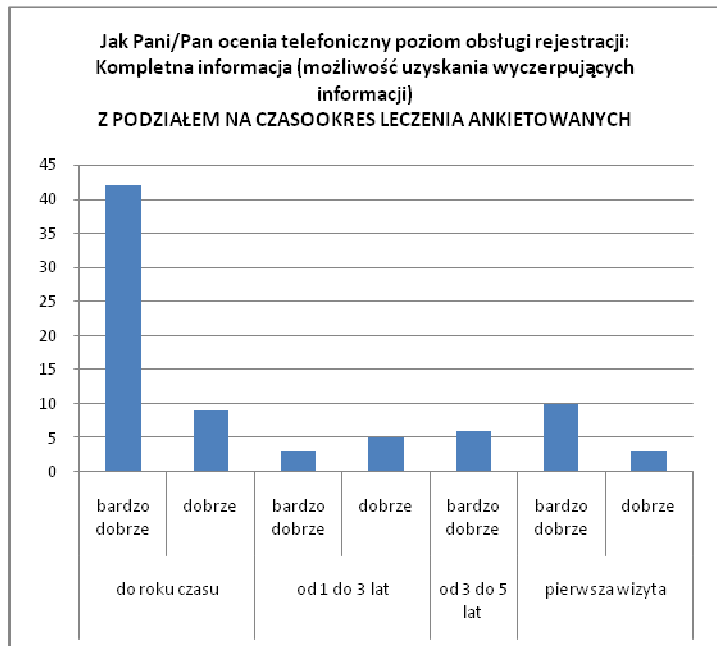


Tabele i wykresy z wynikami nr 22:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)

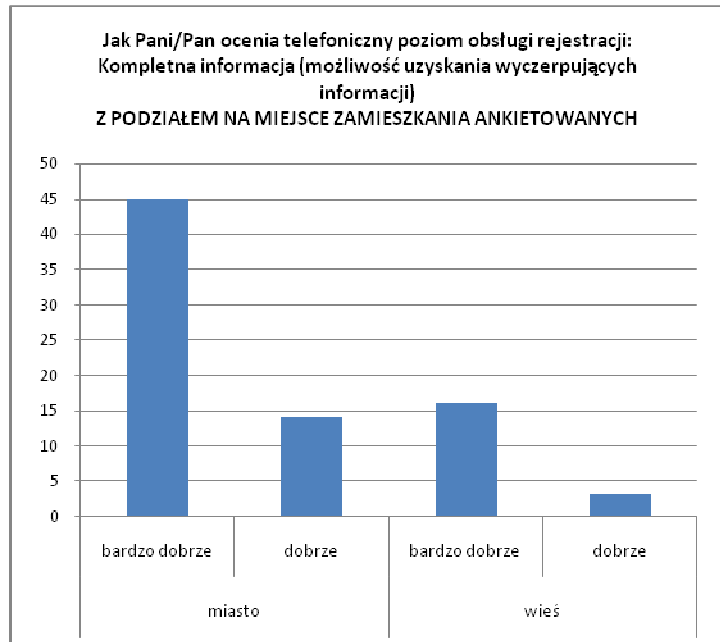
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5D |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 42 |
| dobrze | 9 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 3 |
| dobrze | 5 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5D |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 45 |
| dobrze | 14 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 16 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

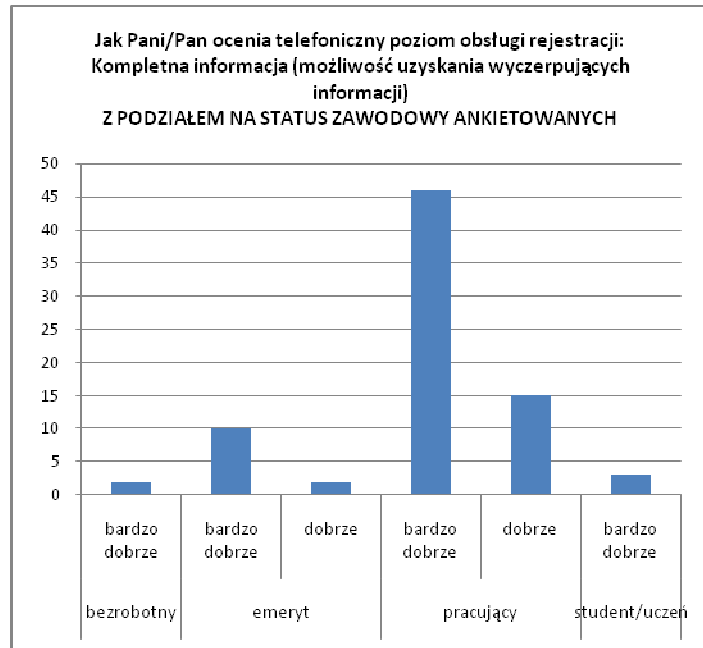


Tabele i wykresy z wynikami nr 22:

Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)

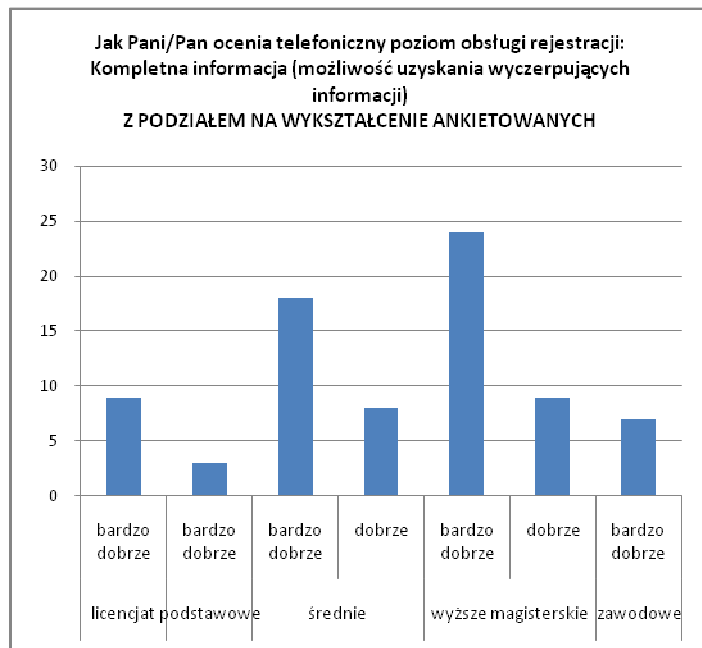
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.5D |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 2 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 46 |
| dobrze | 15 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

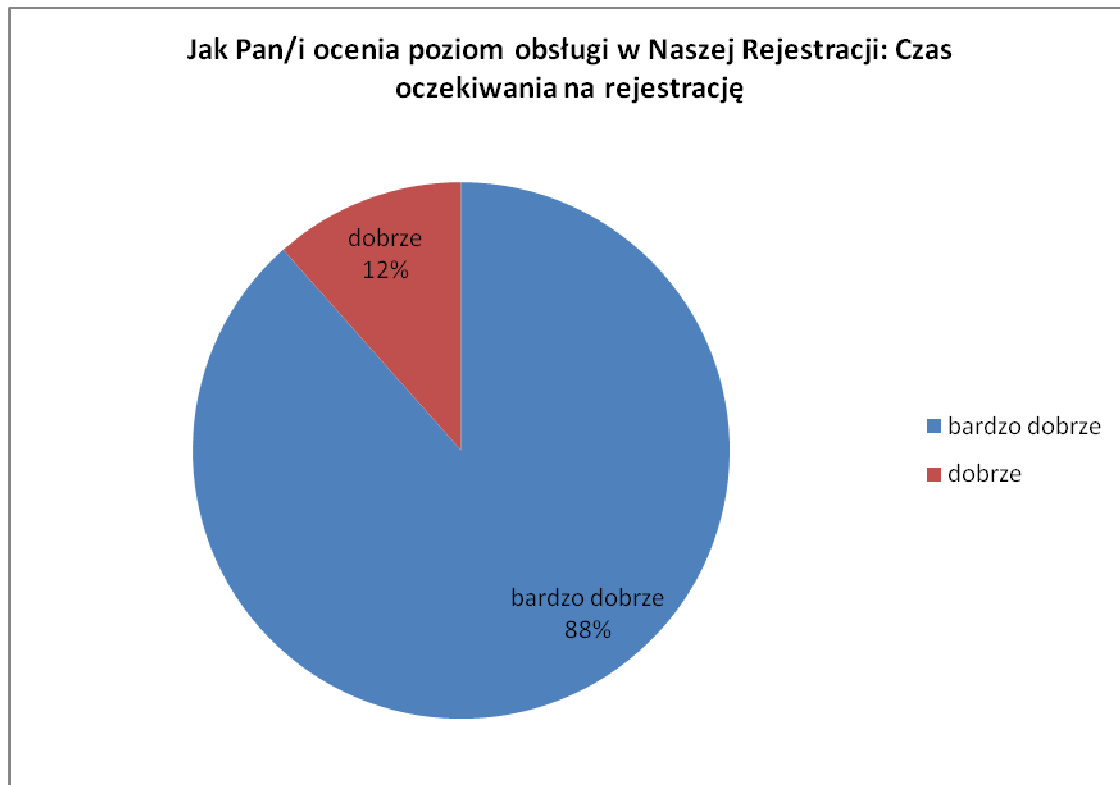
| Etykiety wierszy | Liczba z II.5D |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 18 |
| dobrze | 8 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 24 |
| dobrze | 9 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.23:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Czas oczekiwania na rejestrację

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6A |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 69 |
| dobrze | 9 |
| Suma końcowa | 78 |



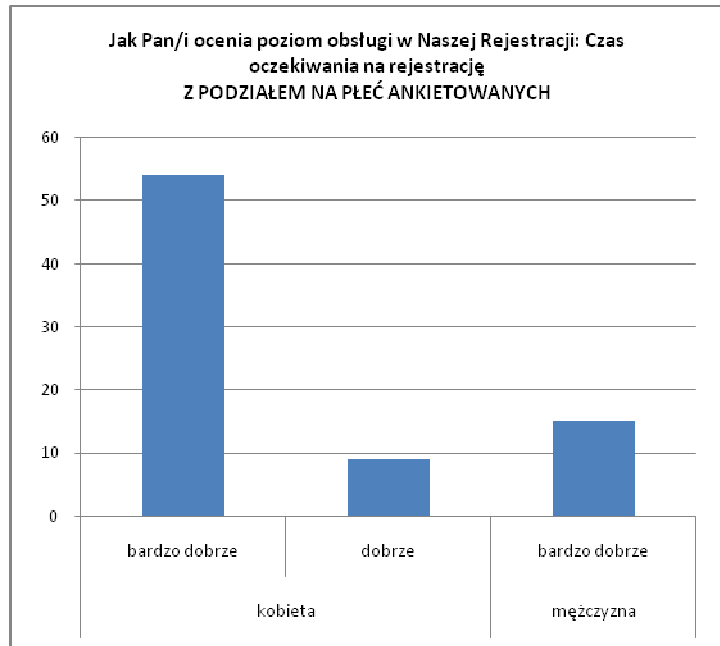
Aż 88% ankietowanych bardzo dobrze ocenia czas oczekiwania na rejestrację. Taka wartość dominanta świadczy o zadowoleniu Klientów z jakości obsługi przez Rejestrację gabinetu Dental – Care..

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.23:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Czas oczekiwania na rejestrację

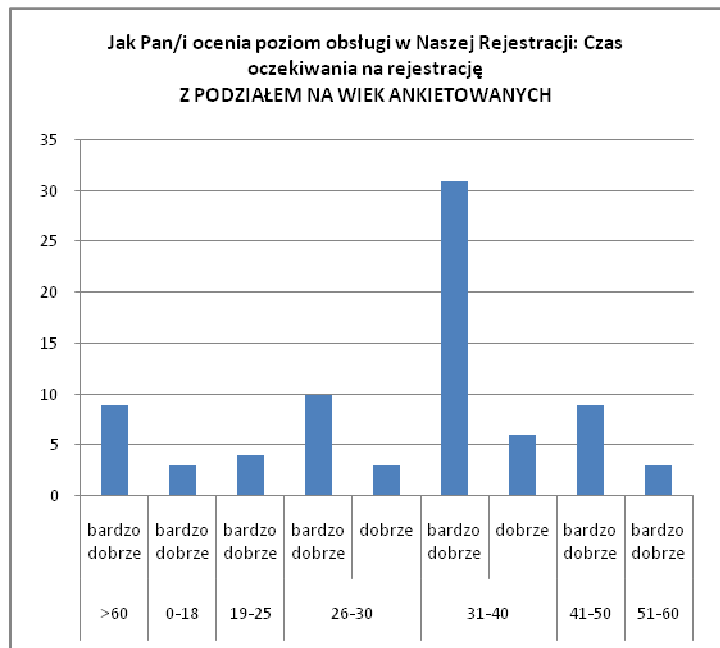
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6A |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 54 |
| dobrze | 9 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 15 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6A |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 31 |
| dobrze | 6 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

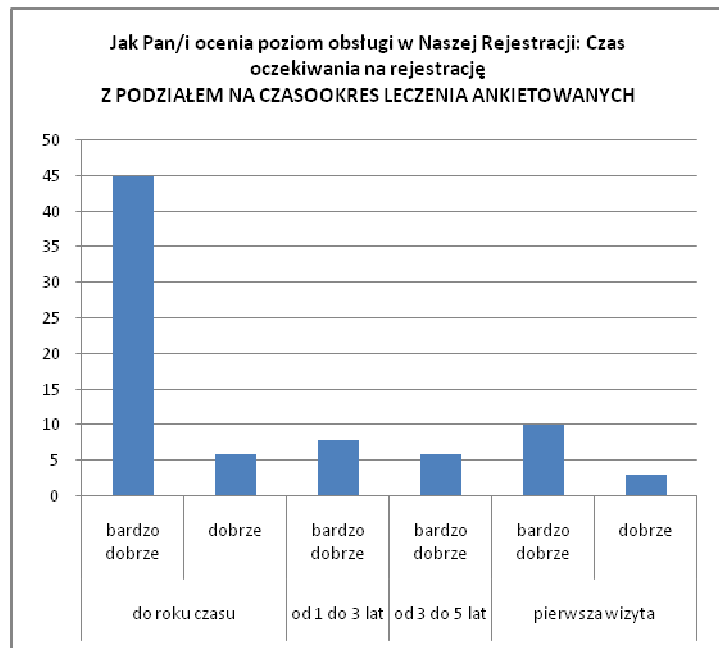


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.23:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Czas oczekiwania na rejestrację

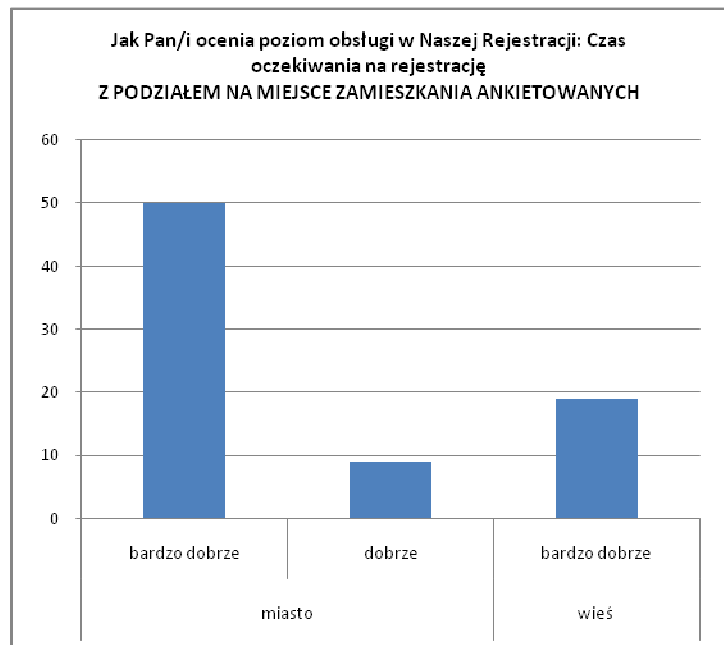
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6A |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 45 |
| dobrze | 6 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 8 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6A |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 50 |
| dobrze | 9 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 19 |
| Suma końcowa | 78 |

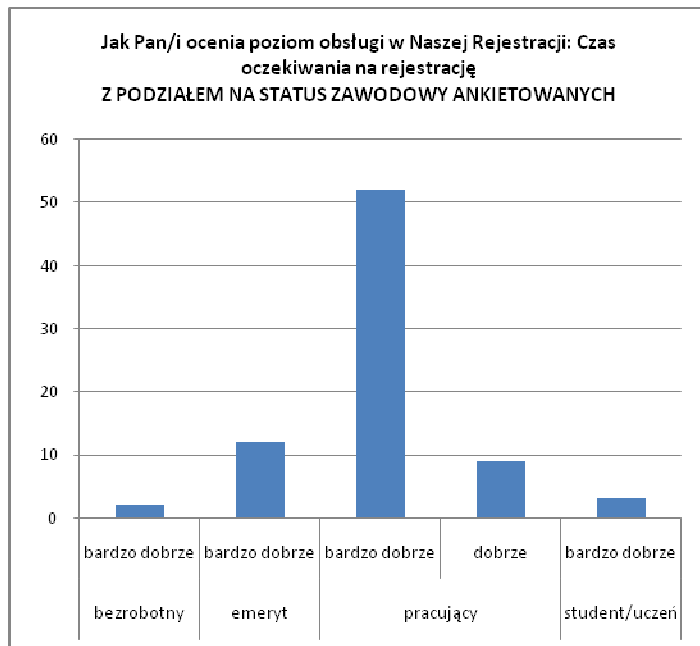


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.23:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Czas oczekiwania na rejestrację

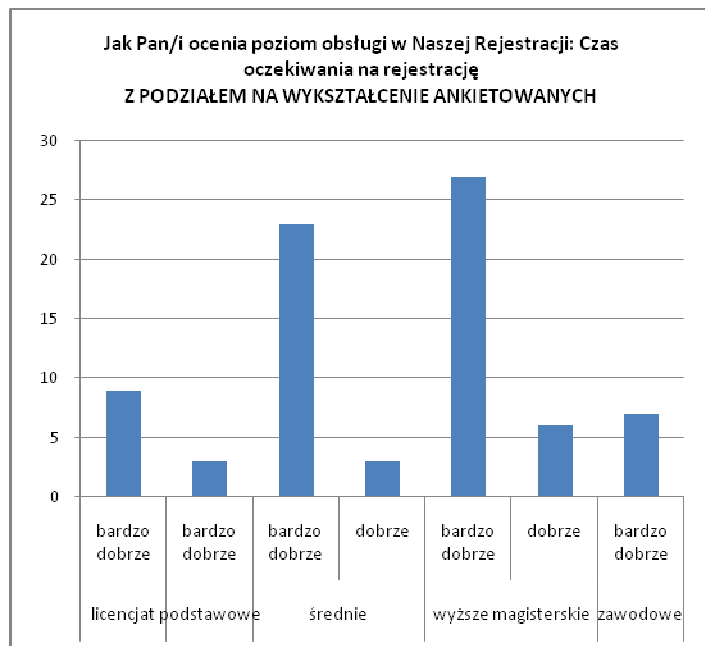
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6A |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 12 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 52 |
| dobrze | 9 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

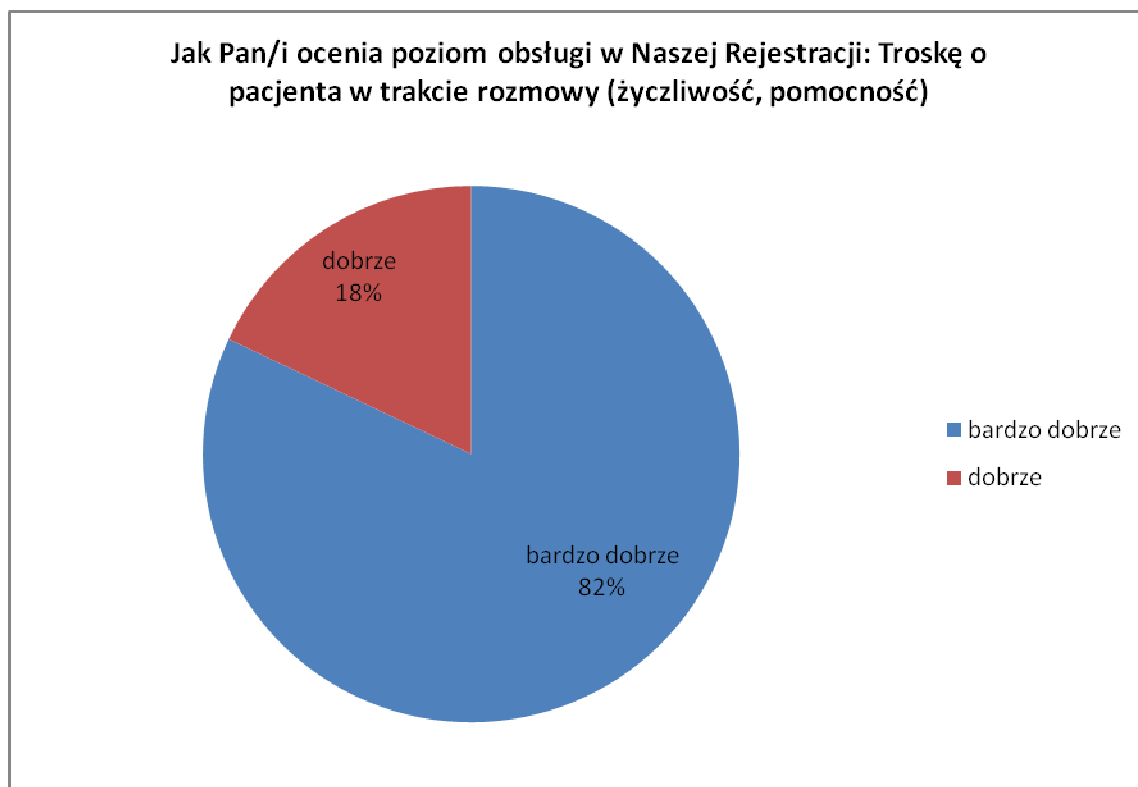
| Etykiety wierszy | Liczba z II.6A |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 23 |
| dobrze | 3 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 27 |
| dobrze | 6 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.24:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy (życzliwość, pomocność)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6B |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 64 |
| dobrze | 14 |
| Suma końcowa | 78 |



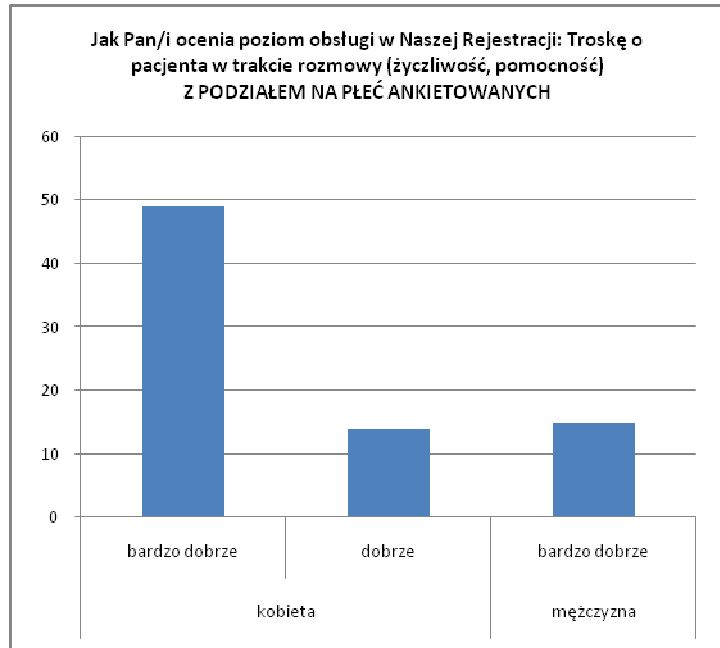
Aż 82% ankietowanych bardzo dobrze ocenia troskę o pacjenta podczas rejestracji. Taka wartość dominanta świadczy o zadowoleniu Klientów z jakości obsługi przez Rejestrację gabinetu Dental – Care..

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.24:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy (życzliwość, pomocność)

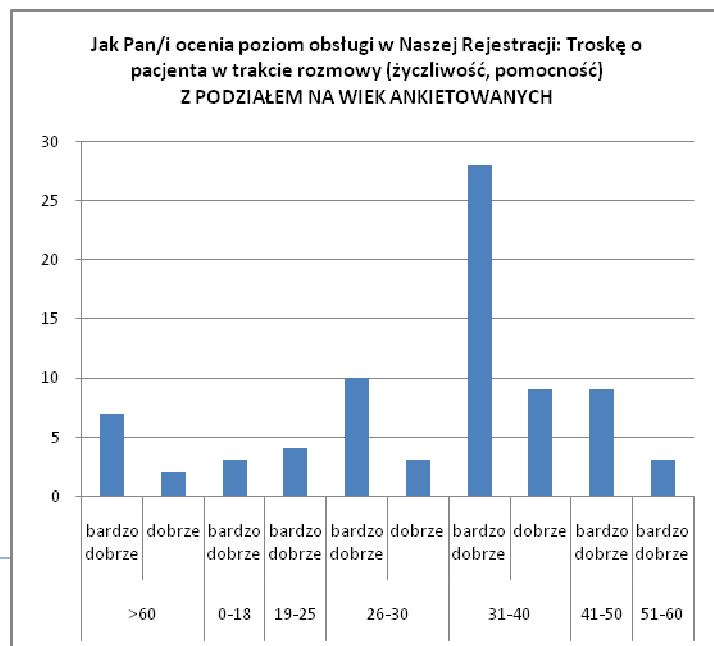
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6B |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 49 |
| dobrze | 14 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 15 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6B |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 7 |
| dobrze | 2 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 28 |
| dobrze | 9 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

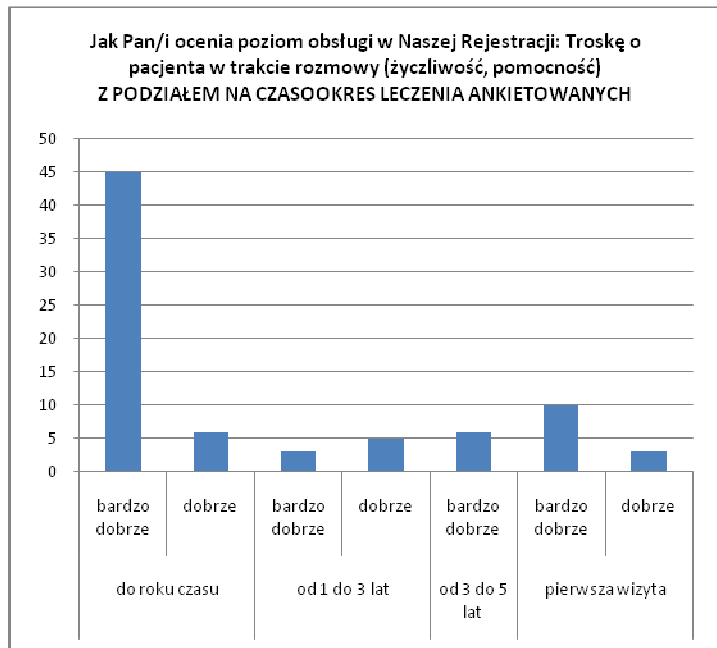


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.24:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy (życzliwość, pomocność)

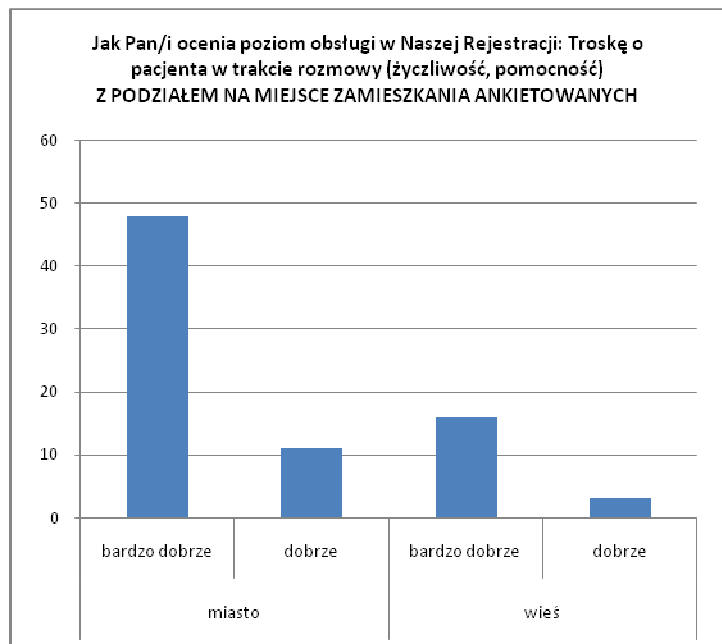
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6B |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 45 |
| dobrze | 6 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 3 |
| dobrze | 5 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6B |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 48 |
| dobrze | 11 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 16 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

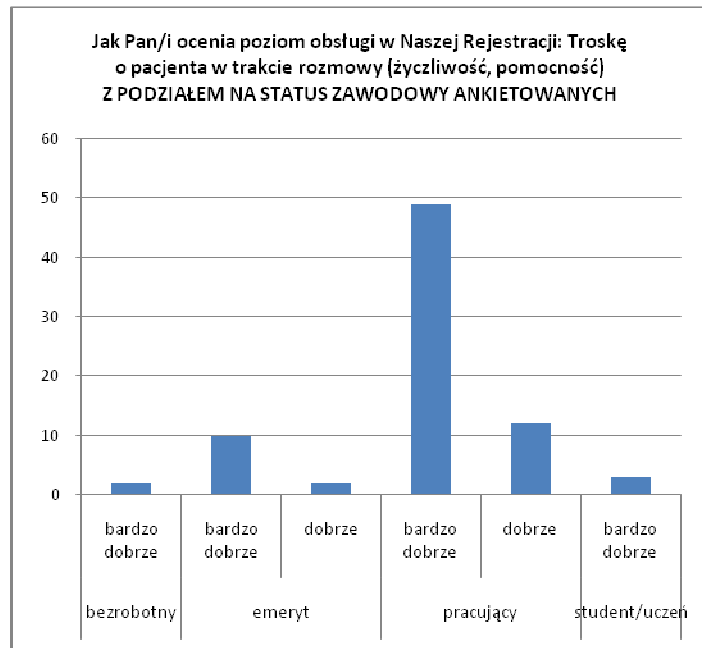


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.24:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy (życzliwość, pomocność)

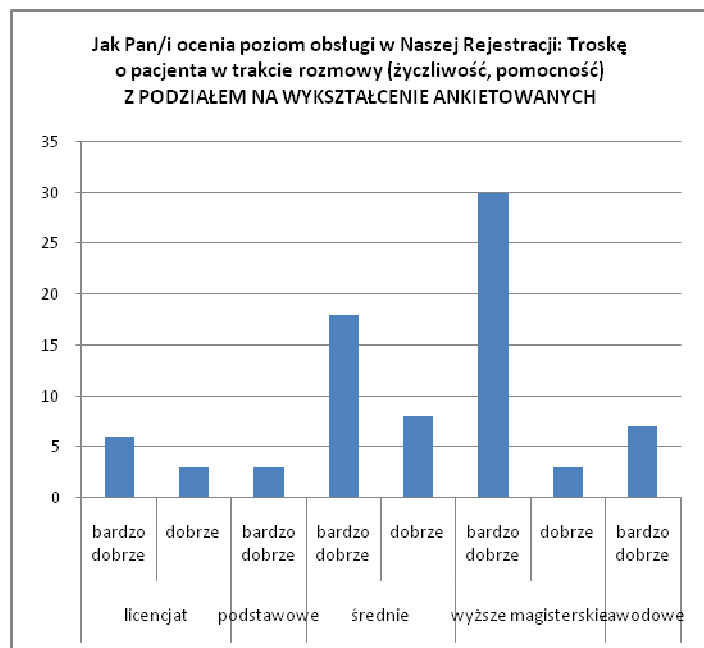
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6B |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 2 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 49 |
| dobrze | 12 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

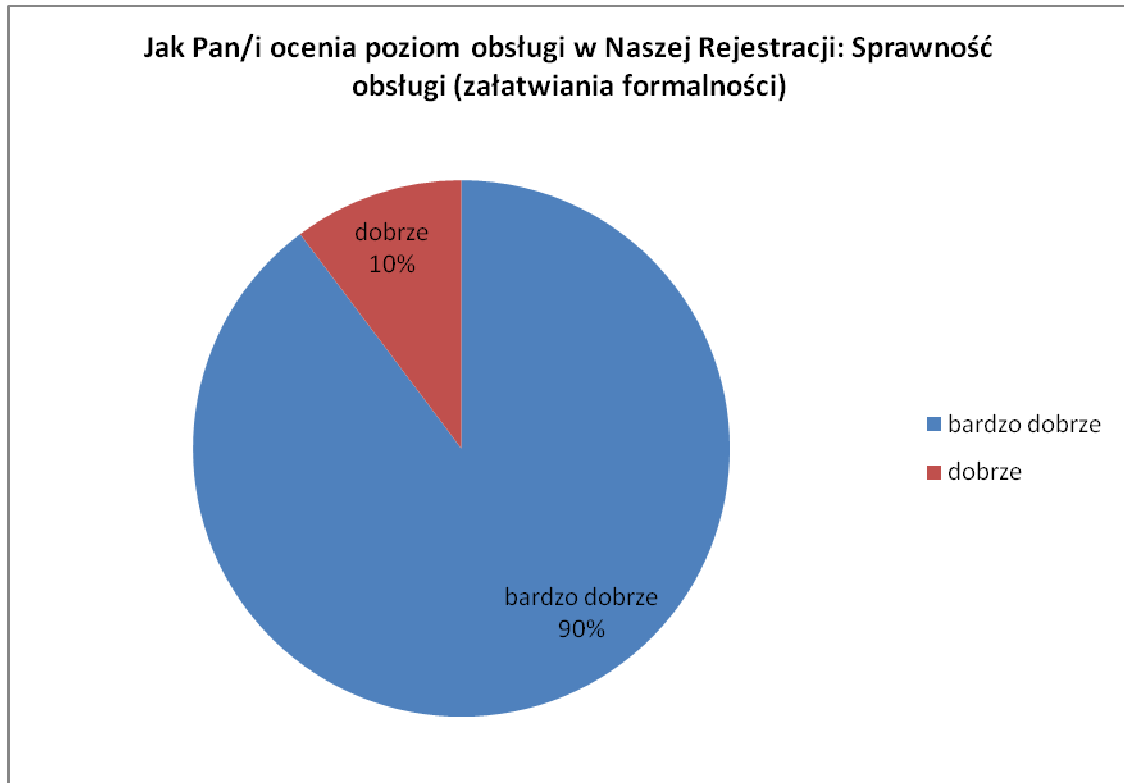
| Etykiety wierszy | Liczba z II.6B |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 6 |
| dobrze | 3 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 18 |
| dobrze | 8 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 30 |
| dobrze | 3 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.25:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6C |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 70 |
| dobrze | 8 |
| Suma końcowa | 78 |



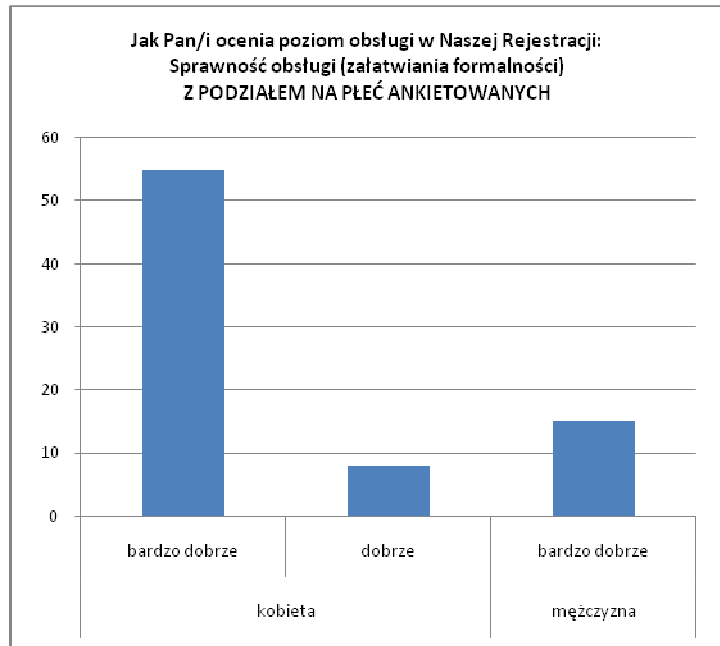
W tym wypadku aż 90% ankietowanych bardzo dobrze oceniło sprawność obsługi podczas rejestracji. Taka wartość dominanta świadczy o zadowoleniu Klientów z jakości obsługi przez Rejestrację gabinetu Dental – Care..

Tabele i wykresy z wynikami nr3. 25:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)

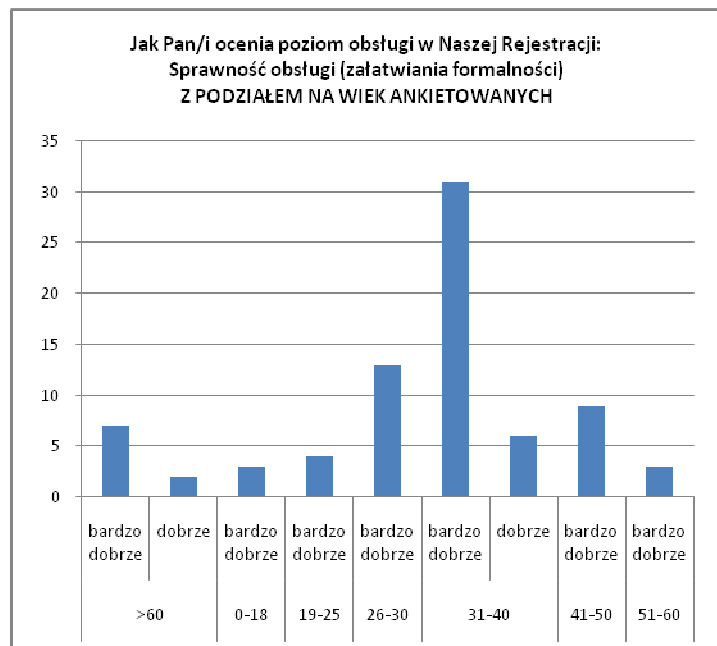
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6C |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 55 |
| dobrze | 8 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 15 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6C |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 7 |
| dobrze | 2 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 31 |
| dobrze | 6 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

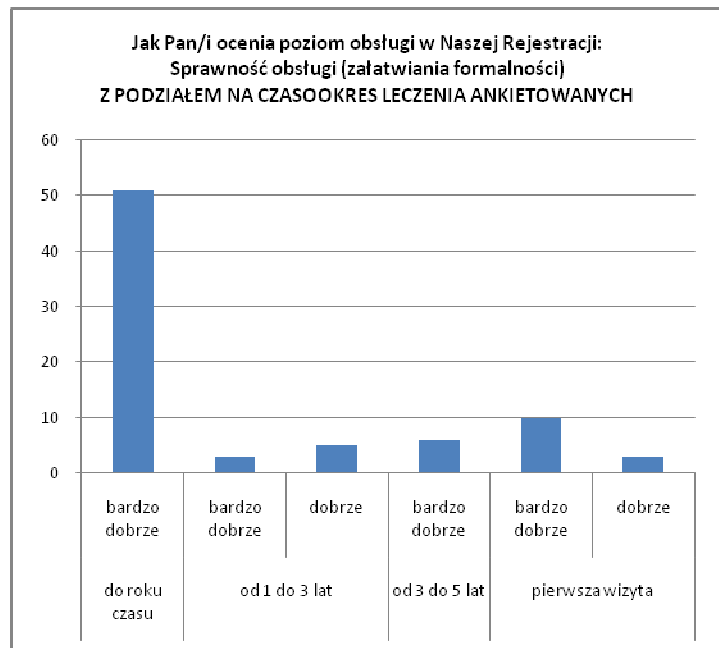


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.25:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)

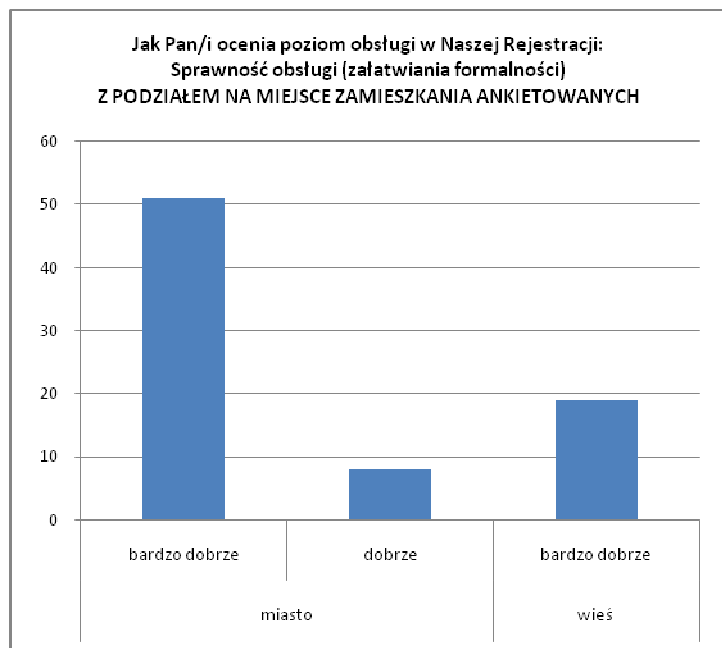
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6C |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 51 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 3 |
| dobrze | 5 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6C |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 51 |
| dobrze | 8 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 19 |
| Suma końcowa | 78 |

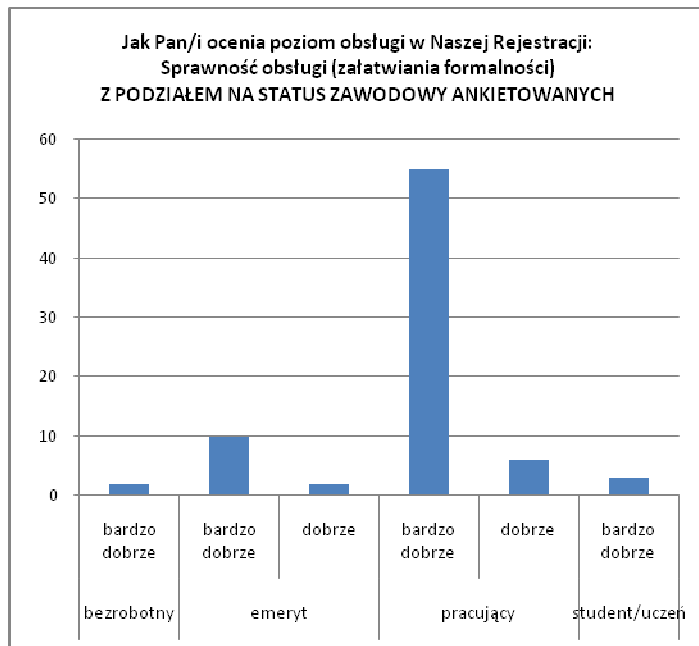


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.25:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)

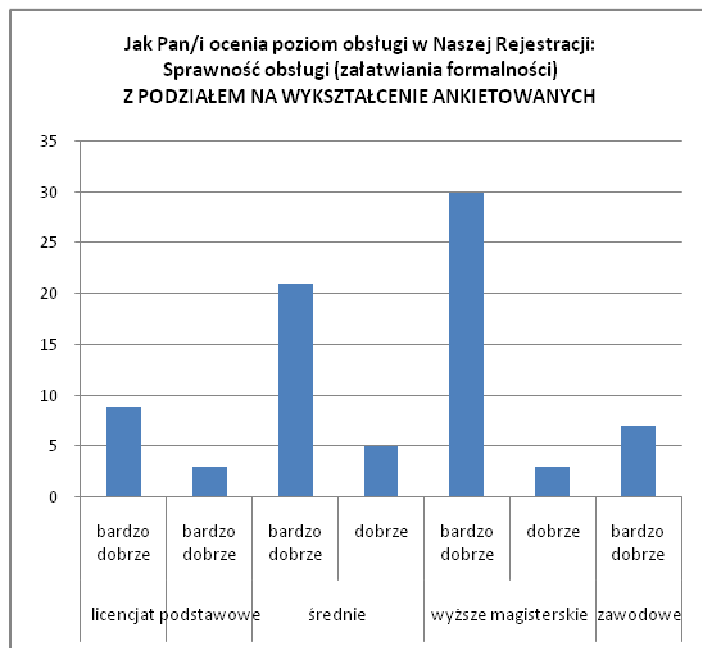
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z IL.6C |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 2 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 55 |
| dobrze | 6 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

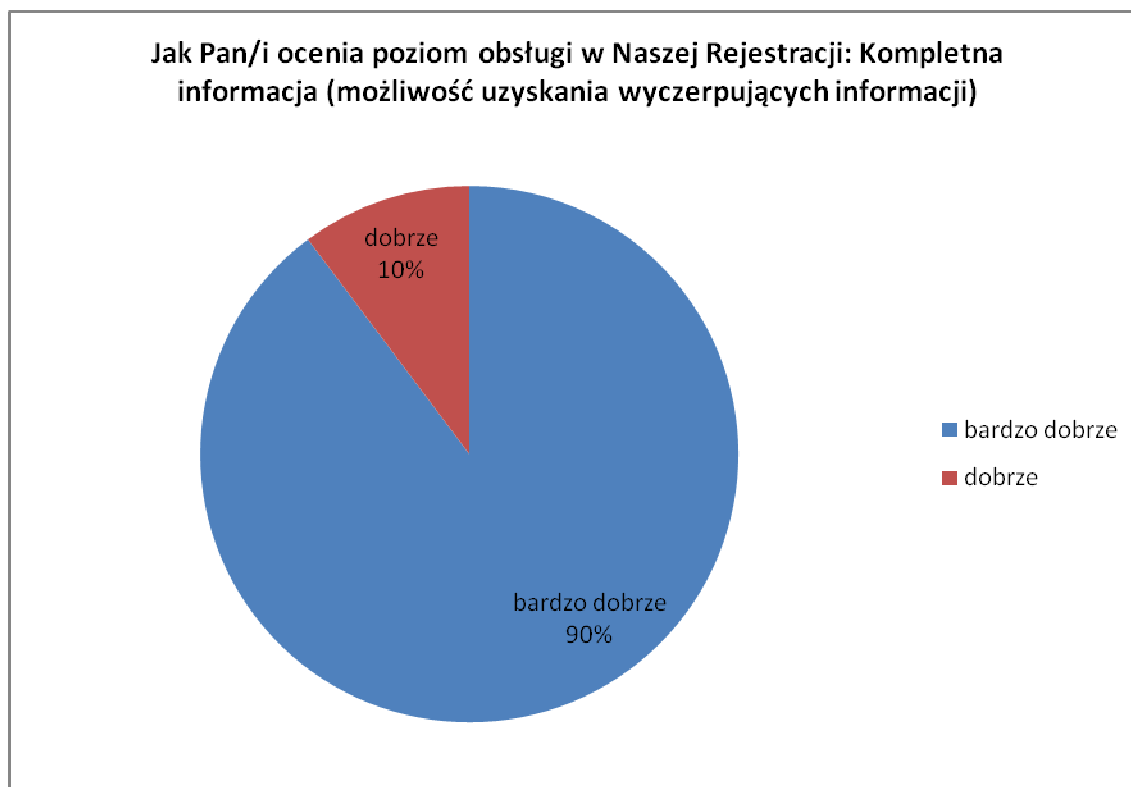
| Etykiety wierszy | Liczba z IL.6C |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 21 |
| dobrze | 5 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 30 |
| dobrze | 3 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.26:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6D |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 70 |
| dobrze | 8 |
| Suma końcowa | 78 |



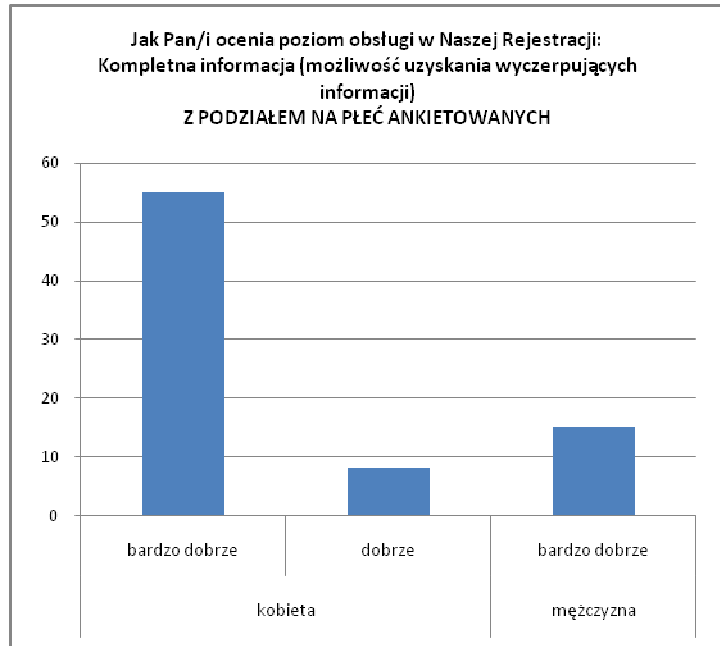
W tym wypadku kompletność informacji została oceniona na takim samym poziomie, jak sprawność obsługi (90% odpowiedzi dobrze). Taka wartość dominanta świadczy o zadowoleniu Klientów z jakości obsługi przez Rejestrację gabinetu Dental – Care..

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.26:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)

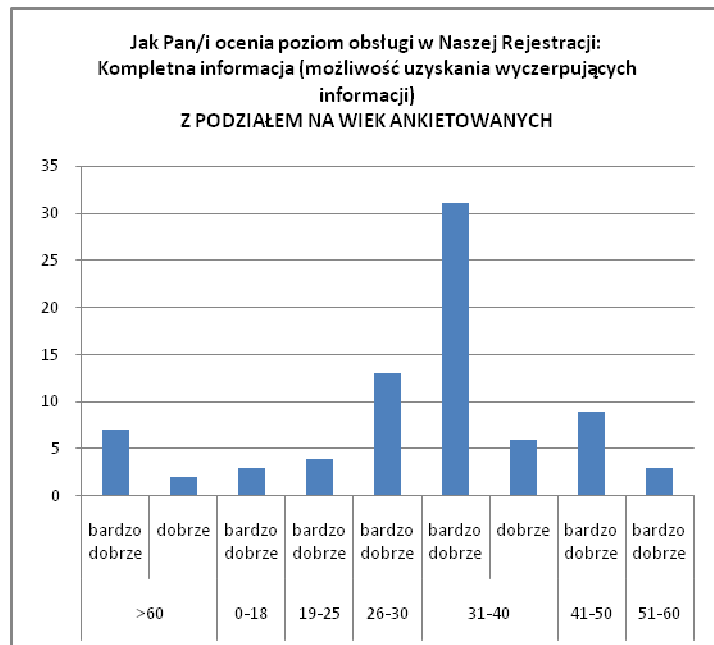
PŁEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6D |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 55 |
| dobrze | 8 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 15 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6D |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 7 |
| dobrze | 2 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 31 |
| dobrze | 6 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

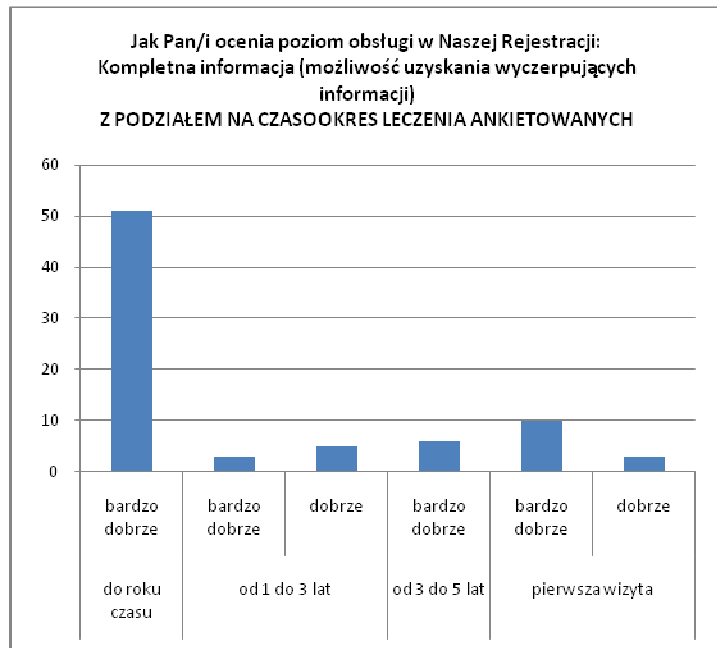


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.26:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)

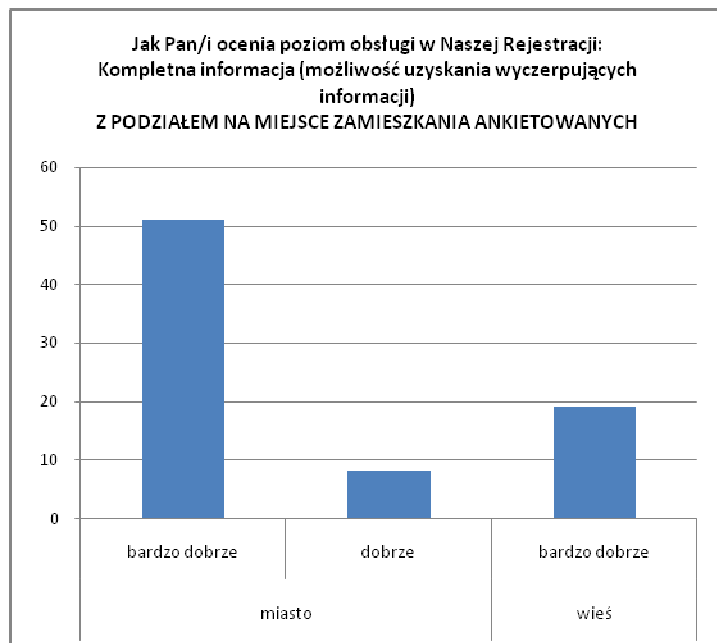
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6D |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 51 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 3 |
| dobrze | 5 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6D |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 51 |
| dobrze | 8 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 19 |
| Suma końcowa | 78 |

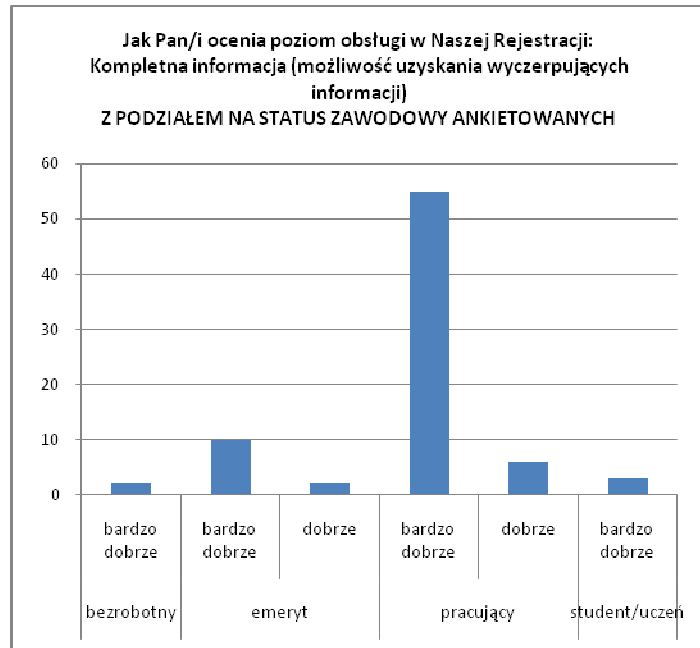


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.26:

Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)

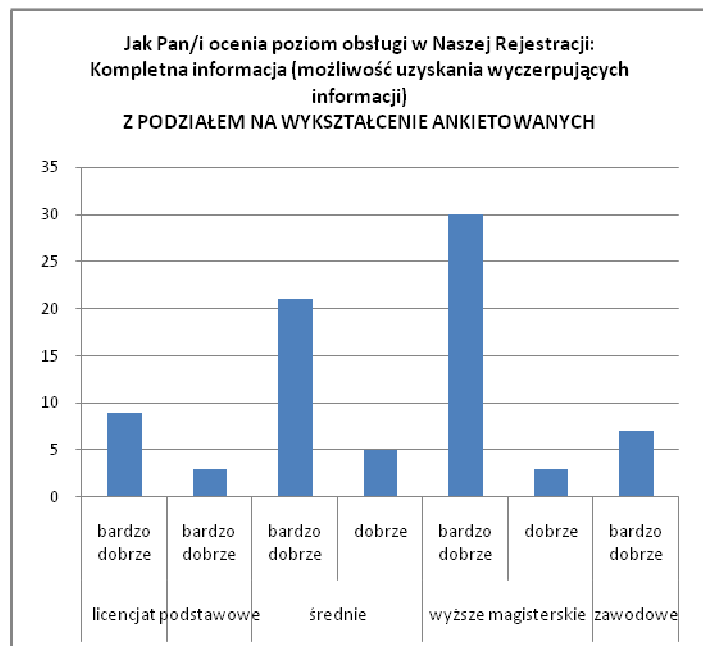
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.6D |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 2 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 55 |
| dobrze | 6 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

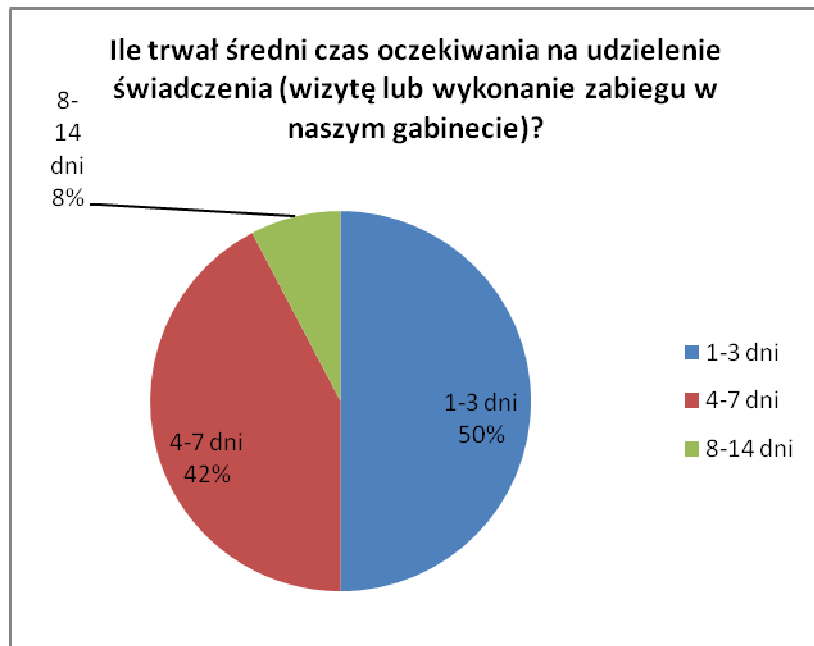
| Etykiety wierszy | Liczba z II.6D |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 21 |
| dobrze | 5 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 30 |
| dobrze | 3 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.27:

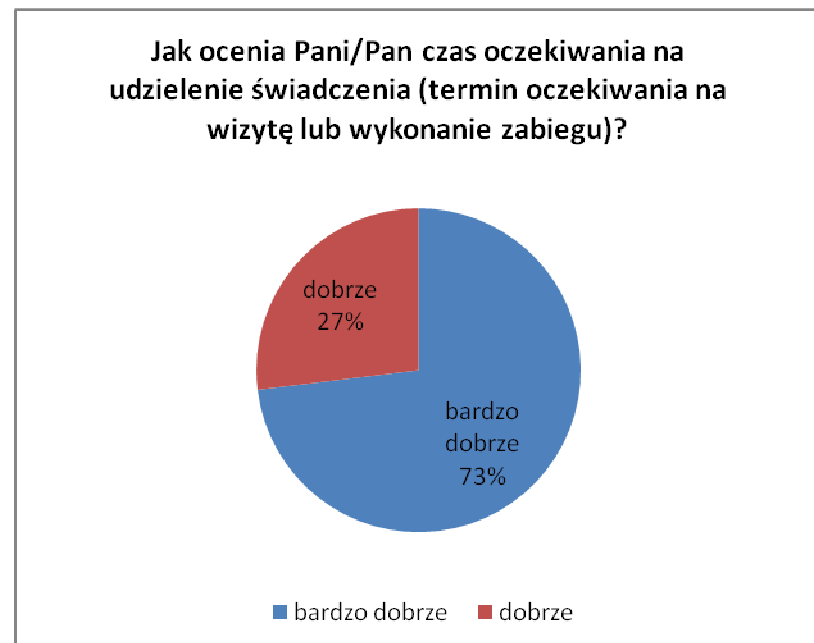
Ile trwał średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (wizytę lub wykonanie zabiegu w naszym gabinecie)?

| Etykiety wierszy | Liczba z II.7a |
|---------------------|----------------|
| 1-3 dni | 39 |
| 4-7 dni | 33 |
| 8-14 dni | 6 |
| Suma końcowa | 78 |



Jak ocenia Pani/Pan czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (termin oczekiwania na wizytę lub wykonanie zabiegu)?

| Etykiety wierszy | Liczba z II.7b |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 57 |
| dobrze | 21 |
| Suma końcowa | 78 |



Analiza odpowiedzi na pytanie 7, podobnie jak w przypadku kolejnego pytania 8, przeprowadzona zostanie dwutorowo ze względu na budowę tego pytania. W pierwszej jego

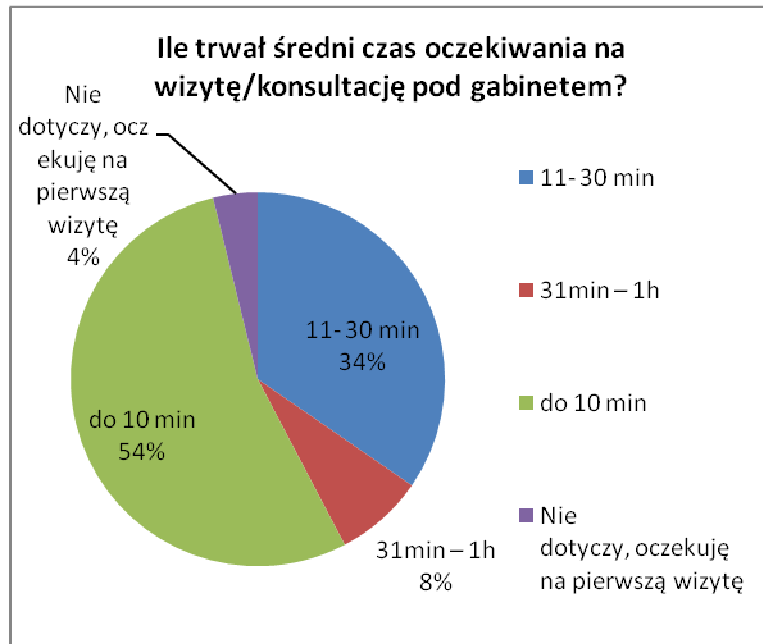
części zapytano ankietowanych, jak długo trwało oczekiwanie na udzielenie świadczenia, a w drugiej części o subiektywną ocenę tego czasu przez ankietowanego. Pomimo tego, że aż 50% ankietowanych czekało na usługę ponad 3 dni, z czego 8% ponad 8 dni, to uzyskana ocena jest zadawalająca. Ankietowani ocenili: "bardzo dobrze" (73%) okres oczekiwania na świadczenie. Pozostałe 27% oceniło ten czas oczekiwania dobrze. Widać z tego, że wszystkie oceny są ocenami pozytywnymi i nie wystąpiły oceny negatywne, ani nawet zachowawcze.

Na podstawie uzyskanych wyników widać, że w przypadku, kiedy Klient otrzymuje usługę na najwyższym poziomie, czas oczekiwania na to świadczenie nie jest przez Klienta postrzegany negatywnie. Zapewne istnieje granica, po przekroczeniu której Klient wykaże niezadowolenie, dlatego gabinet powinien dzięki dostępnym metodom, wyposażeniu oraz kompetentnemu personelowi starać się uniknąć tej sytuacji.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.28:

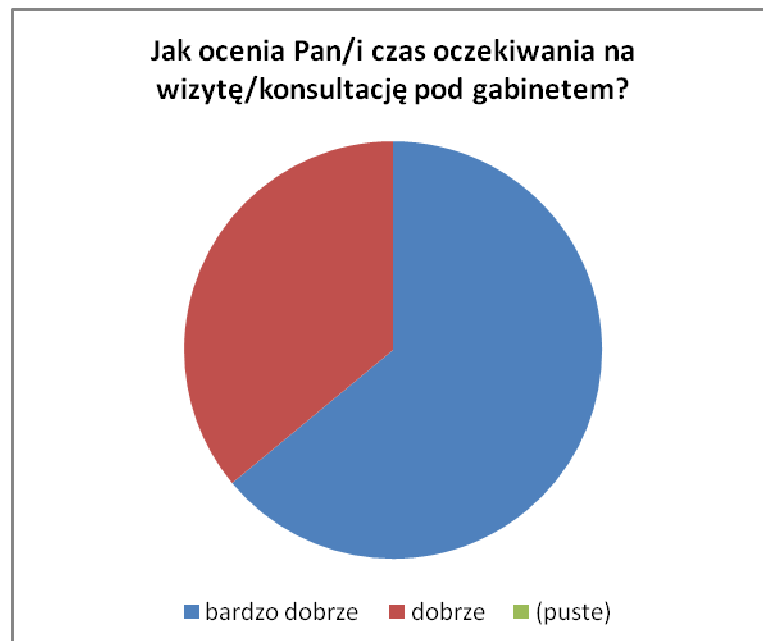
Ile trwał średni czas oczekiwania na wizytę/konsultację pod gabinetem?

| Etykiety wierszy | Liczba z II.8a |
|--|----------------|
| 11- 30 min | 27 |
| 31min – 1h | 6 |
| do 10 min | 42 |
| Nie dotyczy, oczekuję na pierwszą wizytę | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Jak ocenia Pan/i czas oczekiwania na wizytę/konsultację pod gabinetem?

| Etykiety wierszy | Liczba z II.8b |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 48 |
| dobrze | 27 |
| (puste) | |
| Suma końcowa | 75 |



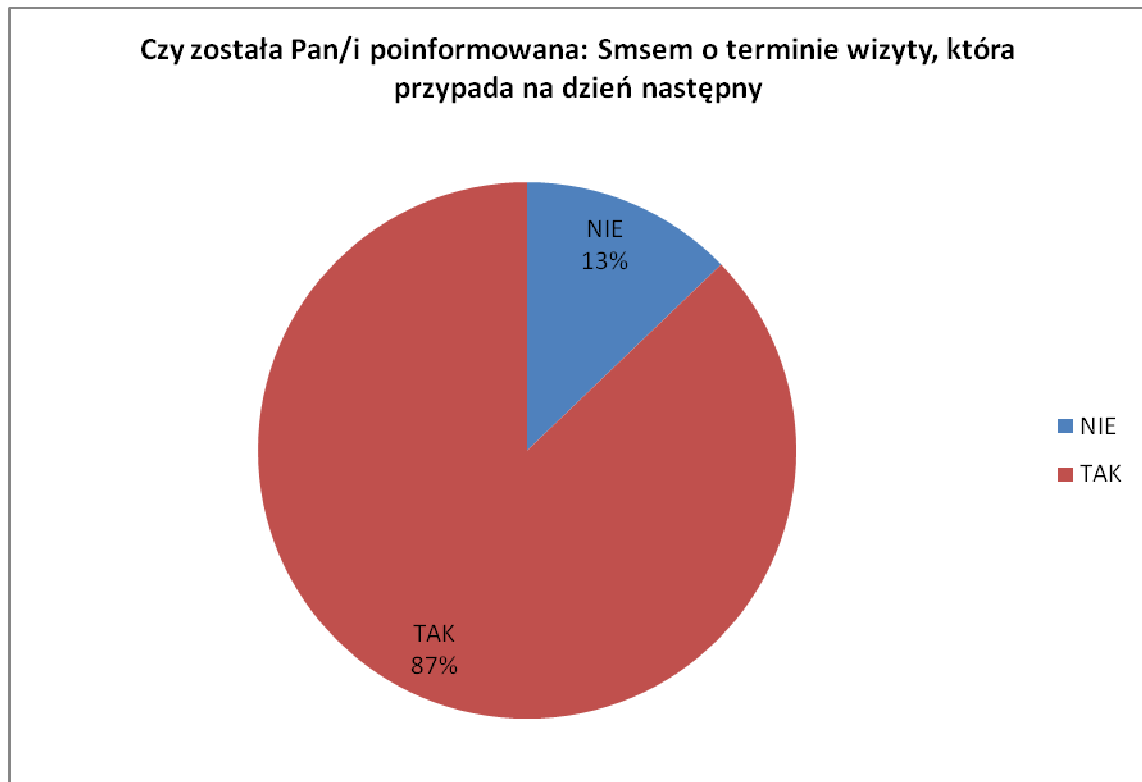
Sytuacja w przypadku czasu oczekiwania Klientów pod gabinetem wygląda trochę gorzej niż w przypadku czasu oczekiwania na świadczenie. W tym przypadku wartość modalna nie ma już tak dominującej pozycji względem drugiej z kolei odpowiedzi. Ilość

osób, które oceniły „bardzo dobrze” czas oczekiwania to 64%. Pozostałe 36% oceniło czas oczekiwania na poziomie „dobrze”. Pomimo, iż wszystkie odpowiedzi były pozytywne, to mniej wyraźnie zarysowana dominanta pozwala wyciągnąć wniosek, że w tym obszarze należałoby wdrożyć odpowiednie działania doskonalące. Obecnie w tym zakresie funkcjonują rozwiązania systemowe (procedury obsługi pacjenta, wcześniejsze telefoniczne powiadomienia w przypadku możliwości wystąpienia dłuższego opóźnienia), jednak widać, że wystarczające na dzień dzisiejszy rozwiązania, w przypadku pogorszenia (nawet nieznacznego) w tym obszarze mogą okazać się przyczyną niezadowolenia Klientów. To z kolei może skutkować tym, że jakość realizowanych usług i procesów zostanie postrzegana negatywnie, powodując utratę zaufania stałych klientów i możliwość pozyskiwania nowych Klientów za pomocą „marketingu szeptanego” – polecenia gabinetu innym przez obecnych Klientów.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.29:

Czy została Pan/i poinformowana: Smssem o terminie wizyty, która przypada na dzień następny

| Etykiety wierszy | Liczba z II.9a |
|---------------------|----------------|
| NIE | 10 |
| TAK | 68 |
| Suma końcowa | 78 |



Pomimo funkcjonujących procedur w tym zakresie aż 13% ankietowanych stwierdziło, że nie została im przekazana informacja smssem o terminie wizyty przypadającej w dniu następnym (przypomnienie).

Pomimo, iż przeważająca większość odpowiedzi (dominanta) potwierdza, że smsy takie są wysyłane, należy zapewnić, aby odsetek niewysłanych smsów stanowił dosłownie promil wszystkich realizowanych usług – należy dążyć do tego, aby takie sytuacje nie miały miejsca. Niewysłanie do Klienta smsa przypominającego o wizycie w mniejszym stopniu wpłynąć może na zmniejszenie zadowolenia Klientów, jednak w znacznym stopniu może się przyczynić do pogorszenia jakości realizowanych procesów, a w szczególności do wartości wskaźnika produktywności. Celem wysyłania smsów jest przypominanie Klientom o wizycie, aby uniknąć sytuacji, kiedy klient się nie pojawia, a zasoby (lekarze) nie są efektywnie

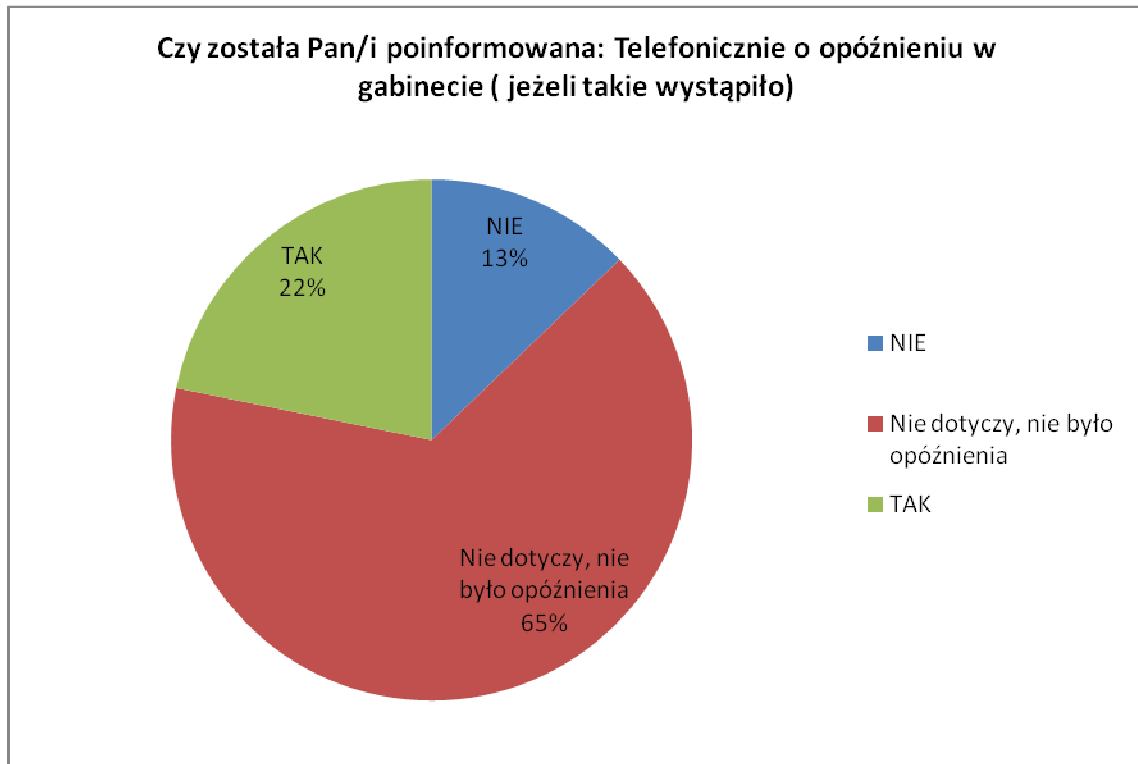
wykorzystywane. Efektem obecnej sytuacji może być wadliwość oprogramowania odpowiadającego za wysyłkę wiadomości lub błąd czynnika ludzkiego (nie zainicjowanie wysyłki przez rejestratorkę pomimo obecności takiego zadania w czekliście).

Jest to zjawisko bardzo niekorzystne ze względu na fakt, iż (jak wynika z wcześniejszych odpowiedzi) jest grupa Klientów, którzy muszą oczekiwać na świadczenie kilka dni mimo, że mogliby być obsłużeni dużo szybciej. Smsy mają na celu minimalizowanie tego typu zakłóceń w procesie głównym (biznesowym): usług stomatologicznych.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.30:

Czy została Pan/i poinformowana: Telefonicznie o opóźnieniu w gabinecie (jeżeli takie wystąpiło)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.9b |
|--------------------------------|----------------|
| NIE | 10 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnień | 51 |
| TAK | 17 |
| Suma końcowa | 78 |



W przypadku niniejszego pytania aż 65% ankietowanych odpowiedziało, że w ramach realizowanych dla nich usług nie wystąpiło opóźnienie. Jednak w przypadku 35% próby, aż ponad 37% z tej grupy osób (13% ogólnej próby) nie zostało wcześniej poinformowanych telefonicznie o opóźnieniu pomimo, iż wewnętrzne procedury tego wymagają. Opóźnienia te najczęściej nie są jednak wynikiem źle zorganizowanej pracy lekarzy i personelu, ale wynikają z procedur medycznych, które w przypadku pewnych zabiegów mogą ulec przedłużeniu. Należy jednak zapobiec sytuacjom, kiedy pacjent nie zostaje poinformowany o opóźnieniach bądź odwołaniu wizyty.

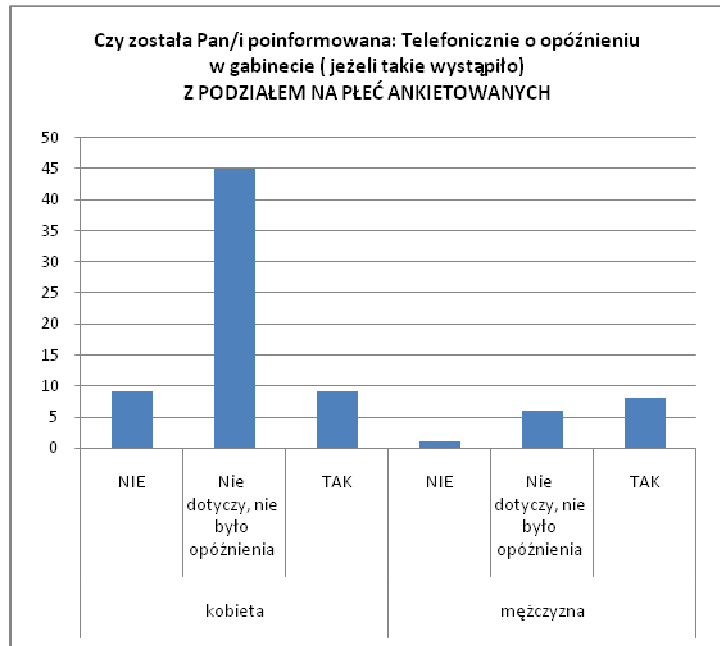
Jest to obszar, który wymaga doskonalenia poprzez wprowadzenie właściwych technik zarządzania czasem oraz stosowanie nadzoru nad realizowanymi działaniami, aby reagować odpowiednio wcześniej na ich odstępstwa od normy.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.30:

Czy została Pan/i poinformowana: Telefonicznie o opóźnieniu w gabinecie (jeżeli takie wystąpiło)

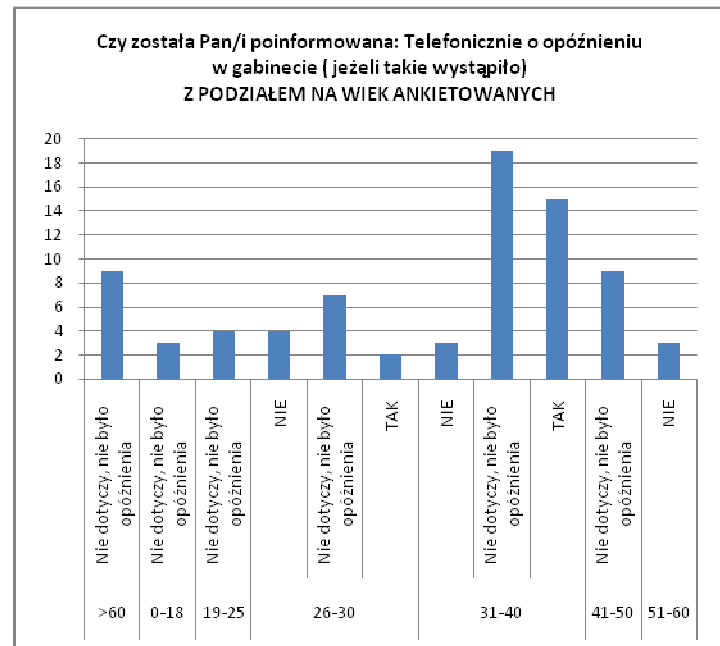
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.9b |
|----------------------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| NIE | 9 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 45 |
| TAK | 9 |
| mężczyzna | 15 |
| NIE | 1 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 6 |
| TAK | 8 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.9b |
|----------------------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 9 |
| 0-18 | 3 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 3 |
| 19-25 | 4 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 4 |
| 26-30 | 13 |
| NIE | 4 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 7 |
| TAK | 2 |
| 31-40 | 37 |
| NIE | 3 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 19 |
| TAK | 15 |
| 41-50 | 9 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 9 |
| 51-60 | 3 |
| NIE | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

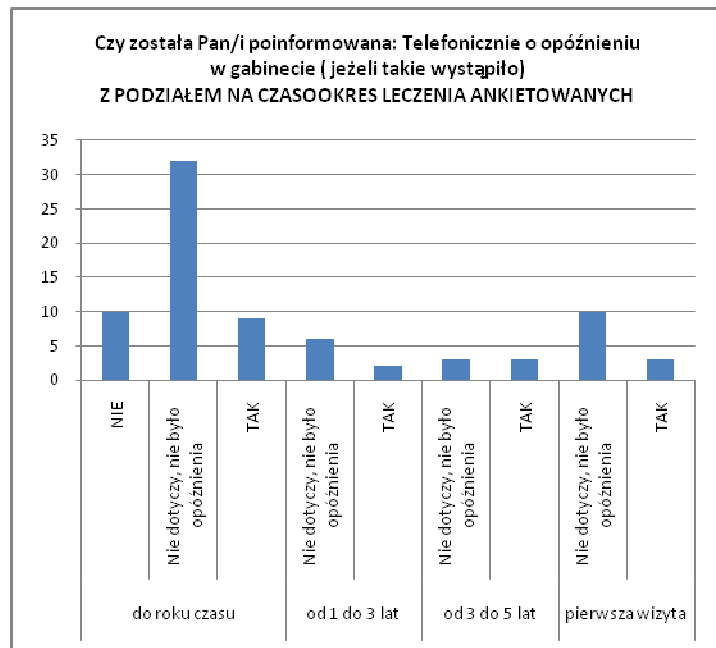


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.30:

Czy została Pan/i poinformowana: Telefonicznie o opóźnieniu w gabinecie (jeżeli takie wystąpiło)

CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.9b |
|----------------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| NIE | 10 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 32 |
| TAK | 9 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 6 |
| TAK | 2 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 3 |
| TAK | 3 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 10 |
| TAK | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.9b |
|----------------------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| NIE | 10 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 35 |
| TAK | 14 |
| wieś | 19 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 16 |
| TAK | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

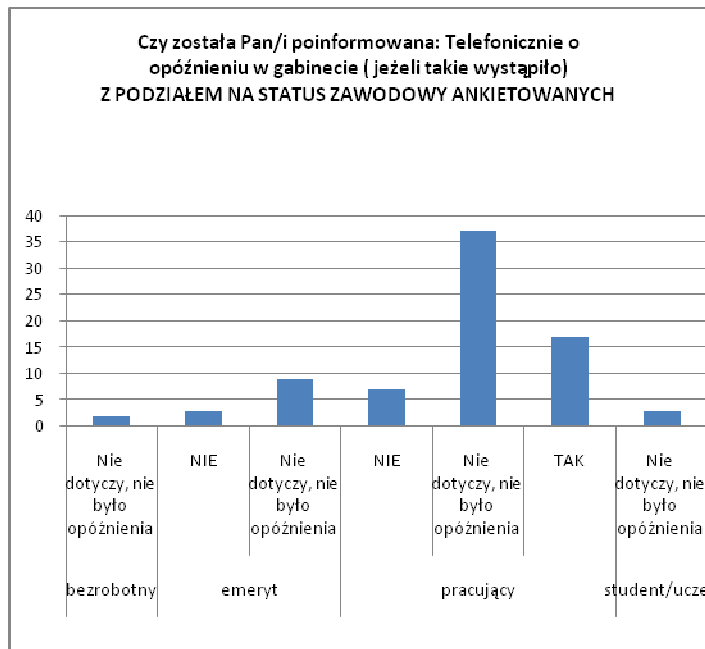


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.30:

Czy została Pan/i poinformowana: Telefonicznie o opóźnieniu w gabinecie (jeżeli takie wystąpiło)

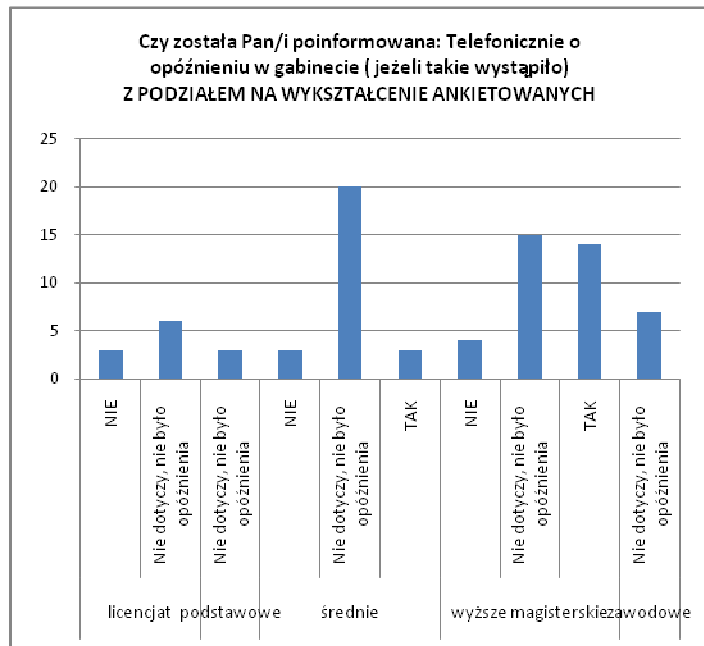
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.9b |
|----------------------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 2 |
| emeryt | 12 |
| NIE | 3 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 9 |
| pracujący | 61 |
| NIE | 7 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 37 |
| TAK | 17 |
| student/uczeń | 3 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

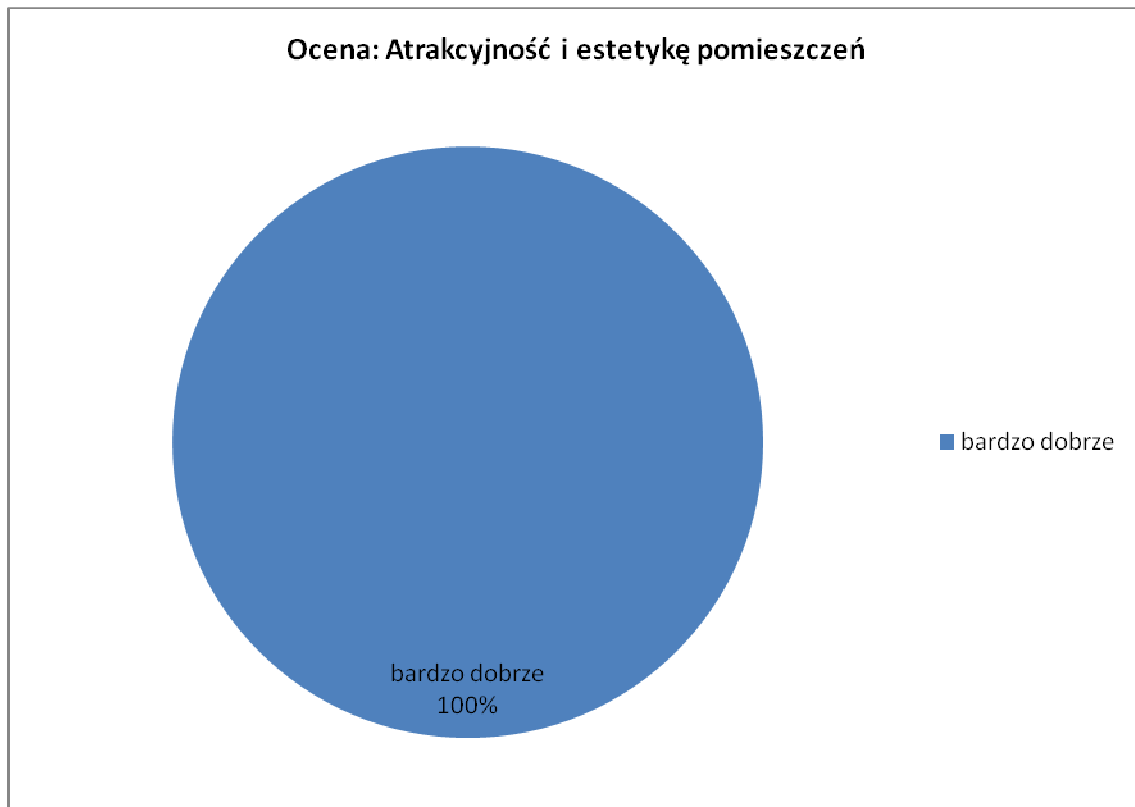
| Etykiety wierszy | Liczba z II.9b |
|----------------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| NIE | 3 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 6 |
| podstawowe | 3 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 3 |
| średnie | 26 |
| NIE | 3 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 20 |
| TAK | 3 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| NIE | 4 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 15 |
| TAK | 14 |
| zawodowe | 7 |
| Nie dotyczy, nie było opóźnienia | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.31:

Ocena: Atrakcyjność i estetykę pomieszczeń

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10A |
|---------------------|-----------------|
| bardzo dobrze | 78 |
| Suma końcowa | 78 |

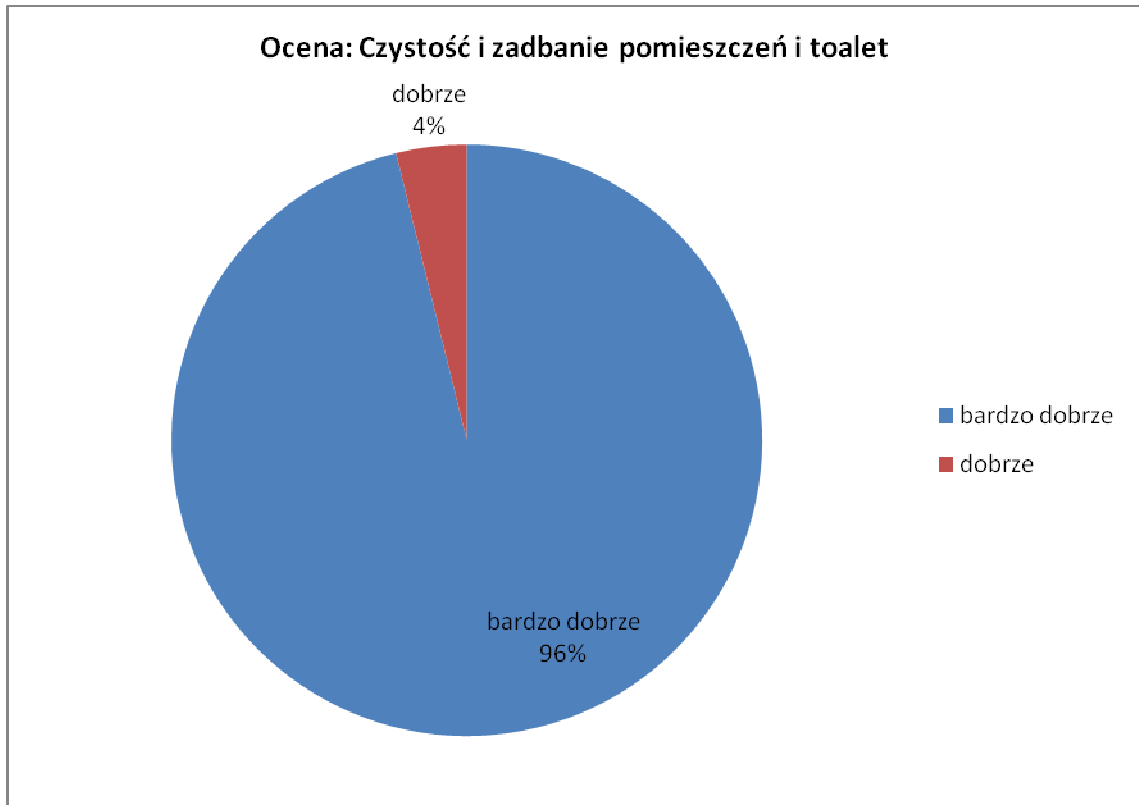


Wszyscy ankietowani pozytywnie ocenili atrakcyjność i estetykę pomieszczeń niezależnie od przynależności do poszczególnych podgrup. Z tego względu nie zostały przedstawione wyniki szczegółowe – byłyby w pełni zgodne z przedstawionym rozkładem próby względem określonych cech.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.32:

Ocena: Czystość i zadbanie pomieszczeń i toalet

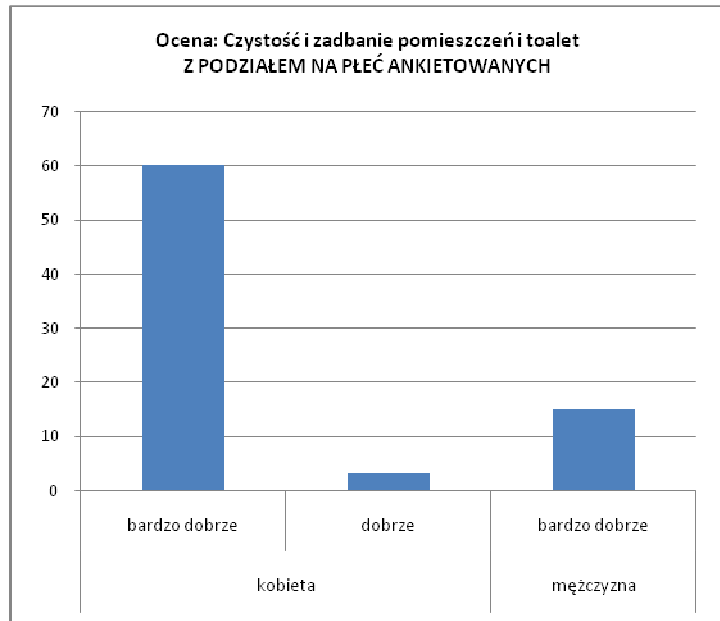
| Etykiety wierszy | Liczba z II.10B |
|---------------------|-----------------|
| bardzo dobrze | 75 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Wartość modalna „bardzo dobrze” w przypadku niniejszego rozkładu odpowiedzi ma bardzo istotnie dominującą wartość względem ilości odpowiedzi wskazujących na drugą z rzędu odpowiedź „dobrze”. Aż 96% ankietowanych „bardzo dobrze” oceniło czystość i zadbanie pomieszczeń i toalet.

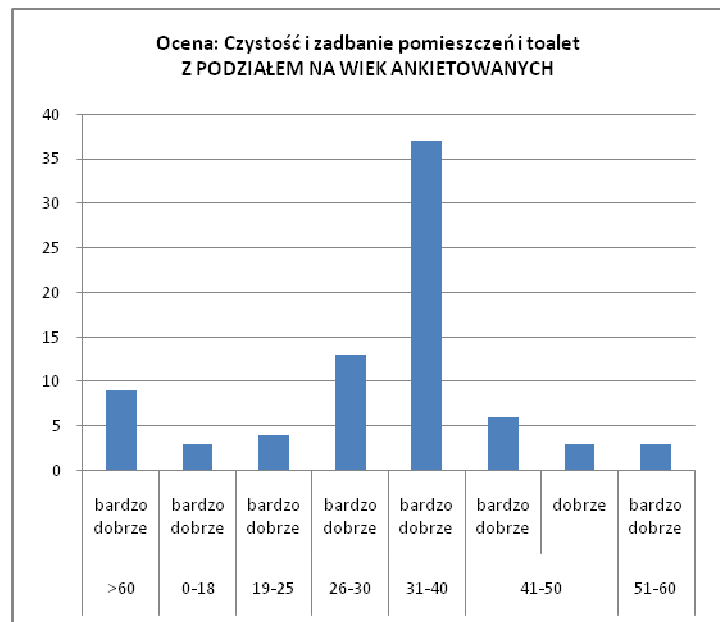
Tabele i wykresy z wynikami nr 3.32:
Ocena: Czystość i zadbanie pomieszczeń i toalet
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10B |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 60 |
| dobrze | 3 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 15 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10B |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 37 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 6 |
| dobrze | 3 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

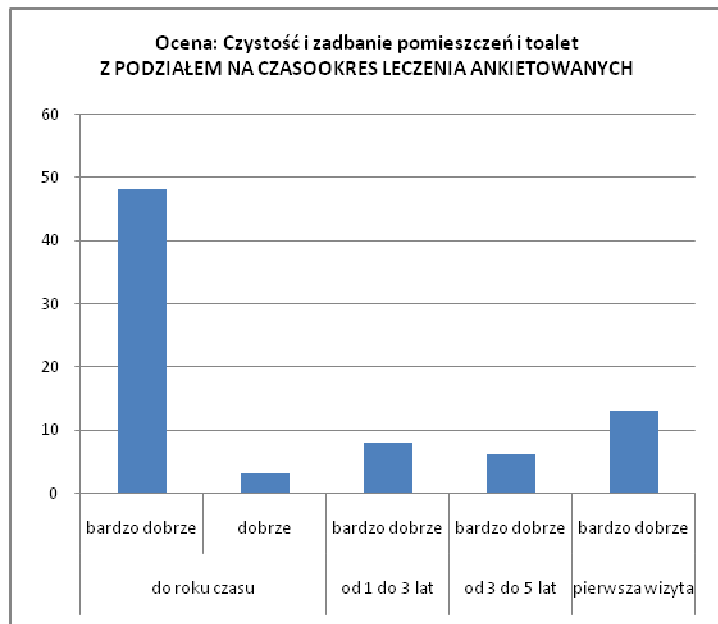


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.32:

Ocena: Czystość i zadbanie pomieszczeń i toalet

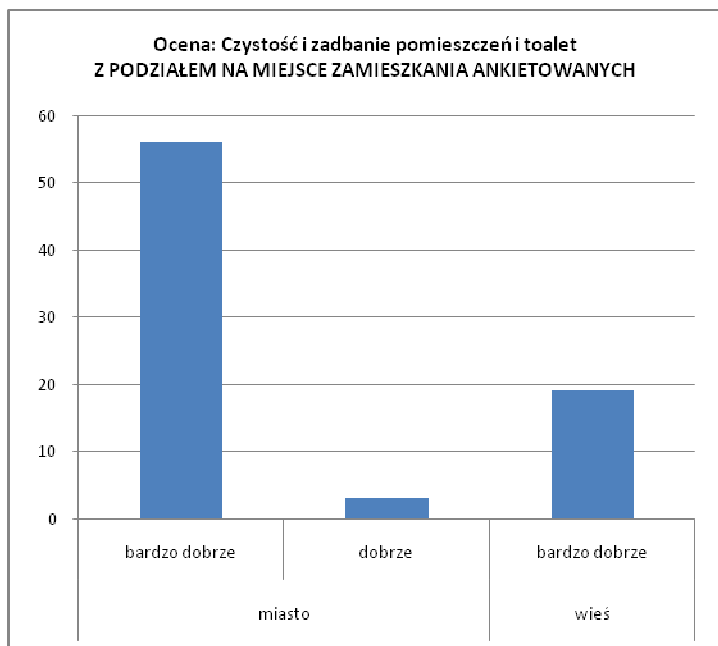
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z IL.10B |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 48 |
| dobrze | 3 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 8 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| Suma końcowa | 78 |



**MIEJSCE
 ZAMIESZKANIA**

| Etykiety wierszy | Liczba z IL.10B |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 56 |
| dobrze | 3 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 19 |
| Suma końcowa | 78 |

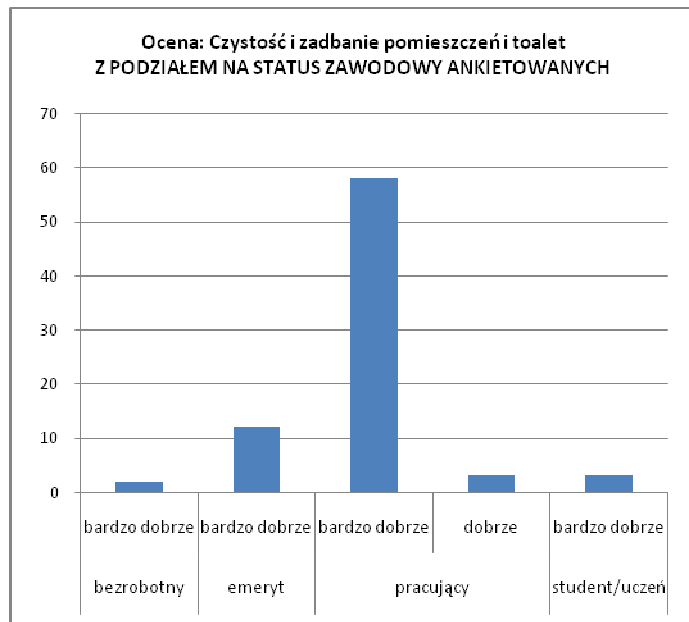


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.32:

Ocena: Czystość i zadbanie pomieszczeń i toalet

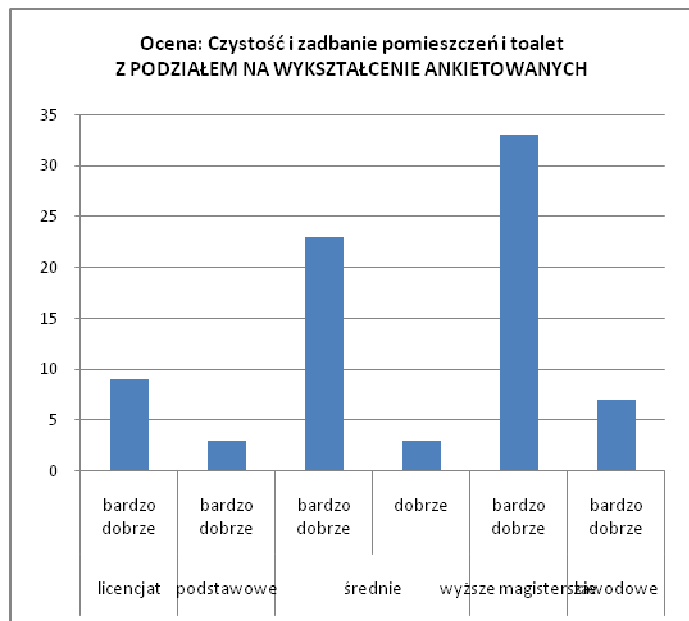
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10B |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 12 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 58 |
| dobrze | 3 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

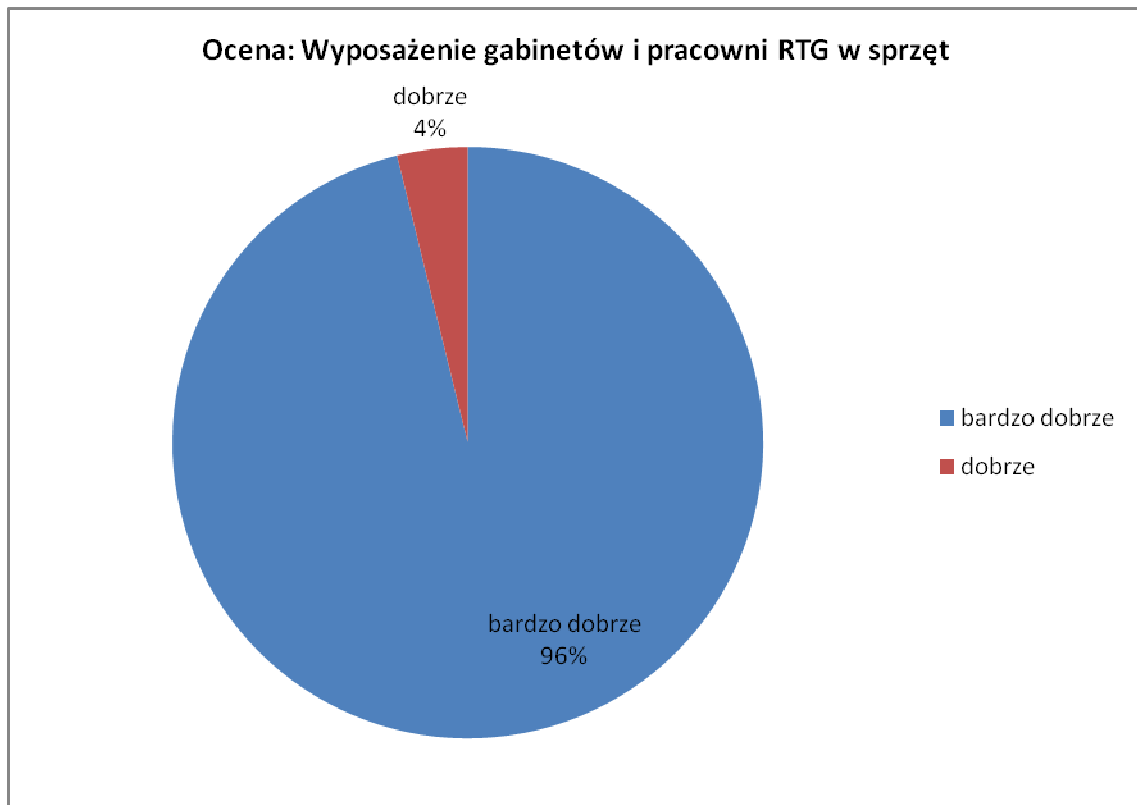
| Etykiety wierszy | Liczba z II.10B |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 23 |
| dobrze | 3 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 33 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.33:

Ocena: Wyposażenie gabinetów i pracowni RTG w sprzęt

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10C |
|---------------------|-----------------|
| bardzo dobrze | 75 |
| dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



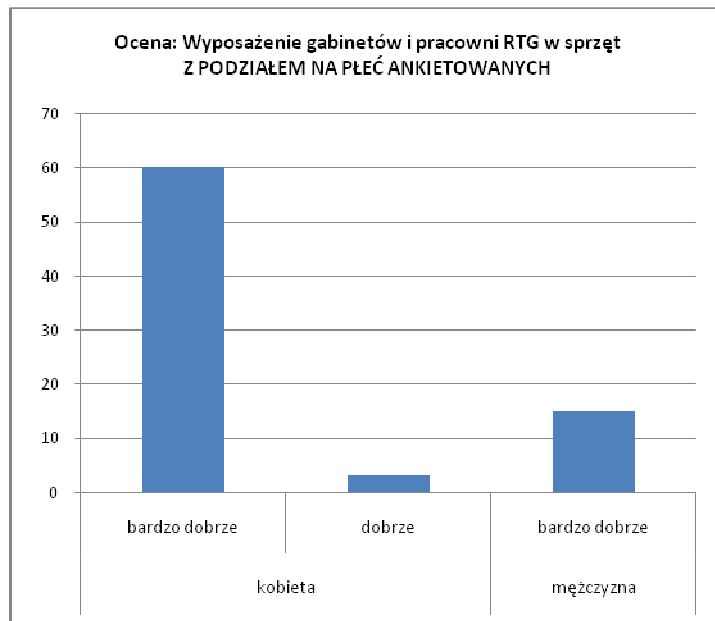
Aż 96 % badanych osób oceniło wyposażenie gabinetów i pracowni RTG w sprzęt jako „bardzo dobre”.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.33:

Ocena: Wyposażenie gabinetów i pracowni RTG w sprzęt

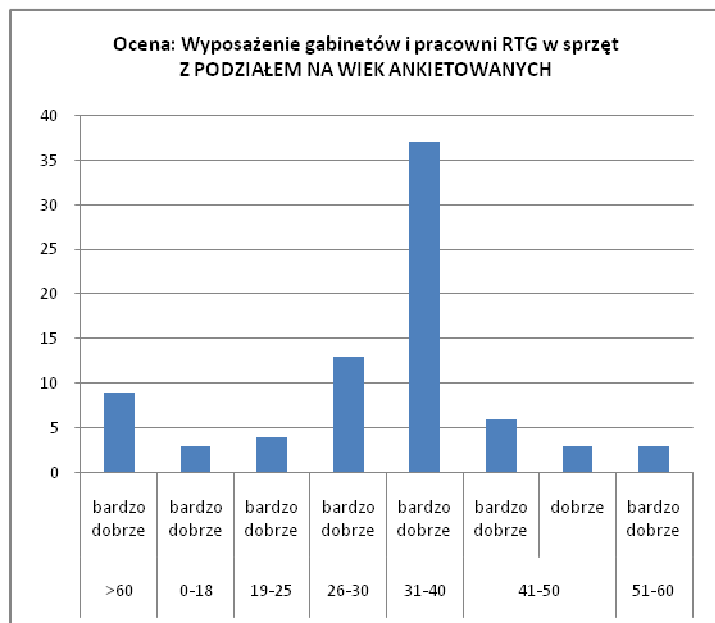
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10C |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 60 |
| dobrze | 3 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 15 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10C |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 37 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 6 |
| dobrze | 3 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

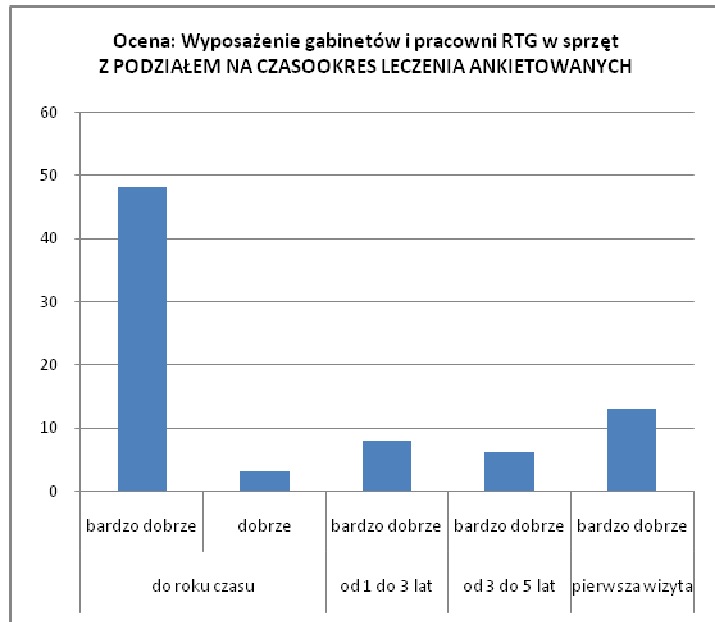


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.33:

Ocena: Wyposażenie gabinetów i pracowni RTG w sprzęt

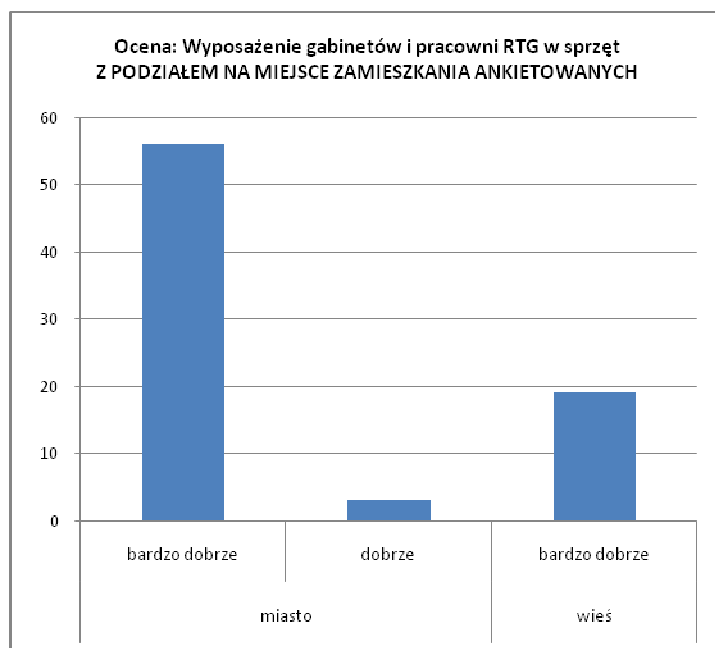
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10C |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 48 |
| dobrze | 3 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 8 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.10C |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 56 |
| dobrze | 3 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 19 |
| Suma końcowa | 78 |

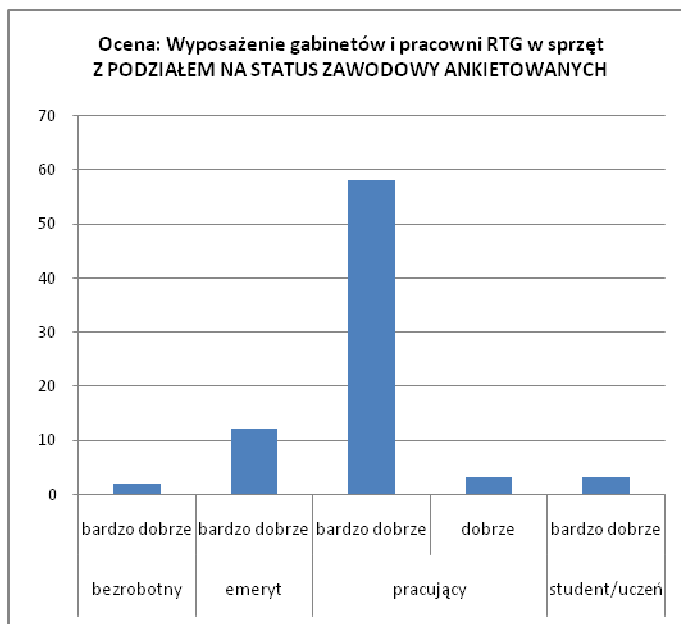


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.33:

Ocena: Wyposażenie gabinetów i pracowni RTG w sprzęt

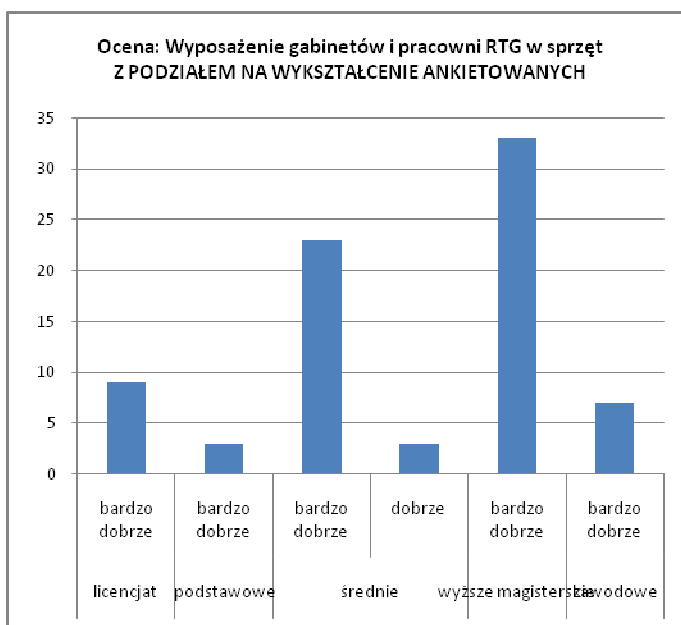
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z IL.10C |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 12 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 58 |
| dobrze | 3 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

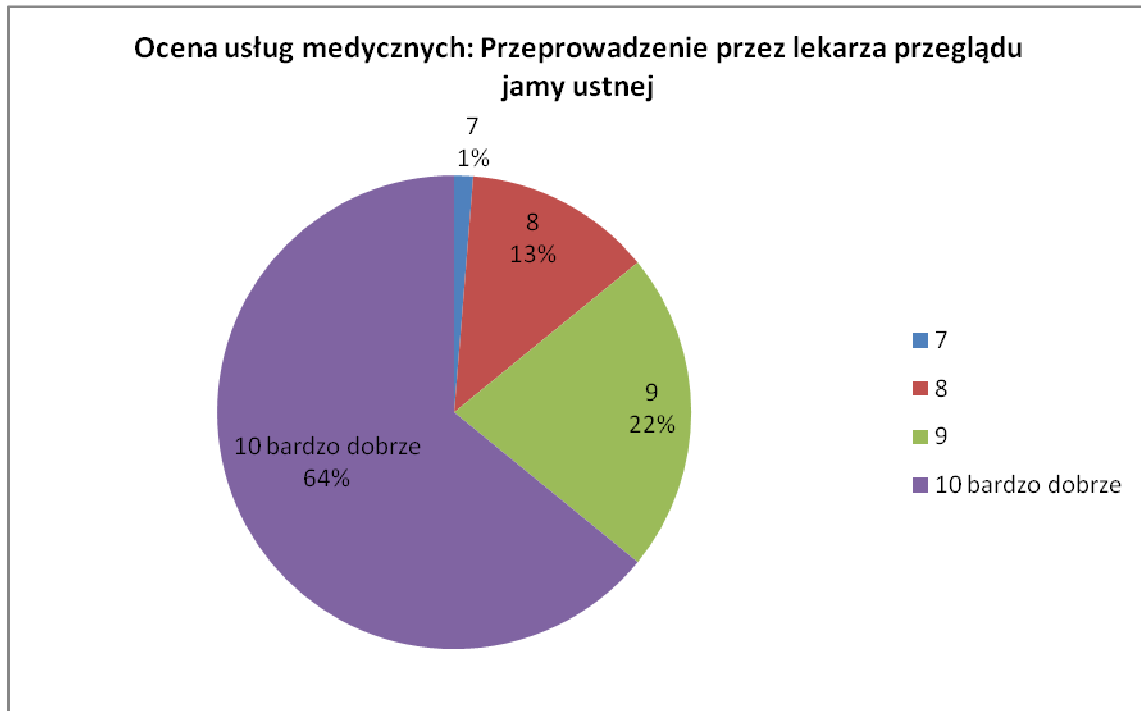
| Etykiety wierszy | Liczba z IL.10C |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 23 |
| dobrze | 3 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 33 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.34:

Ocena usług medycznych: Przeprowadzenie przez lekarza przeglądu jamy ustnej

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11A |
|---------------------|-----------------|
| 7 | 1 |
| 8 | 10 |
| 9 | 17 |
| 10 bardzo dobrze | 50 |
| Suma końcowa | 78 |



Pomimo, iż dominanta „10 bardzo dobrze” ma 64% wskazań, co jest dobrą informacją, to jednak wśród odpowiedzi pojawiły również: odpowiedź „9” stanowiące 22% (w skali 10-stopniowej od 1 do 10), ale również słabsze oceny. Aż 13% ankietowanych dało „8” punktów, a w przypadku 1% tylko „7”. Świadczy to o tym, że część Klientów nie jest zadowolona z przeprowadzanego przez stomatologa przeglądu jamy ustnej. Rozkład odpowiedzi na kolejne pytania świadczyć może, że chodzi w tym zakresie o kontakty interpersonalne lekarz-pacjent a nie o jakość samej usługi z punktu widzenia merytorycznego /kompetencyjnego.

Zgodnie z procedurami oraz z tym, co jest pracownikom przekazywane podczas szkoleń, powinni oni z Klientem/pacjentem nawiązać odpowiednią komunikację i relacje interpersonalne. Jest to jednak zależne od charakteru i inteligencji emocjonalnej (czyli cech

personalnych) realizujących usługi lekarzy. Oceny Klientów z tego zakresu mogą ulec poprawie pod warunkiem, że firma określi i wdroży odpowiednią politykę personalną ukierunkowaną na poprawę umiejętności interpersonalnych zatrudnionego personelu. Dodatkowo, w ramach tej polityki i narzędzi HR, wskazane jest wprowadzenie systemu ocen pracowniczych oraz testów umiejętności miękkich.

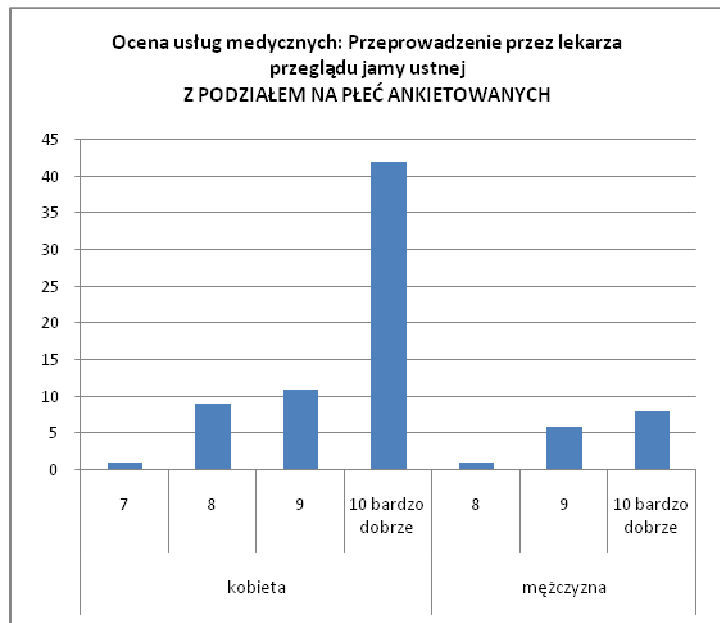
Uzyskane wyniki mogą być również spowodowane nie stosowaniem się lekarzy do opracowanych i wdrożonych procedur, które mają zastosowanie w gabinecie Dental – Care. Poza przygotowaniem procedur kadra kierownicza powinna wdrożyć odpowiedni system weryfikacji pracy lekarzy, aby stwierdzić czy opracowane standardy obsługi są przez nich stosowane i w jakim stopniu. Często zdarza się sytuacja, iż lekarze przegląd jamy ustnej lub przeprowadzenie dokładnego wywiadu z pacjentem traktują jako niepotrzebny wstęp do leczenia, który nie ma wpływu na uzyskany efekt. Może to wynikać z nieświadomości lekarzy, jak wielki wpływ na pacjenta i jego leczenie ma właściwe podejście, wnikliwa rozmowa, wysłuchanie problemów i oczekiwań. W celu zapewnienia jak najwłaściwszej opieki kadra kierownicza powinna zapewnić ścisły nadzór i kontrole prowadzonych działań z właściwie opracowanym w tym zakresie systemem motywacyjnym.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.34:

Ocena usług medycznych: Przeprowadzenie przez lekarza przeglądu jamy ustnej

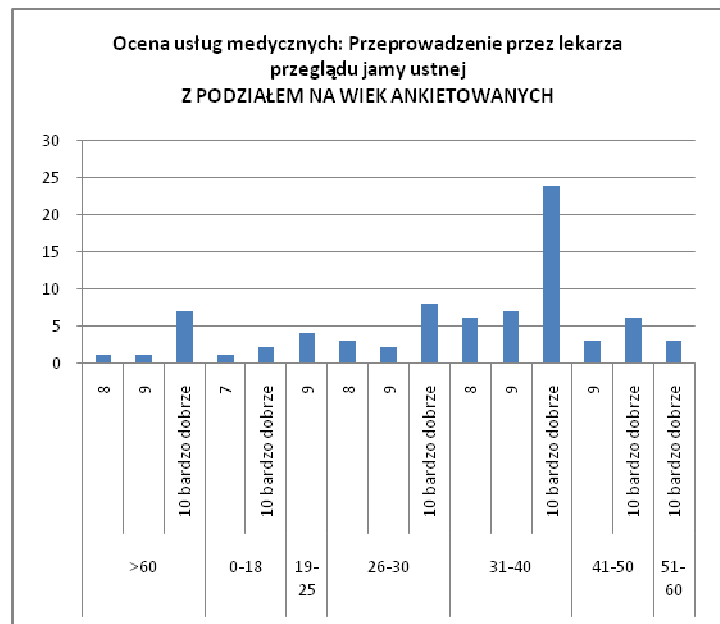
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11A |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 7 | 1 |
| 8 | 9 |
| 9 | 11 |
| 10 bardzo dobrze | 42 |
| mężczyzna | 15 |
| 8 | 1 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11A |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| 0-18 | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| 19-25 | 4 |
| 9 | 4 |
| 26-30 | 13 |
| 8 | 3 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| 31-40 | 37 |
| 8 | 6 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 24 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

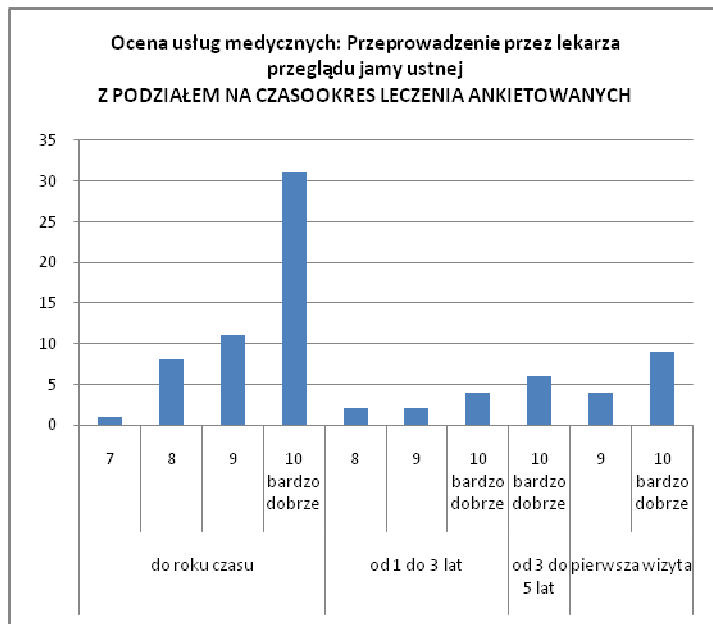


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.34:

Ocena usług medycznych: Przeprowadzenie przez lekarza przeglądu jamy ustnej

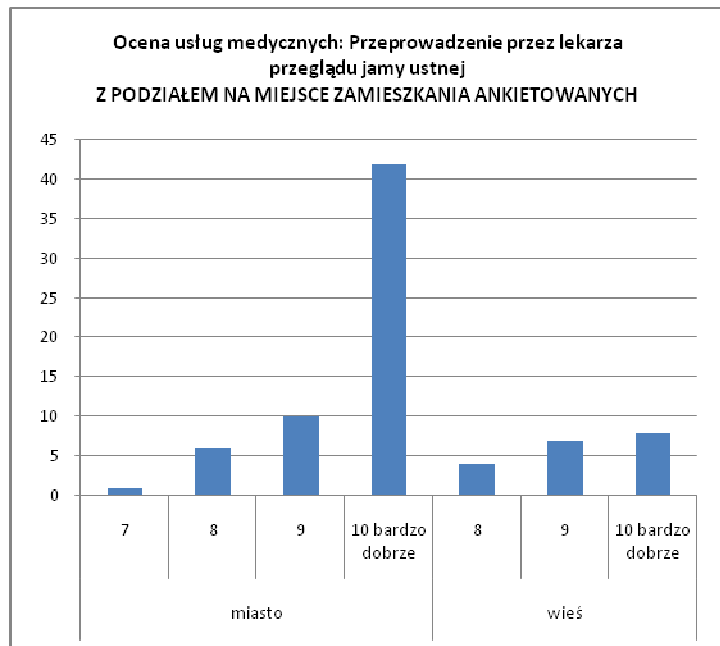
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11A |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 7 | 1 |
| 8 | 8 |
| 9 | 11 |
| 10 bardzo dobrze | 31 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 8 | 2 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 4 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 9 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11A |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| 7 | 1 |
| 8 | 6 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 42 |
| wieś | 19 |
| 8 | 4 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.34:

Ocena usług medycznych: Przeprowadzenie przez lekarza przeglądu jamy ustnej

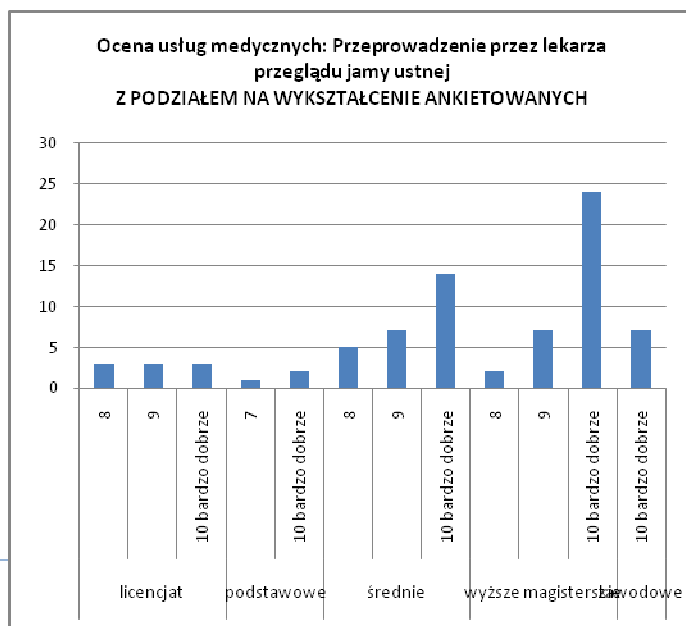
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11A |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 9 | 2 |
| emeryt | 12 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| pracujący | 61 |
| 8 | 9 |
| 9 | 14 |
| 10 bardzo dobrze | 38 |
| student/uczeń | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

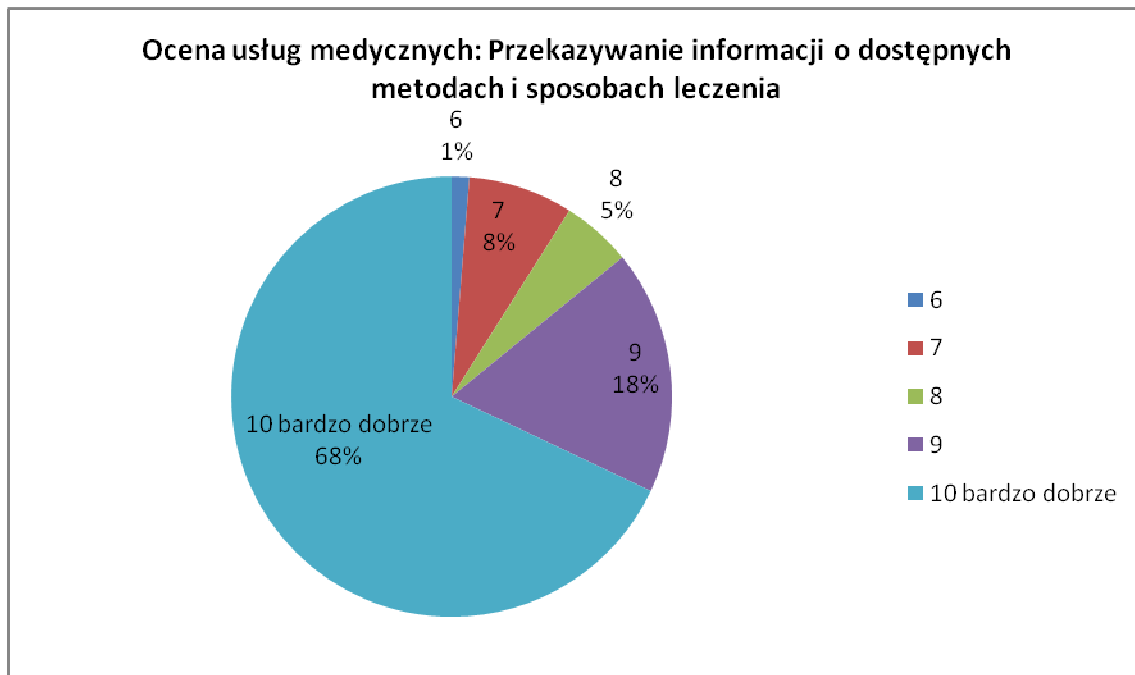
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11A |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 8 | 3 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| podstawowe | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| średnie | 26 |
| 8 | 5 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 14 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 8 | 2 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 24 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.35:

Ocena usług medycznych: Przekazywanie informacji o dostępnych metodach i sposobach leczenia

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11B |
|---------------------|-----------------|
| 6 | 1 |
| 7 | 6 |
| 8 | 4 |
| 9 | 14 |
| 10 bardzo dobrze | 53 |
| Suma końcowa | 78 |



Aż 14% ankietowanych przyznało mniej niż 9 pkt. w ramach pytania dotyczącego przekazywanych informacji o dostępnych metodach i sposobach leczenia. Procedura rekrutacji personelu medycznego zapewnia, że personel posiada bardzo wysokie kompetencje zawodowe. Stąd też, jak wnioskowano już w ramach poprzedniego pytania, taka ocena pacjentów może być spowodowana nieodpowiednimi umiejętnościami interpersonalnymi personelu, a w szczególności personelu medycznego. Pokazuje to, że w branży medycznej istotne są nie tylko kwalifikacje zawodowe, ale również odpowiednie podejście do Klienta/pacjenta. Dlatego też firma, w ramach ciągłego doskonalenia i rozwoju, powinna zwrócić dużą uwagę na działania związane z rozwojem zasobów ludzkich w tym zakresie. Nie informowanie prze lekarzy o dostępnych metodach i sposobach leczenia może być też wynikiem mało marketingowego podejścia lekarzy do świadczonych usług. W dzisiejszych

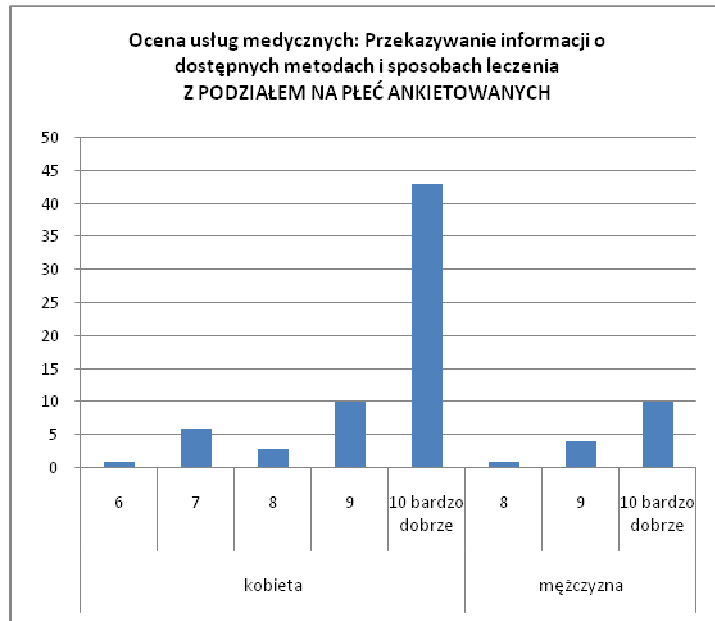
czasach lekarz powinien nie tylko leczyć, ale również umieć sprzedać świadczone przez siebie usługi. Często klienci nie są w ogóle świadomi o dostępnych metodach lub możliwościach i zdają się wyłącznie na decyzję lekarza, który w większości wypadków robi to co dla niego najprostsze i najszybsze nie dążąc do całkowitej satysfakcji pacjenta.

Ważnym problemem jest również wykwalifikowana w każdym kierunku kadra. Lekarzy o odpowiednich kompetencjach oraz doświadczeniu niestety jest obecnie na rynku nie wielu, większość stanowią osoby młode, które dopiero zdobywają doświadczenie i pragną się gdzieś szkolić.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.35:

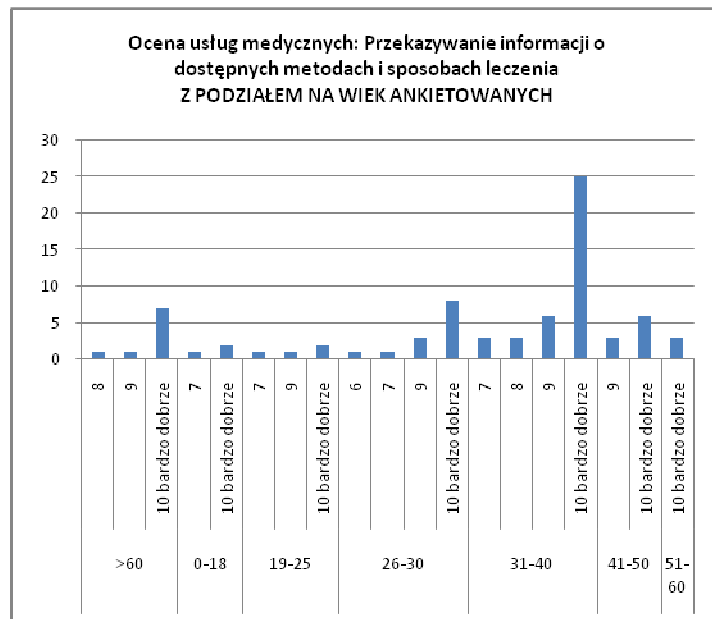
Ocena usług medycznych: Przekazywanie informacji o dostępnych metodach i sposobach leczenia
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11B |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 6 | 1 |
| 7 | 6 |
| 8 | 3 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 43 |
| mężczyzna | 15 |
| 8 | 1 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11B |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| 0-18 | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| 19-25 | 4 |
| 7 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| 26-30 | 13 |
| 6 | 1 |
| 7 | 1 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| 31-40 | 37 |
| 7 | 3 |
| 8 | 3 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 25 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

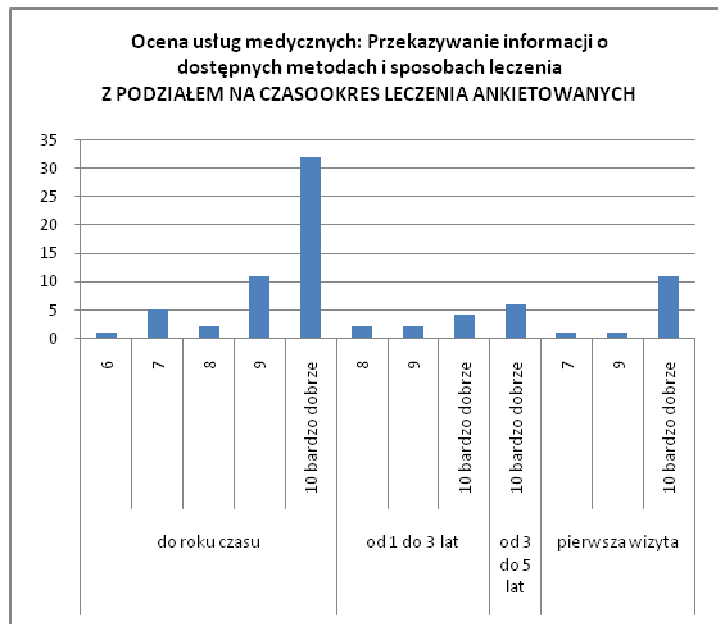


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.35:

Ocena usług medycznych: Przekazywanie informacji o dostępnych metodach i sposobach leczenia

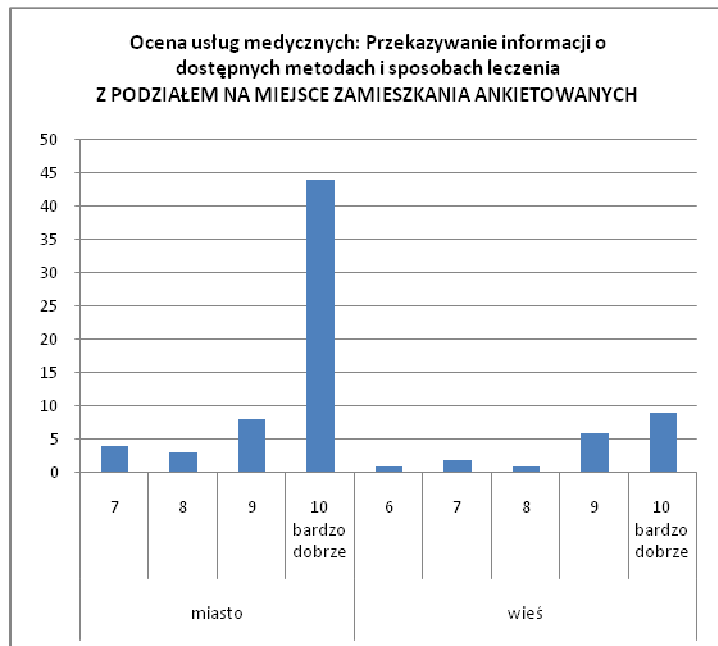
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11B |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 6 | 1 |
| 7 | 5 |
| 8 | 2 |
| 9 | 11 |
| 10 bardzo dobrze | 32 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 8 | 2 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 4 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 7 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 11 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11B |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| 7 | 4 |
| 8 | 3 |
| 9 | 8 |
| 10 bardzo dobrze | 44 |
| wieś | 19 |
| 6 | 1 |
| 7 | 2 |
| 8 | 1 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 9 |
| Suma końcowa | 78 |

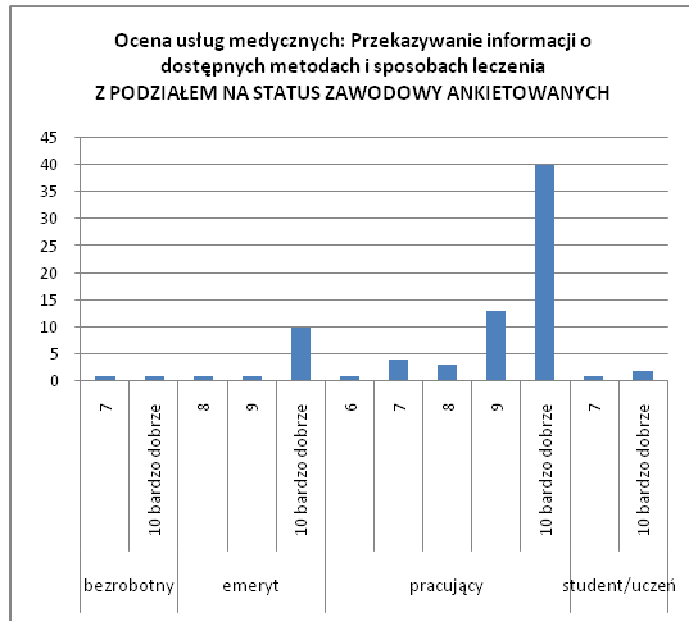


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.35:

Ocena usług medycznych: Przekazywanie informacji o dostępnych metodach i sposobach leczenia

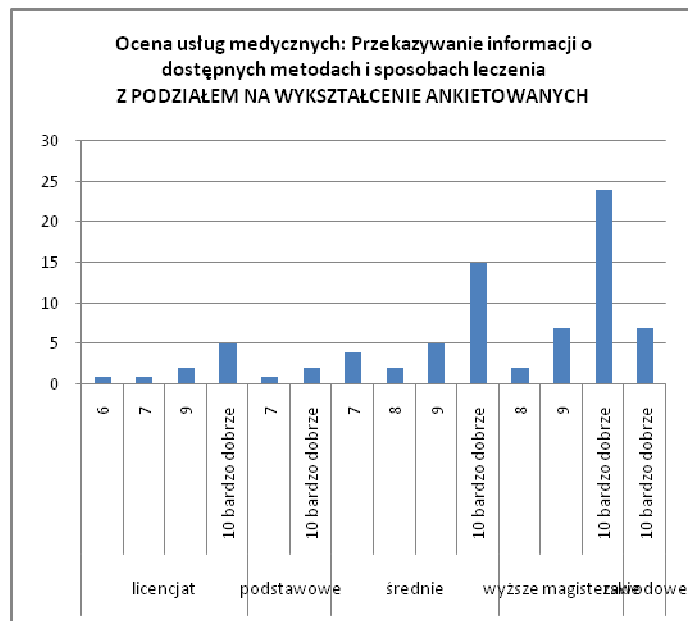
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11B |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 1 |
| emeryt | 12 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| pracujący | 61 |
| 6 | 1 |
| 7 | 4 |
| 8 | 3 |
| 9 | 13 |
| 10 bardzo dobrze | 40 |
| student/uczeń | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

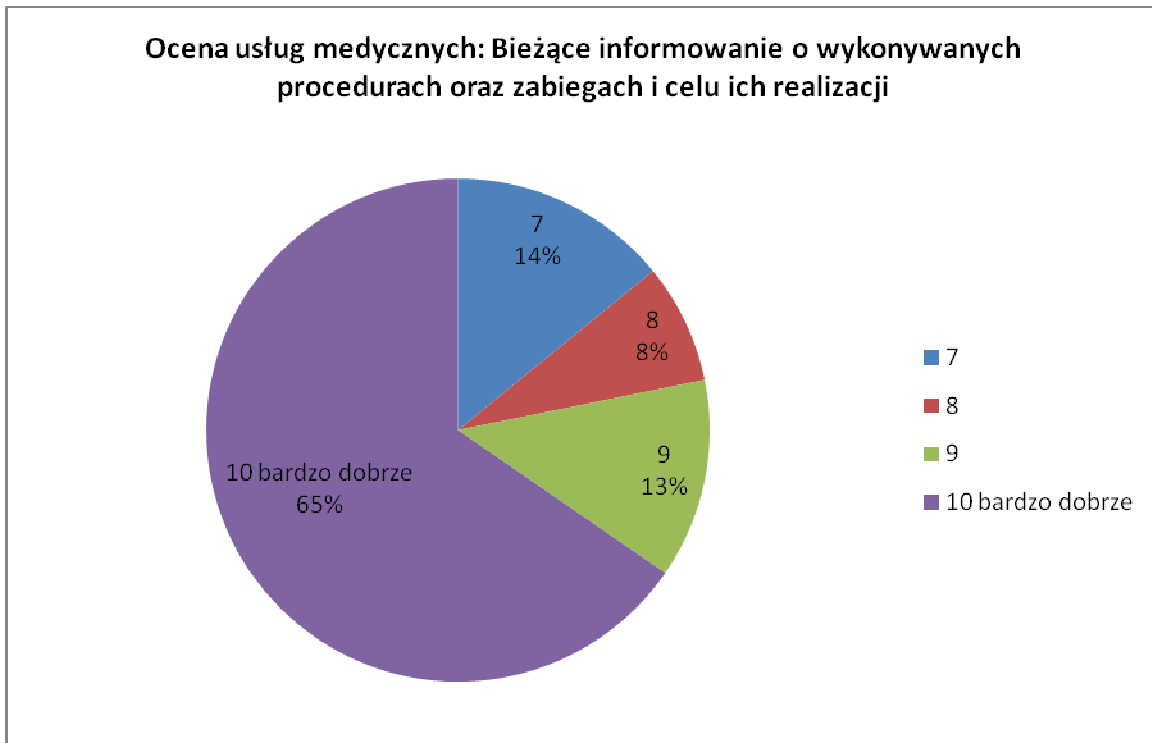
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11B |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 6 | 1 |
| 7 | 1 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 5 |
| podstawowe | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| średnie | 26 |
| 7 | 4 |
| 8 | 2 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 15 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 8 | 2 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 24 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.36:

Ocena usług medycznych: Bieżące informowanie o wykonywanych procedurach oraz zabiegach i celu ich realizacji

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11C |
|---------------------|-----------------|
| 7 | 11 |
| 8 | 6 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 51 |
| Suma końcowa | 78 |

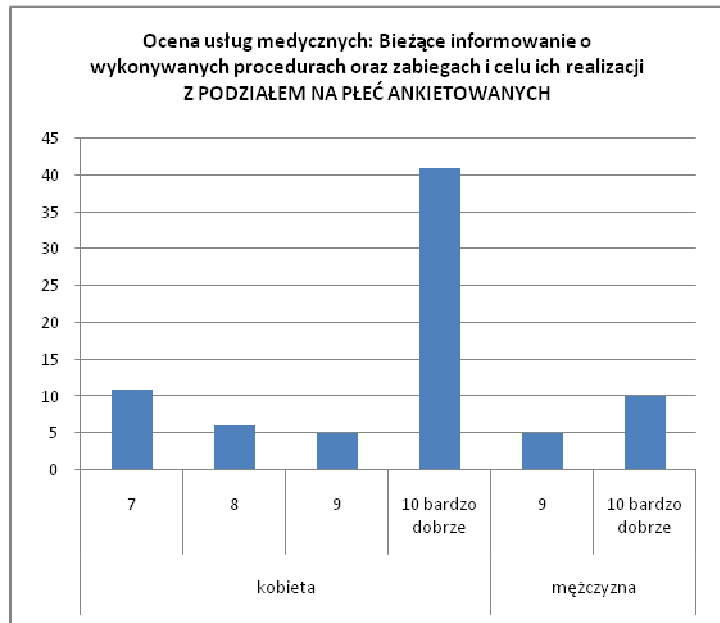


Podobnie, jak w przypadku poprzednim, występowanie ocen w zakresie 7-9 pkt. w ramach pytania dotyczącego bieżącego informowania o wykonywanych procedurach oraz zabiegach w celu ich realizacji może być spowodowane nieodpowiednimi umiejętnościami interpersonalnymi personelu, a w szczególności personelu medycznego. Pokazuje to, że w branży medycznej istotne są nie tylko kwalifikacje zawodowe, ale również odpowiednie podejście do Klienta/pacjenta. Dlatego też firma w ramach ciągłego doskonalenia i rozwoju powinna zwrócić dużą uwagę na działania związane z rozwojem zasobów ludzkich w tym zakresie. Kadra kierownicza powinna prowadzić również ścisły nadzór i kontrolę nad pracą lekarzy oraz weryfikować stopień spełnienia przez nich wymaganych standardów.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.36:

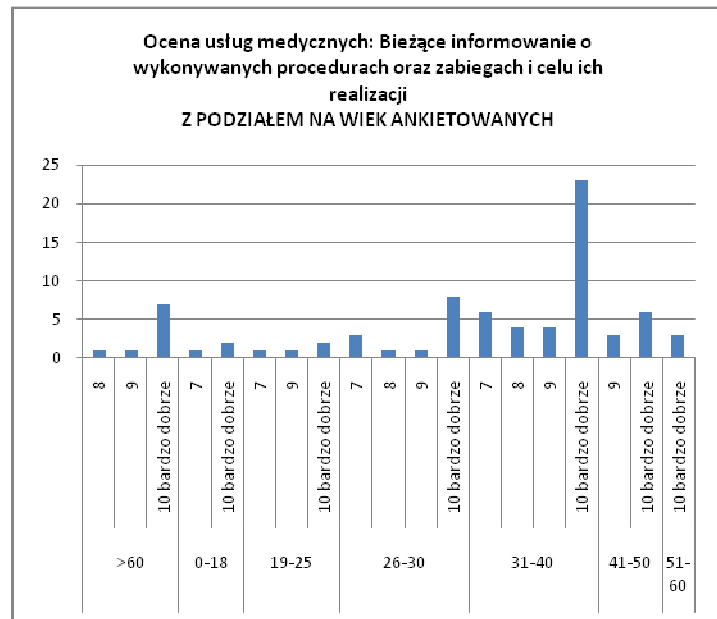
Ocena usług medycznych: Bieżące informowanie o wykonywanych procedurach oraz zabiegach i celu ich realizacji
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11C |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 7 | 11 |
| 8 | 6 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 41 |
| mężczyzna | 15 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

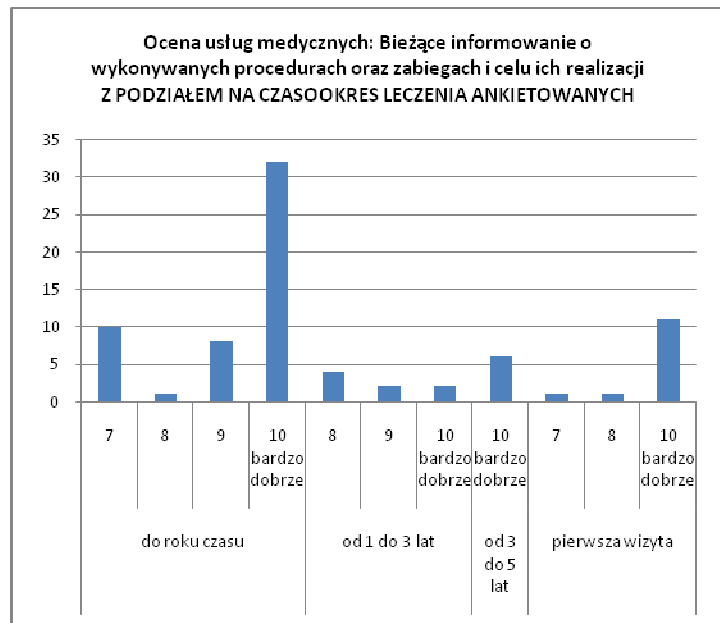
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11C |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| 0-18 | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| 19-25 | 4 |
| 7 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| 26-30 | 13 |
| 7 | 3 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| 31-40 | 37 |
| 7 | 6 |
| 8 | 4 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 23 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.36:

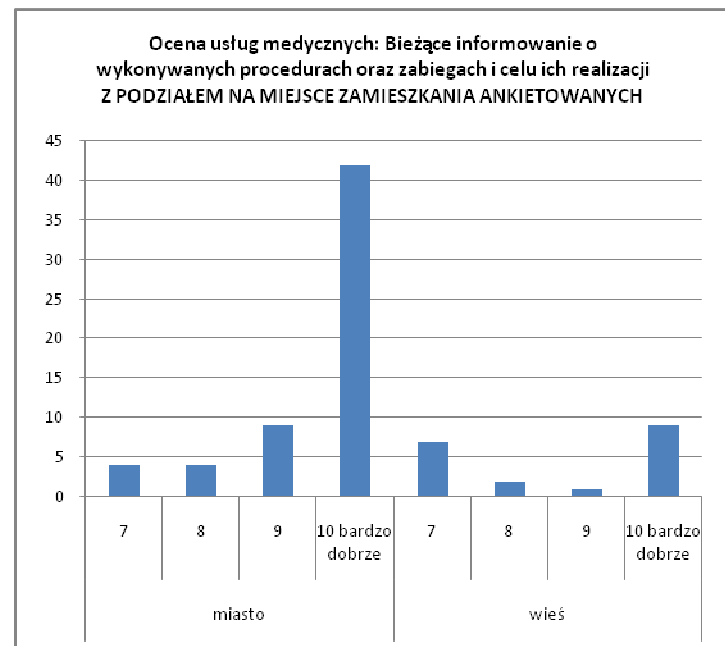
Ocena usług medycznych: Bieżące informowanie o wykonywanych procedurach oraz zabiegach i celu ich realizacji
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11C |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 7 | 10 |
| 8 | 1 |
| 9 | 8 |
| 10 bardzo dobrze | 32 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 8 | 4 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 7 | 1 |
| 8 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 11 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE
ZAMIESZKANIA

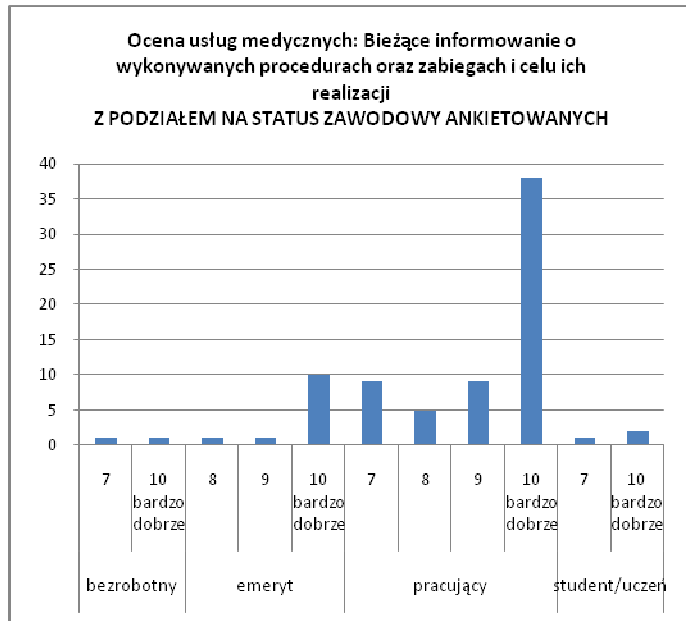
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11C |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| 7 | 4 |
| 8 | 4 |
| 9 | 9 |
| 10 bardzo dobrze | 42 |
| wieś | 19 |
| 7 | 7 |
| 8 | 2 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 9 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.36:

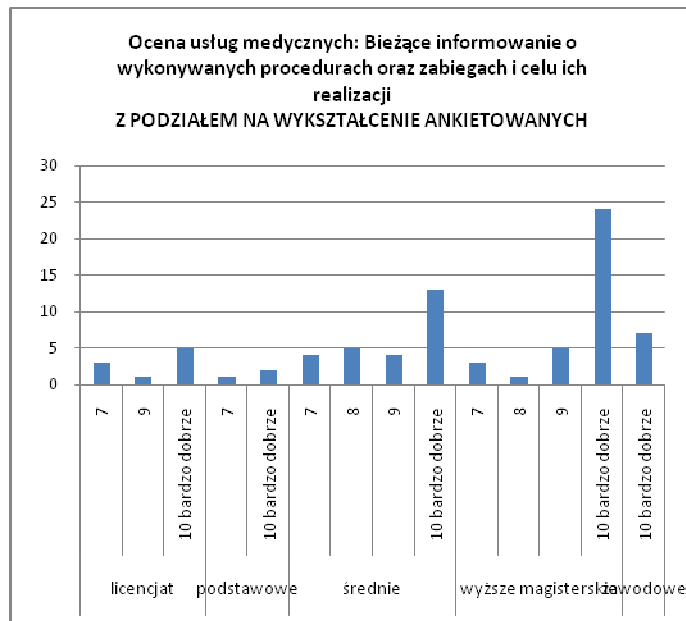
Ocena usług medycznych: Bieżące informowanie o wykonywanych procedurach oraz zabiegach i celu ich realizacji
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11C |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 1 |
| emeryt | 12 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| pracujący | 61 |
| 7 | 9 |
| 8 | 5 |
| 9 | 9 |
| 10 bardzo dobrze | 38 |
| student/uczeń | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

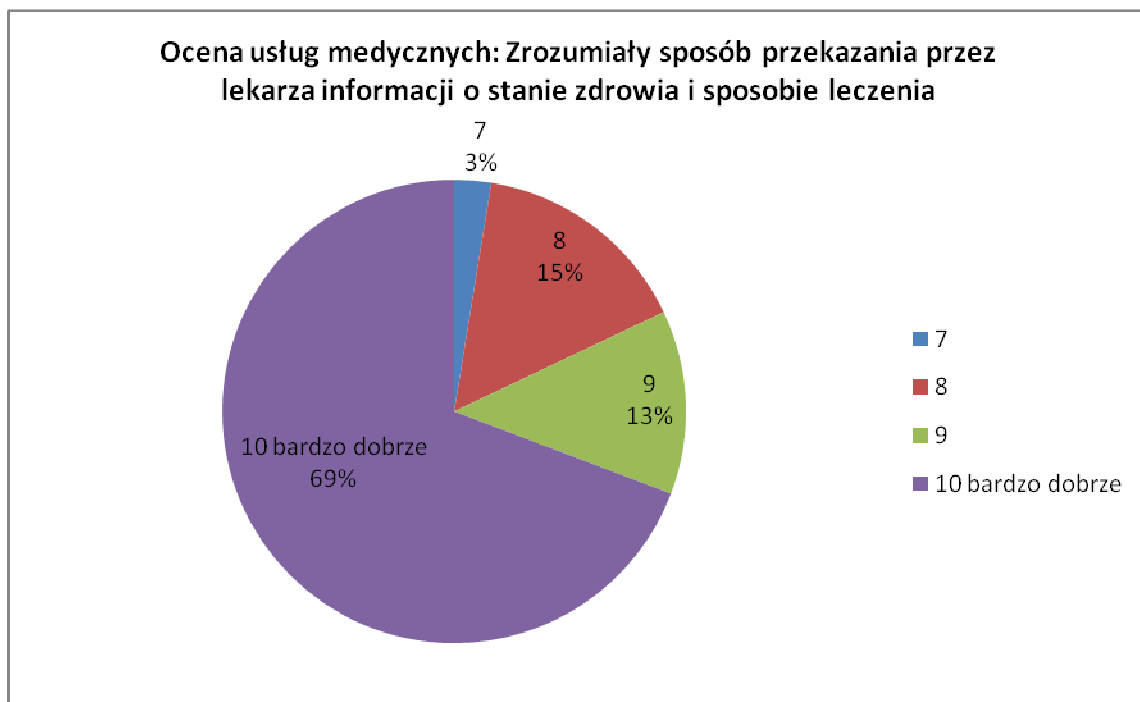
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11C |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 7 | 3 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 5 |
| podstawowe | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| średnie | 26 |
| 7 | 4 |
| 8 | 5 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 13 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 7 | 3 |
| 8 | 1 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 24 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.37:

Ocena usług medycznych: Zrozumiały sposób przekazania przez lekarza informacji o stanie zdrowia i sposobie leczenia

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11D |
|---------------------|-----------------|
| 7 | 2 |
| 8 | 12 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 54 |
| Suma końcowa | 78 |



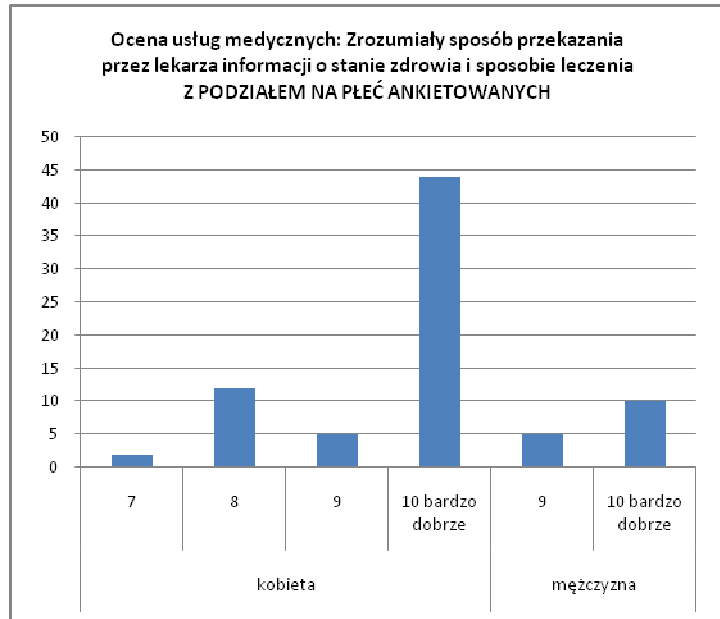
Podobnie, jak w przypadku poprzednim, występowanie ocen w zakresie 7-9 pkt. W ramach pytania dotyczącego zrozumiałego sposobu przekazania przez lekarza informacji o stanie zdrowia i sposobie leczenia może być spowodowane nieodpowiednimi umiejętnościami interpersonalnymi personelu, a w szczególności personelu medycznego. Pokazuje to, że w branży medycznej istotne są nie tylko kwalifikacje zawodowe, ale również odpowiednie podejście do Klienta/pacjenta. Dlatego też firma, w ramach ciągłego doskonalenia i rozwoju, powinna zwrócić dużą uwagę na działania związane z rozwojem zasobów ludzkich w tym zakresie.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.37:

Ocena usług medycznych: Zrozumiały sposób przekazania przez lekarza informacji o stanie zdrowia i sposobie leczenia

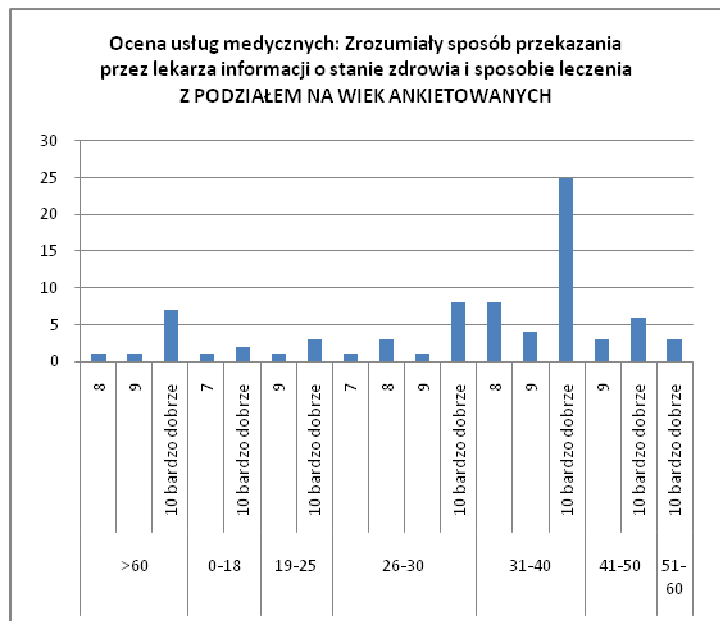
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11D |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 7 | 2 |
| 8 | 12 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 44 |
| mężczyzna | 15 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11D |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| 0-18 | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| 19-25 | 4 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| 26-30 | 13 |
| 7 | 1 |
| 8 | 3 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| 31-40 | 37 |
| 8 | 8 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 25 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

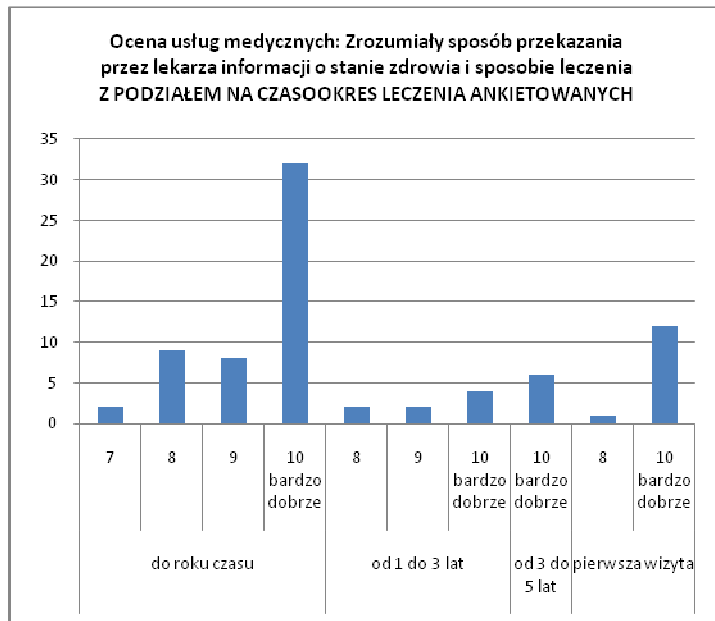


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.37:

Ocena usług medycznych: Zrozumiały sposób przekazania przez lekarza informacji o stanie zdrowia i sposobie leczenia

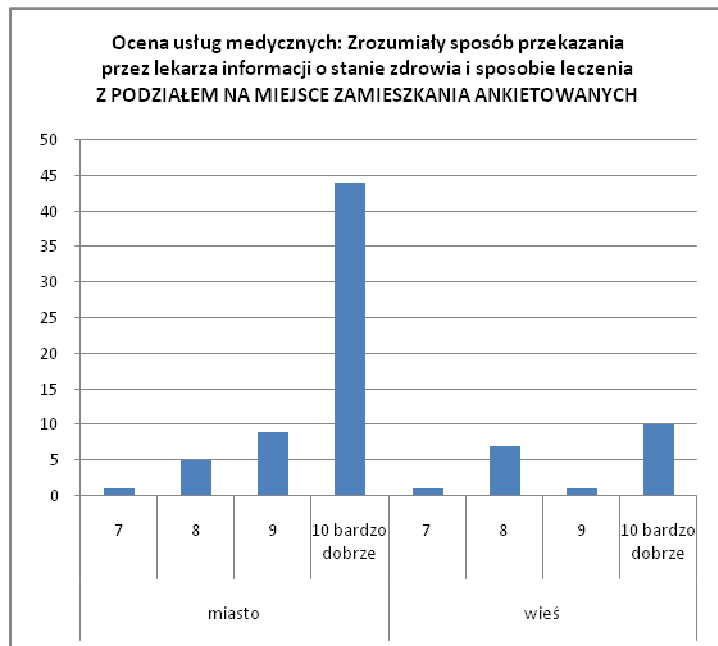
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11D |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 7 | 2 |
| 8 | 9 |
| 9 | 8 |
| 10 bardzo dobrze | 32 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 8 | 2 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 4 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 8 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 12 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11D |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| 7 | 1 |
| 8 | 5 |
| 9 | 9 |
| 10 bardzo dobrze | 44 |
| wieś | 19 |
| 7 | 1 |
| 8 | 7 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| Suma końcowa | 78 |

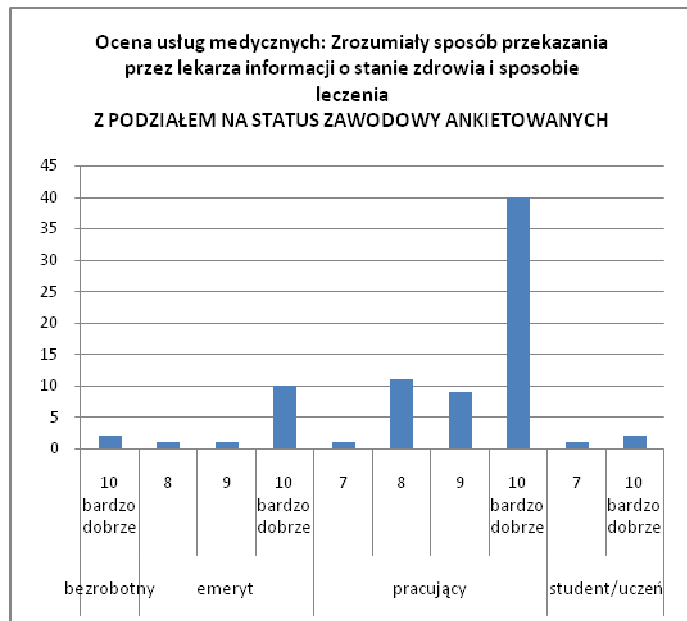


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.37:

Ocena usług medycznych: Zrozumiały sposób przekazania przez lekarza informacji o stanie zdrowia i sposobie leczenia

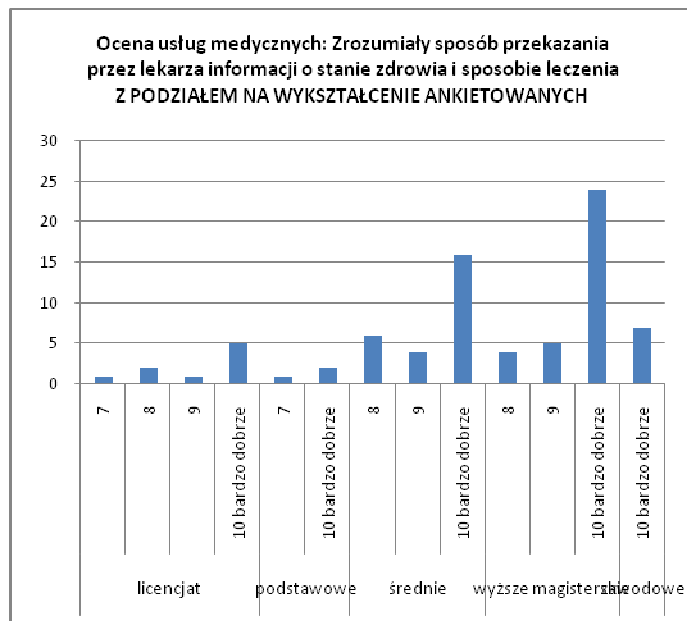
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11D |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| pracujący | 61 |
| 7 | 1 |
| 8 | 11 |
| 9 | 9 |
| 10 bardzo dobrze | 40 |
| student/uczeń | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

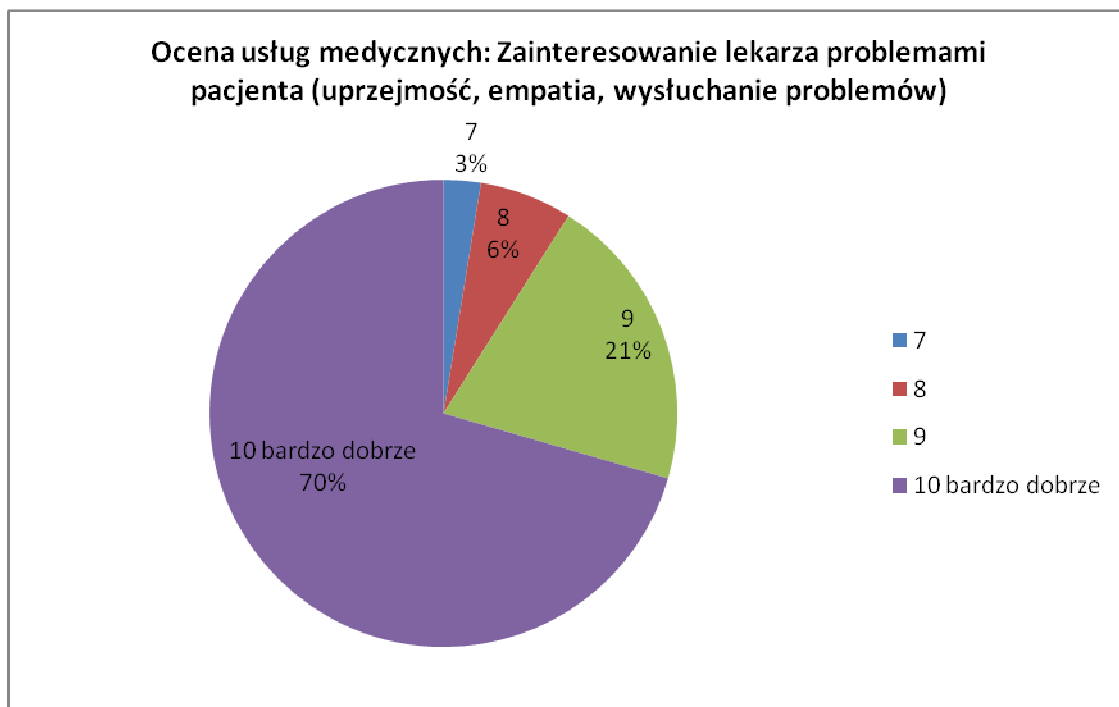
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11D |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 7 | 1 |
| 8 | 2 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 5 |
| podstawowe | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| średnie | 26 |
| 8 | 6 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 16 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 8 | 4 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 24 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.38:

Ocena usług medycznych: Zainteresowanie lekarza problemami pacjenta (uprzejmość, empatia, wysłuchanie problemów)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11E |
|---------------------|-----------------|
| 7 | 2 |
| 8 | 5 |
| 9 | 16 |
| 10 bardzo dobrze | 55 |
| Suma końcowa | 78 |



Podobnie, jak w przypadku poprzednim, występowanie ocen w zakresie 7-9 pkt. w ramach pytania dotyczącego zainteresowania lekarza problemami pacjenta (uprzejmość, empatia, wysłuchanie problemów) może być spowodowane nieodpowiednimi umiejętnościami interpersonalnymi personelu, a w szczególności personelu medycznego. Pokazuje to, że w branży medycznej istotne są nie tylko kwalifikacje zawodowe, ale również odpowiednie podejście do Klienta/pacjenta. Dlatego też firma w ramach ciągłego doskonalenia i rozwoju powinna zwrócić dużą uwagę na działania związane z rozwojem zasobów ludzkich w tym zakresie. W związku z faktem, iż w ramach wcześniejszych pytań pacjenci ocenili „Reakcje na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)” jako drugi pod względem ważności obszar, jeśli chodzi o postrzeganie usług medycznych przez pryzmat

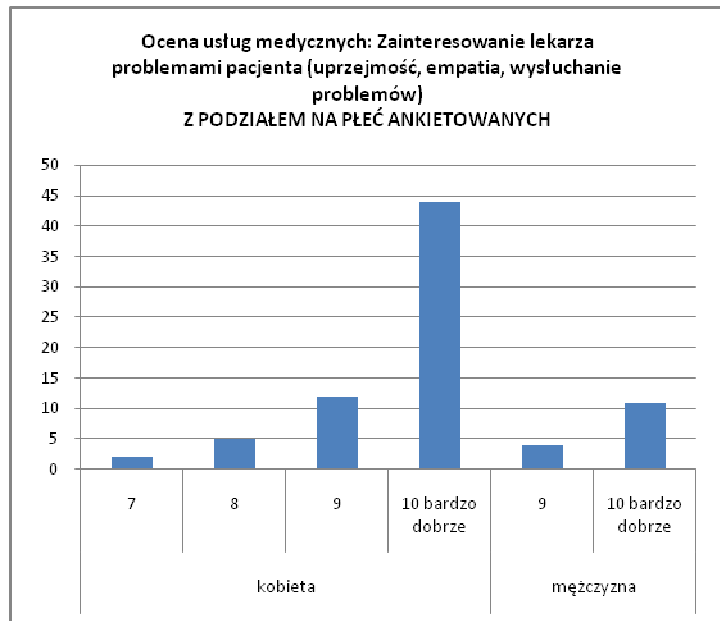
jakości, warto uważniej przyrzeć się temu aspektowi, jeżeli firma pragnie doskonalić świadczone przez siebie usługi.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.38:

Ocena usług medycznych: Zainteresowanie lekarza problemami pacjenta (uprzejmość, empatia, wysłuchanie problemów)

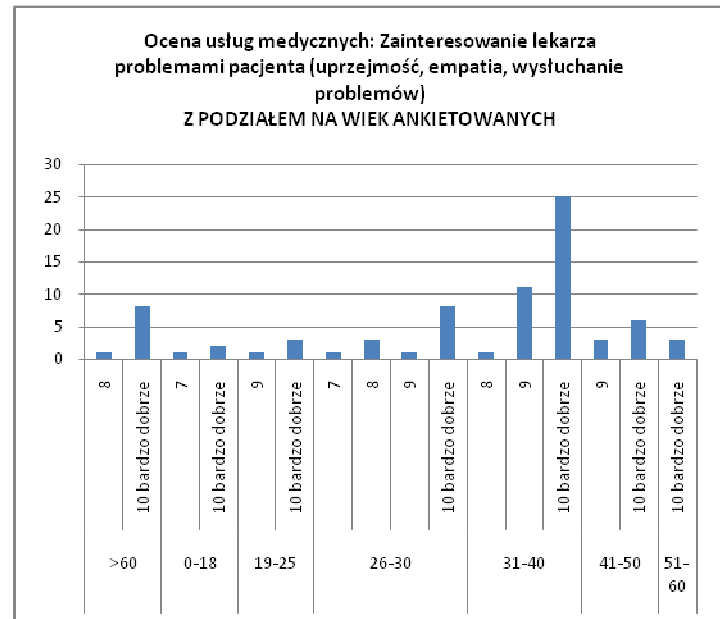
PŁEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11E |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 7 | 2 |
| 8 | 5 |
| 9 | 12 |
| 10 bardzo dobrze | 44 |
| mężczyzna | 15 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 11 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11E |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 8 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| 0-18 | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| 19-25 | 4 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| 26-30 | 13 |
| 7 | 1 |
| 8 | 3 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| 31-40 | 37 |
| 8 | 1 |
| 9 | 11 |
| 10 bardzo dobrze | 25 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

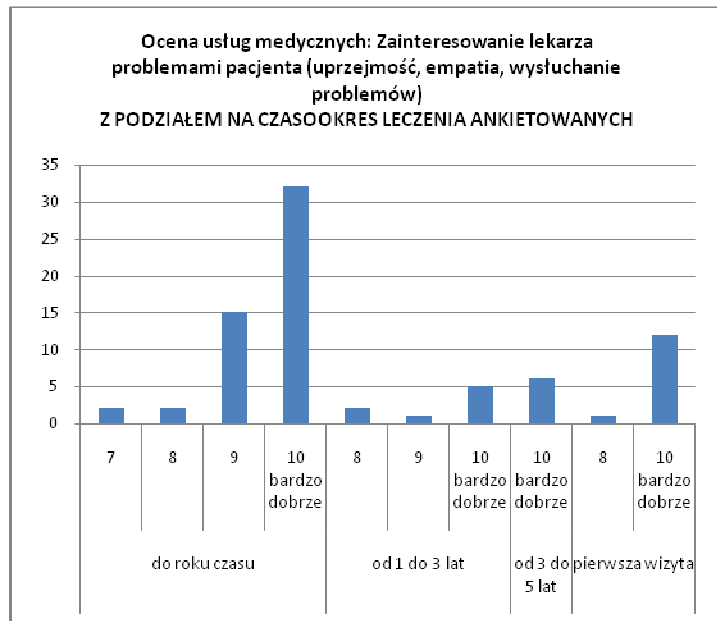


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.38:

Ocena usług medycznych: Zainteresowanie lekarza problemami pacjenta (uprzejmość, empatia, wysłuchanie problemów)

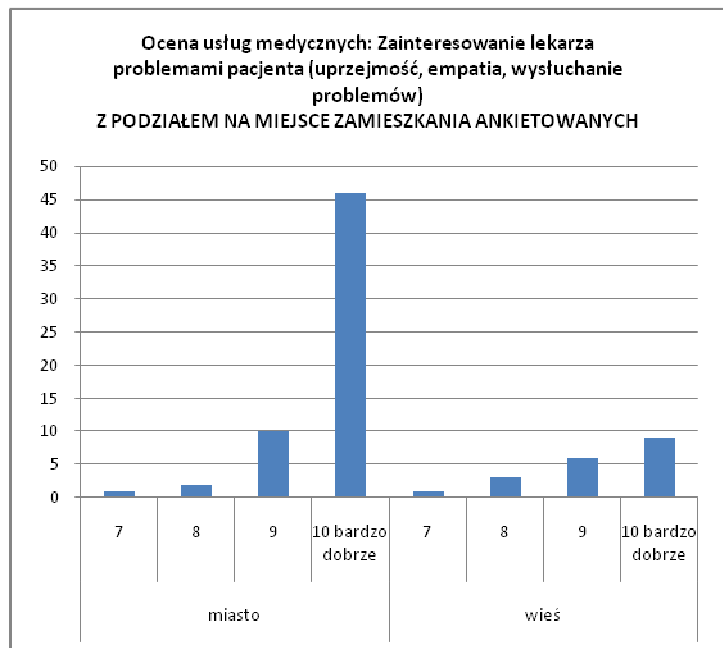
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11E |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 7 | 2 |
| 8 | 2 |
| 9 | 15 |
| 10 bardzo dobrze | 32 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 8 | 2 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 5 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 8 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 12 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11E |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| 7 | 1 |
| 8 | 2 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 46 |
| wieś | 19 |
| 7 | 1 |
| 8 | 3 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 9 |
| Suma końcowa | 78 |

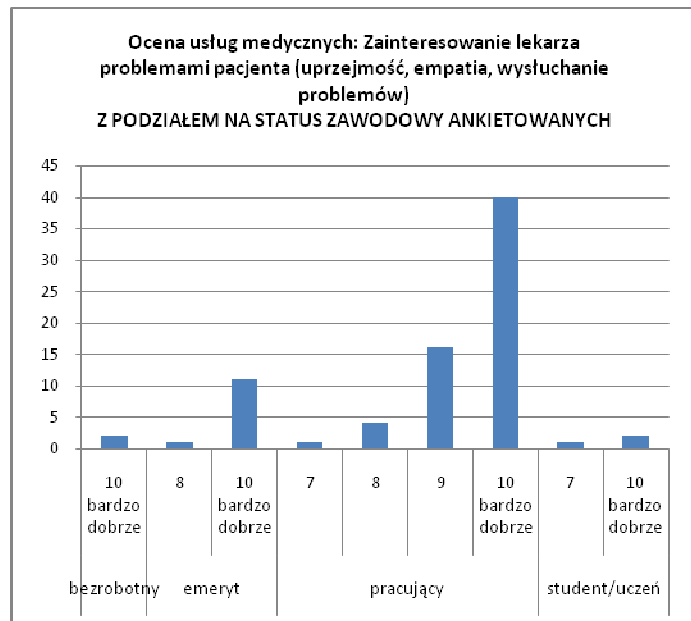


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.38:

Ocena usług medycznych: Zainteresowanie lekarza problemami pacjenta (uprzejmość, empatia, wysłuchanie problemów)

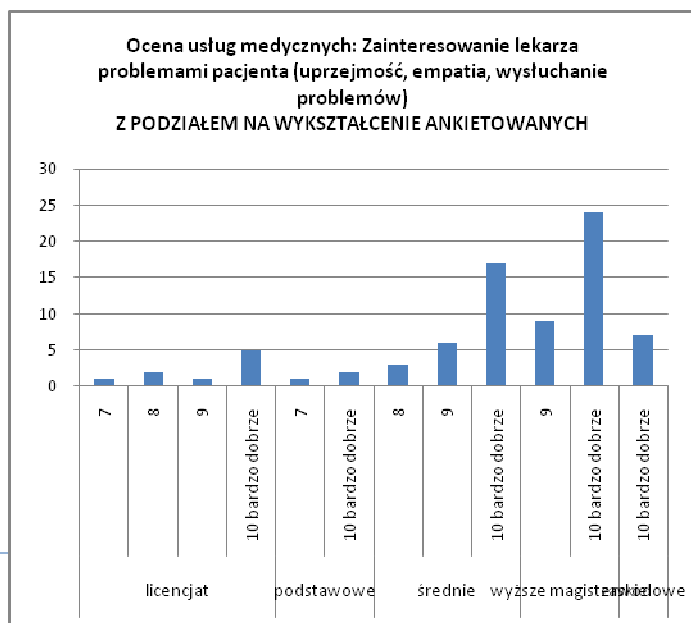
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11E |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| 8 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 11 |
| pracujący | 61 |
| 7 | 1 |
| 8 | 4 |
| 9 | 16 |
| 10 bardzo dobrze | 40 |
| student/uczeń | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

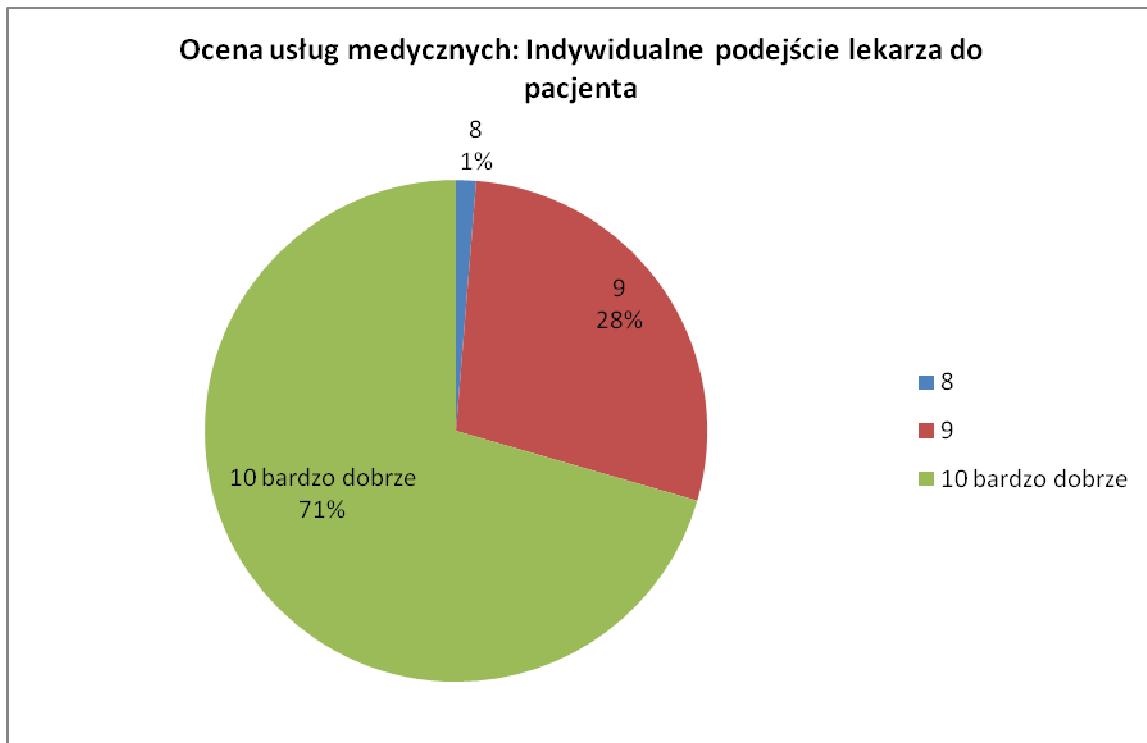
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11E |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 7 | 1 |
| 8 | 2 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 5 |
| podstawowe | 3 |
| 7 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| średnie | 26 |
| 8 | 3 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 17 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 9 | 9 |
| 10 bardzo dobrze | 24 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.39:

Ocena usług medycznych: Indywidualne podejście lekarza do pacjenta

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11F |
|---------------------|-----------------|
| 8 | 1 |
| 9 | 22 |
| 10 bardzo dobrze | 55 |
| Suma końcowa | 78 |



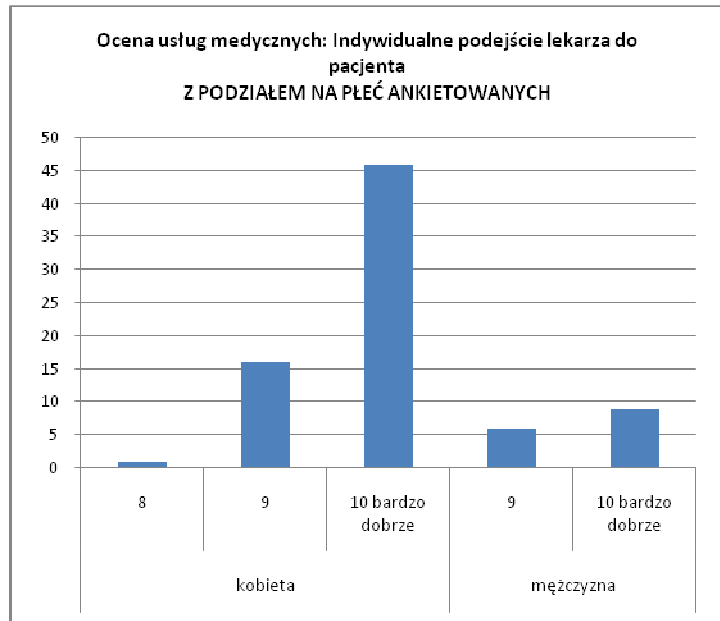
Pomimo niezadawalających odpowiedzi na wcześniejsze pytania w tym przypadku Klienci ocenili, że lekarze mają odpowiednie, zindywidualizowane podejście do pacjentów /Klientów. Może to wynikać z postrzegania indywidualnego podejścia do pacjentów przez pryzmat kompetencji zawodowych. Ilość odpowiedzi Klientów poniżej „10-bardzo dobrze” pozostała jednak praktycznie bez zmian (zmiana na poziomie 6-7% wartości całej próby).

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.39:

Ocena usług medycznych: Indywidualne podejście lekarza do pacjenta

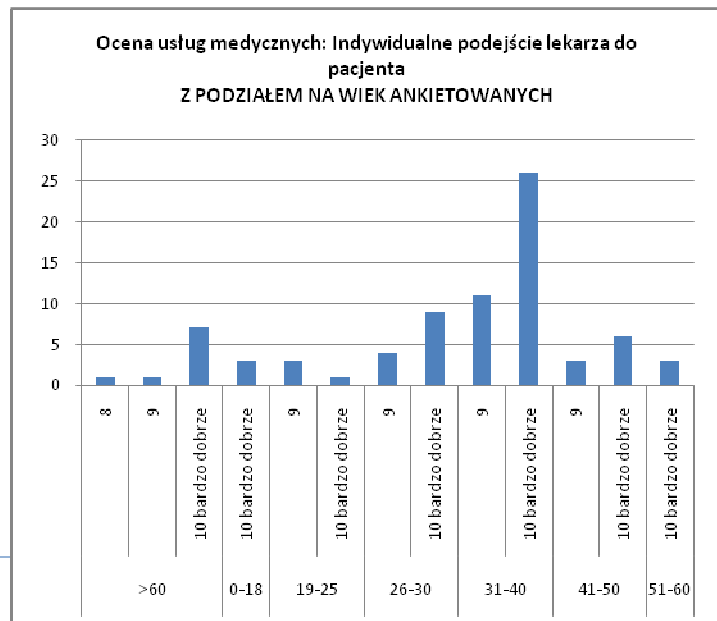
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11F |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 8 | 1 |
| 9 | 16 |
| 10 bardzo dobrze | 46 |
| mężczyzna | 15 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 9 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11F |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| 0-18 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 1 |
| 26-30 | 13 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 9 |
| 31-40 | 37 |
| 9 | 11 |
| 10 bardzo dobrze | 26 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

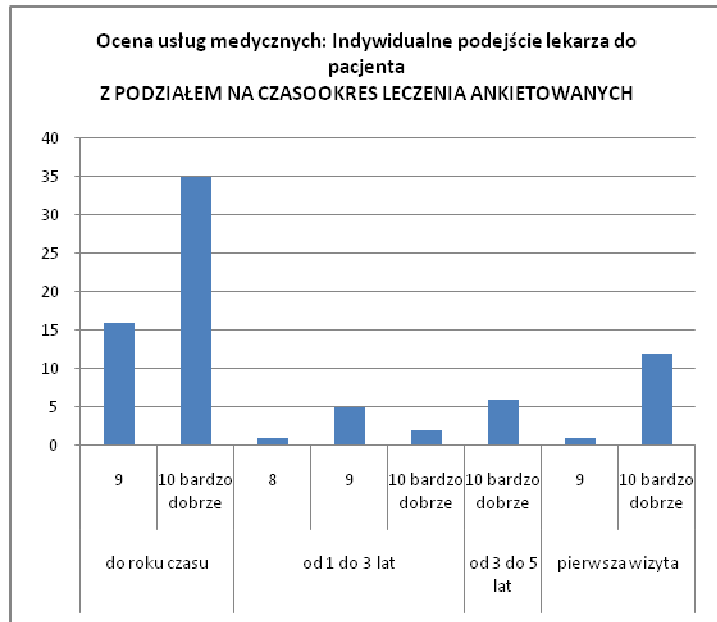


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.39:

Ocena usług medycznych: Indywidualne podejście lekarza do pacjenta

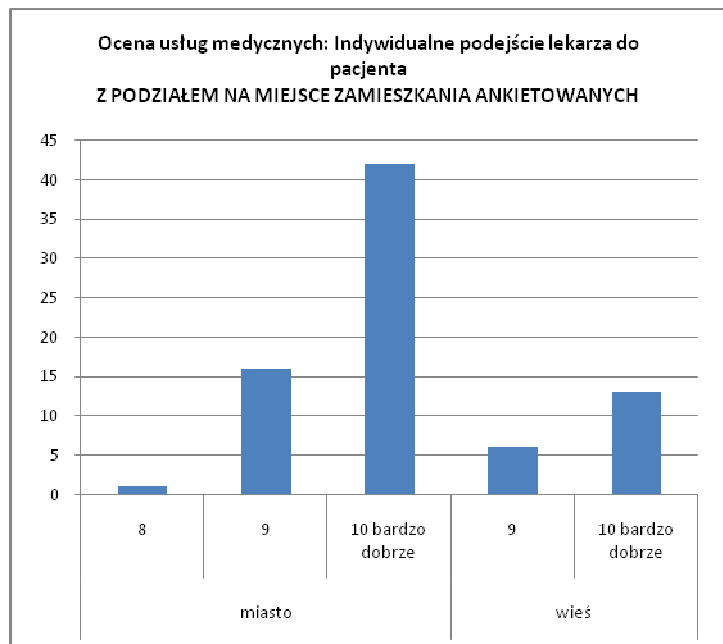
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11F |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 9 | 16 |
| 10 bardzo dobrze | 35 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 8 | 1 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 12 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11F |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| 8 | 1 |
| 9 | 16 |
| 10 bardzo dobrze | 42 |
| wieś | 19 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 13 |
| Suma końcowa | 78 |

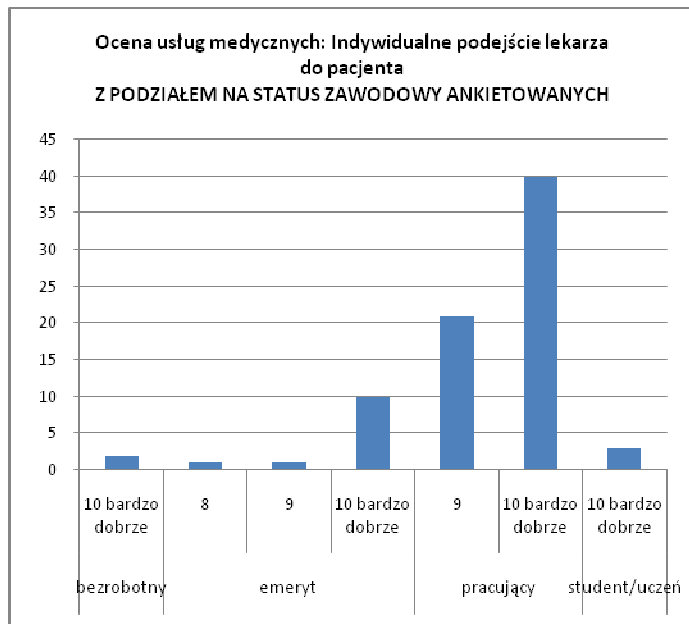


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.39:

Ocena usług medycznych: Indywidualne podejście lekarza do pacjenta

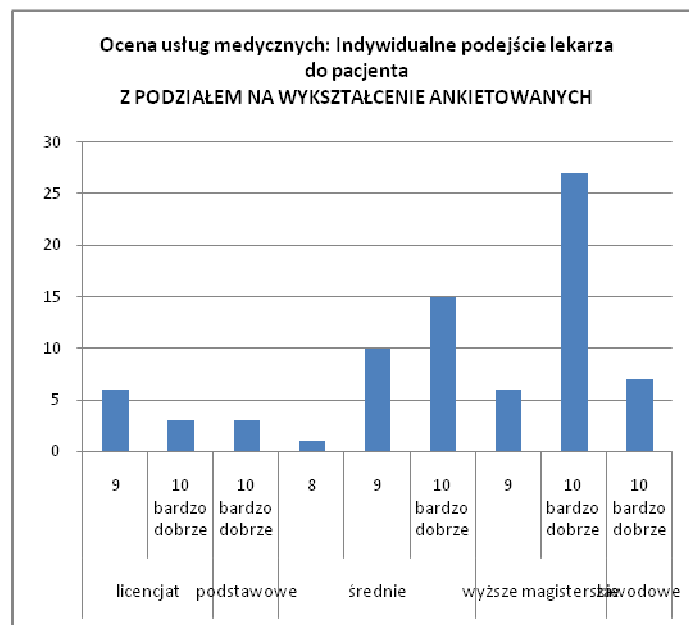
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11F |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| pracujący | 61 |
| 9 | 21 |
| 10 bardzo dobrze | 40 |
| student/uczeń | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

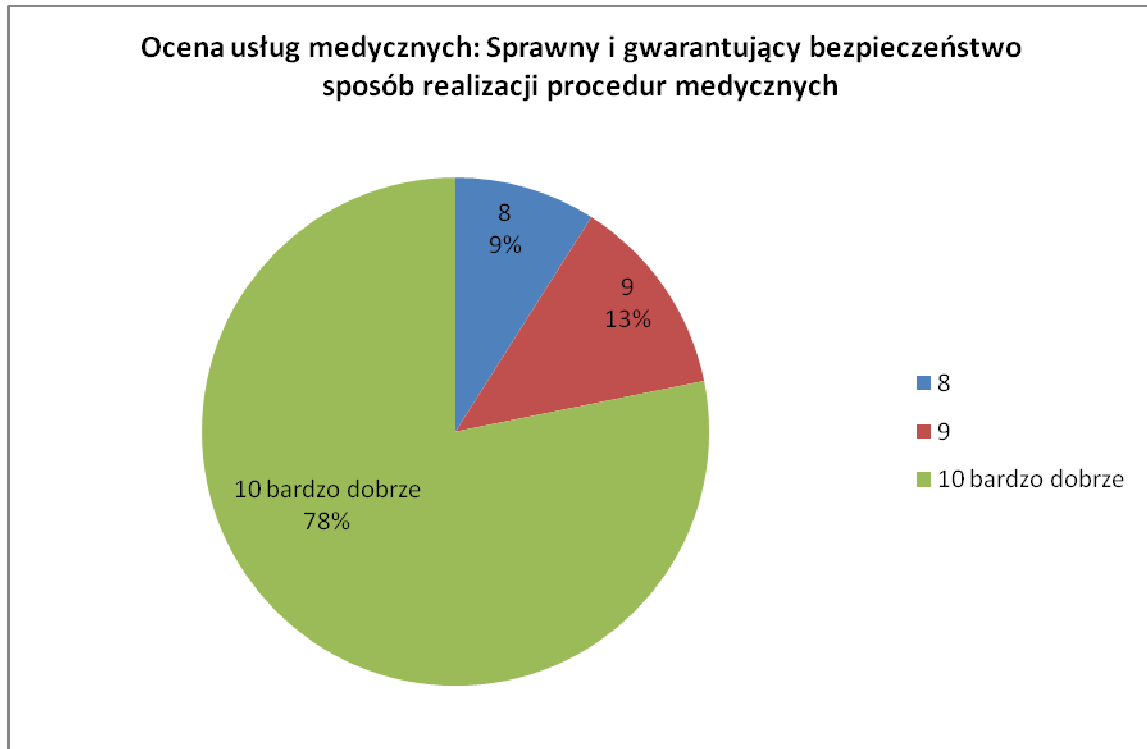
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11F |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| podstawowe | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| 8 | 1 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 15 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 27 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.40:

Ocena usług medycznych: Sprawny i gwarantujący bezpieczeństwo sposób realizacji procedur medycznych

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11G |
|---------------------|-----------------|
| 8 | 7 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 61 |
| Suma końcowa | 78 |



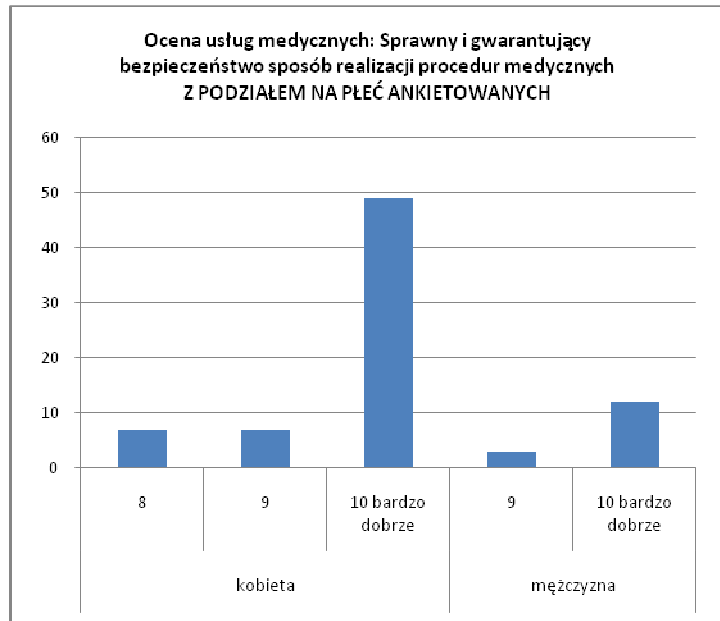
78% odpowiedzi „10 bardzo dobrze” (dominanta) świadczy o wysokiej ocenie kompetencji personelu odpowiedzialnego za realizację procedur medycznych, prawie 4-krotnie więcej odpowiedzi „10 bardzo dobrze” w stosunku do wszystkich pozostałych odpowiedzi wyraźnie rysuje dominantę w tym przypadku.

Fakt ten może być spowodowany właściwymi procedurami rekrutacji i selekcji pracowników ukierunkowanymi na zapewnienie personelu o wysokich kwalifikacjach zawodowych.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.40:

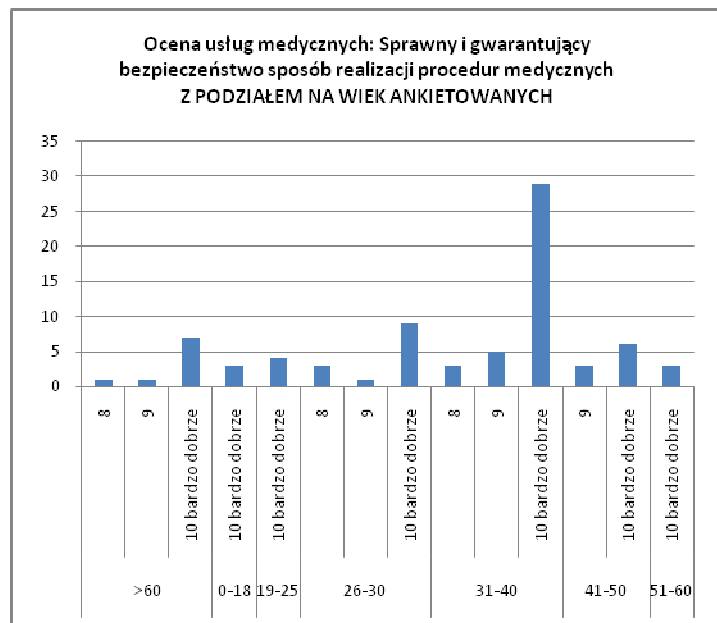
Ocena usług medycznych: Sprawni i gwarantujący bezpieczeństwo sposób realizacji procedur medycznych
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11G |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 8 | 7 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 49 |
| mężczyzna | 15 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 12 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

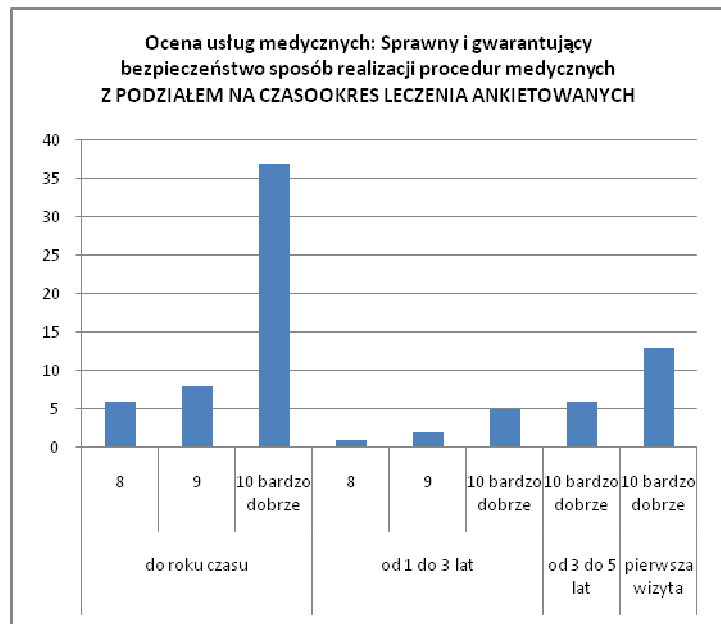
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11G |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| 0-18 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| 8 | 3 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 9 |
| 31-40 | 37 |
| 8 | 3 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 29 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.40:

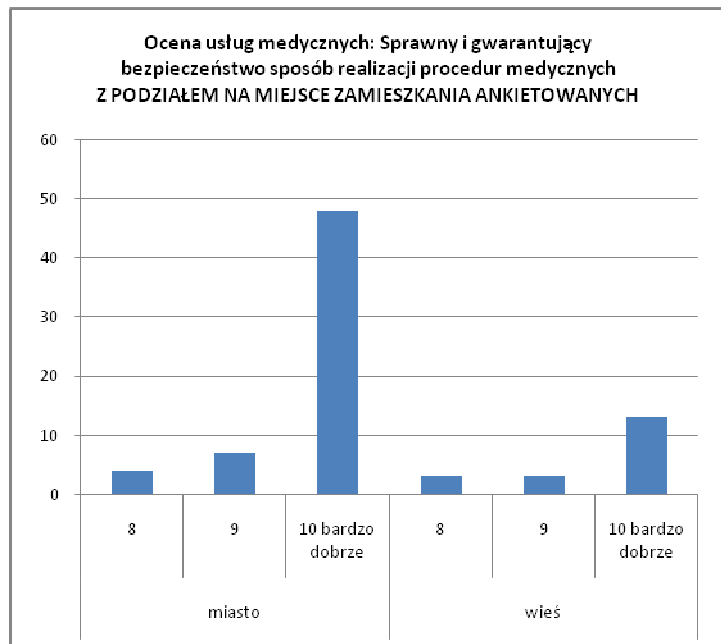
Ocena usług medycznych: Sprawny i gwarantujący bezpieczeństwo sposób realizacji procedur medycznych
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11 G |
|------------------------|------------------|
| do roku czasu | 51 |
| 8 | 6 |
| 9 | 8 |
| 10 bardzo dobrze | 37 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 8 | 1 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 5 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 10 bardzo dobrze | 13 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

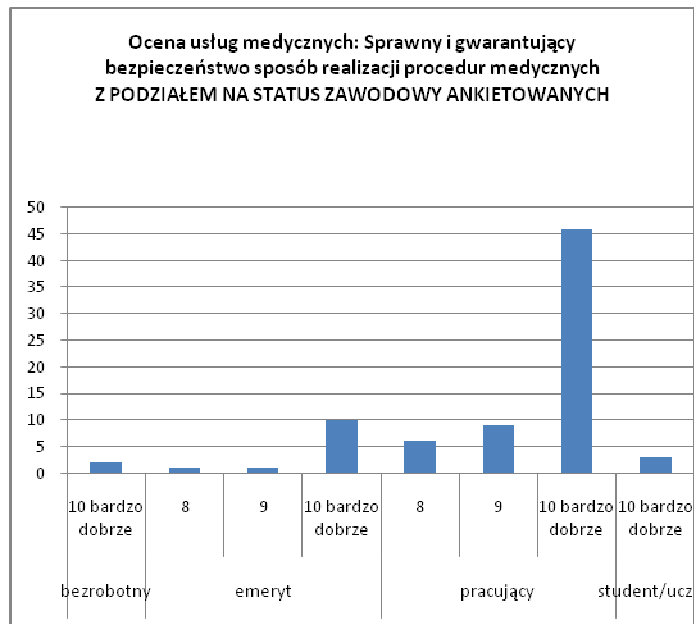
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11 G |
|---------------------|------------------|
| miasto | 59 |
| 8 | 4 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 48 |
| wieś | 19 |
| 8 | 3 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 13 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.40:

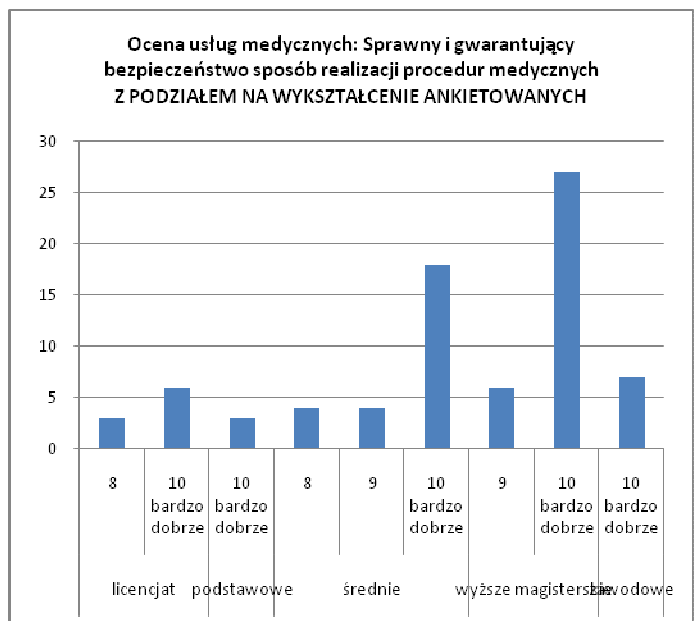
**Ocena usług medycznych: Sprawny i gwarantujący bezpieczeństwo sposób realizacji procedur medycznych
STATUS ZAWODOWY**

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11G |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| pracujący | 61 |
| 8 | 6 |
| 9 | 9 |
| 10 bardzo dobrze | 46 |
| student/uczeń | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

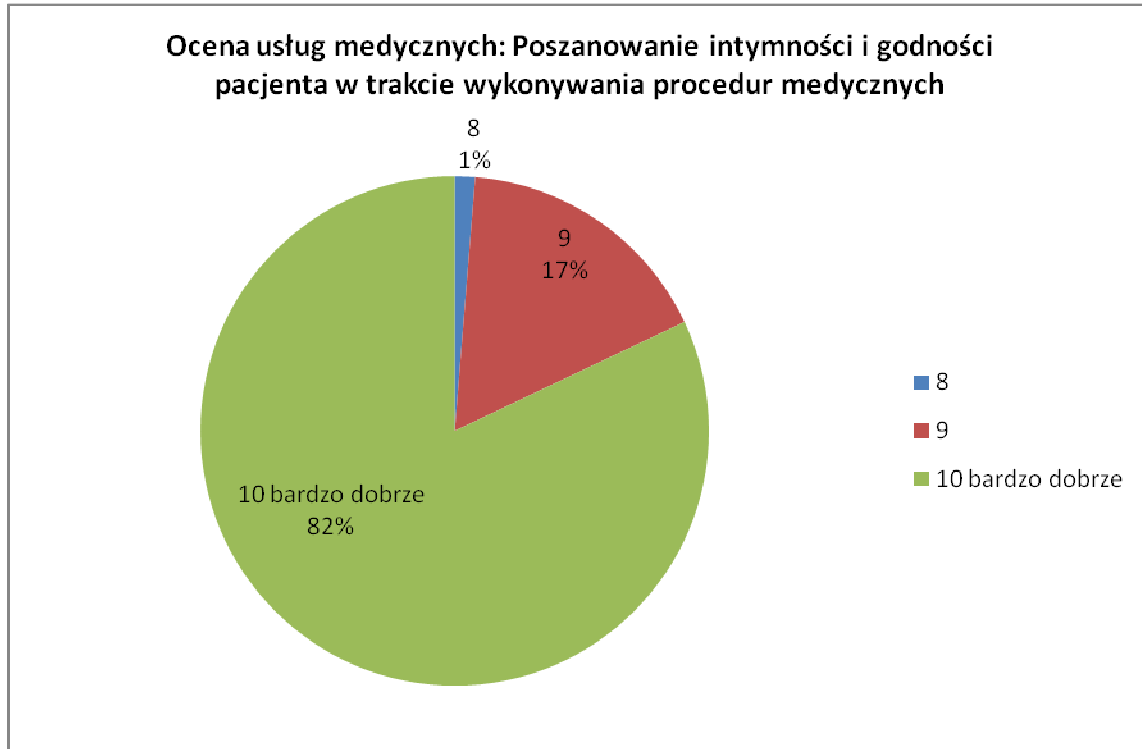
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11G |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 8 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| podstawowe | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| 8 | 4 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 18 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 9 | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 27 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.41:

Ocena usług medycznych: Poszanowanie intymności i godności pacjenta w trakcie wykonywania procedur medycznych

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11H |
|---------------------|-----------------|
| 8 | 1 |
| 9 | 13 |
| 10 bardzo dobrze | 64 |
| Suma końcowa | 78 |



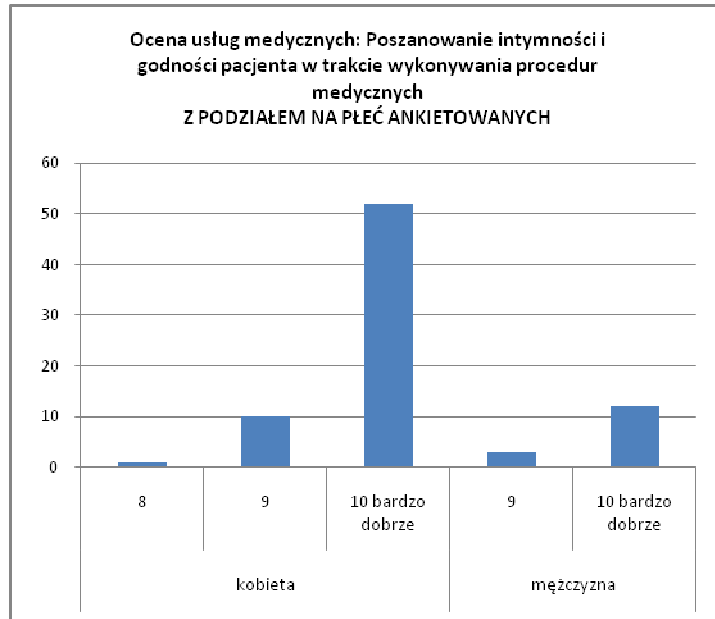
82% odpowiedzi „10 bardzo dobrze” (dominanta) świadczy o wysokiej ocenie personelu pod względem poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie wykonywania procedur medycznych. Fakt ten może być spowodowany właściwymi procedurami rekrutacji i selekcji pracowników ukierunkowanymi na zapewnienie personelu o wysokich kwalifikacjach zawodowych, który w pełni stosuje zasady etyki lekarskiej. Poszanowanie intymności pacjenta może być wysoko oceniane również z powodu dbałości o strukturę technologiczną pomieszczeń. Wstęp do gabinetów i pracowni RTG ma tylko personel medyczny, drzwi z elektrozamkami zabezpieczają przed nieuzasadnionym wtargnięciem podczas zabiegów osób trzecich, poza personelem medycznym.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.41:

Ocena usług medycznych: Poszanowanie intymności i godności pacjenta w trakcie wykonywania procedur medycznych

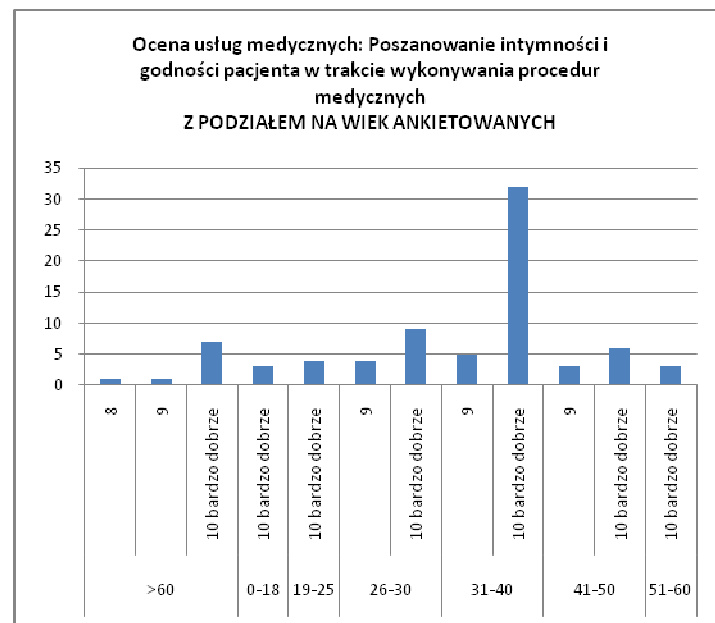
PŁEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11H |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 8 | 1 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 52 |
| mężczyzna | 15 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 12 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11H |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| 0-18 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 9 |
| 31-40 | 37 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 32 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

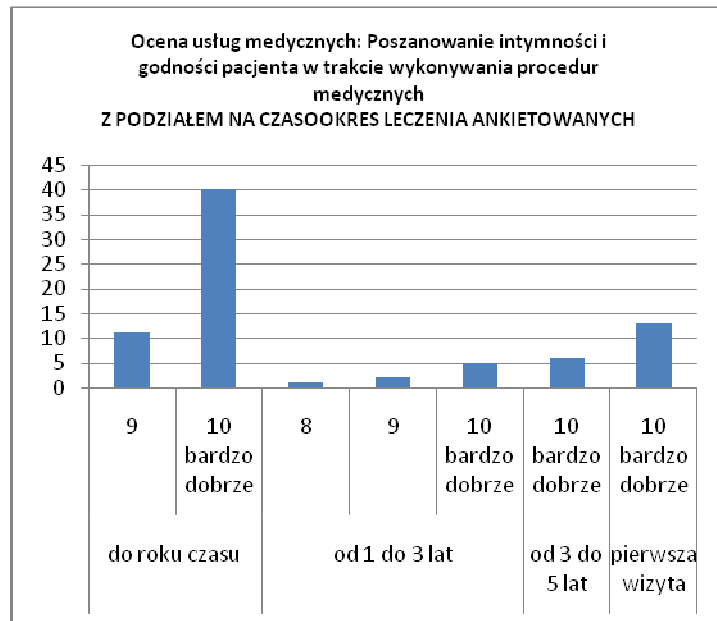


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.41:

Ocena usług medycznych: Poszanowanie intymności i godności pacjenta w trakcie wykonywania procedur medycznych

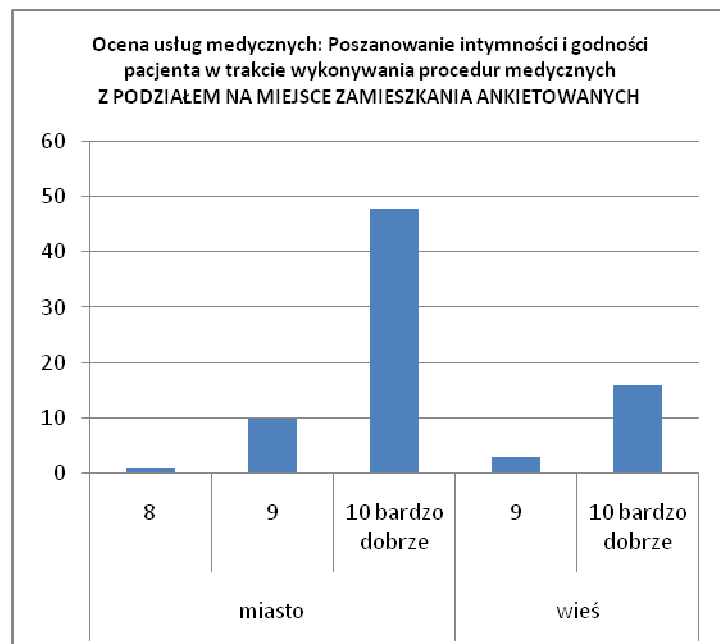
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11H |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 9 | 11 |
| 10 bardzo dobrze | 40 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 8 | 1 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 5 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 10 bardzo dobrze | 13 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11H |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| 8 | 1 |
| 9 | 10 |
| 10 bardzo dobrze | 48 |
| wieś | 19 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 16 |
| Suma końcowa | 78 |

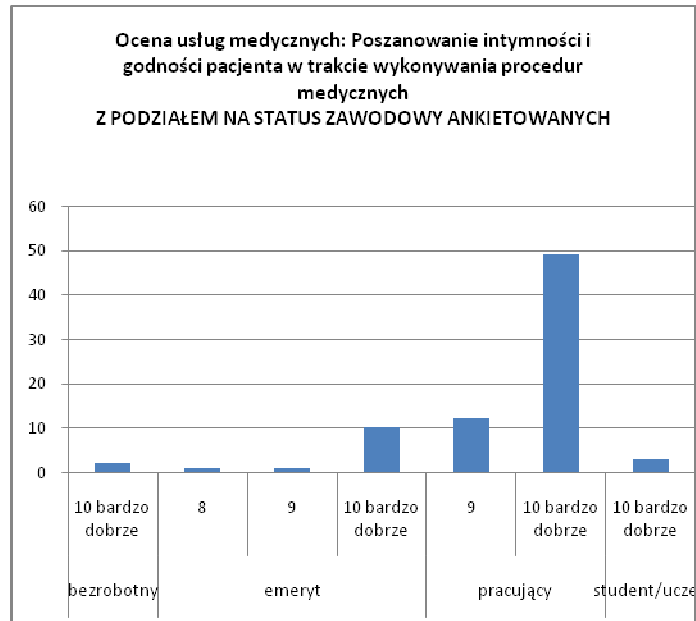


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.41:

Ocena usług medycznych: Poszanowanie intymności i godności pacjenta w trakcie wykonywania procedur medycznych

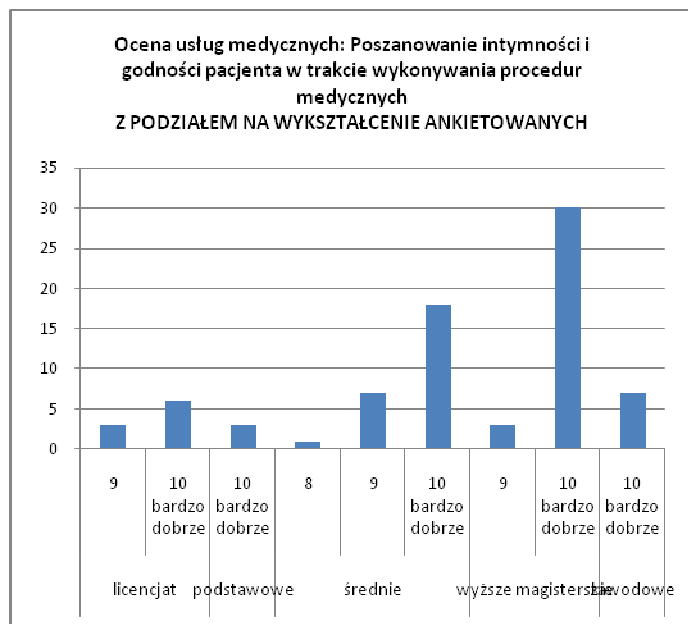
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.11H |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 10 |
| pracujący | 61 |
| 9 | 12 |
| 10 bardzo dobrze | 49 |
| student/uczeń | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

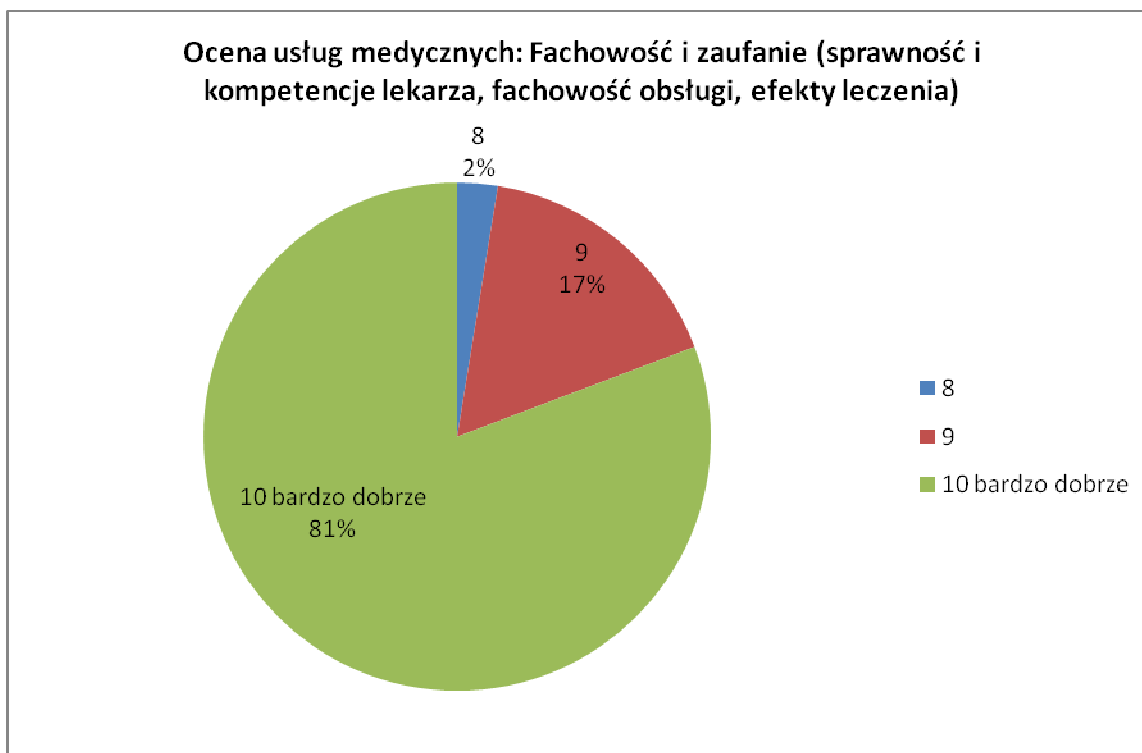
| Etykiety wierszy | Liczba z II.11H |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| podstawowe | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| 8 | 1 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 18 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 30 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.42:

Ocena usług medycznych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje lekarza, fachowość obsługi, efekty leczenia)

| Etykiety wierszy | Liczba z II.III |
|---------------------|-----------------|
| 8 | 2 |
| 9 | 13 |
| 10 bardzo dobrze | 63 |
| Suma końcowa | 78 |



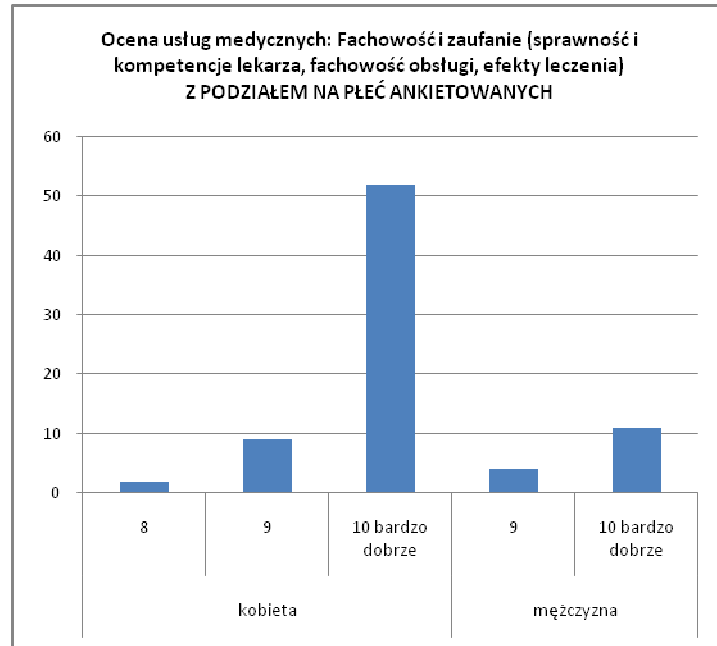
81% odpowiedzi „10 bardzo dobrze” (dominanta) świadczy o wysokiej ocenie personelu pod względem fachowości i zaufania. Fakt ten może być spowodowany właściwymi procedurami rekrutacji i selekcji pracowników ukierunkowanymi na zapewnienie personelu o wysokich kwalifikacjach zawodowych.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.42:

Ocena usług medycznych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje lekarza, fachowość obsługi, efekty leczenia)

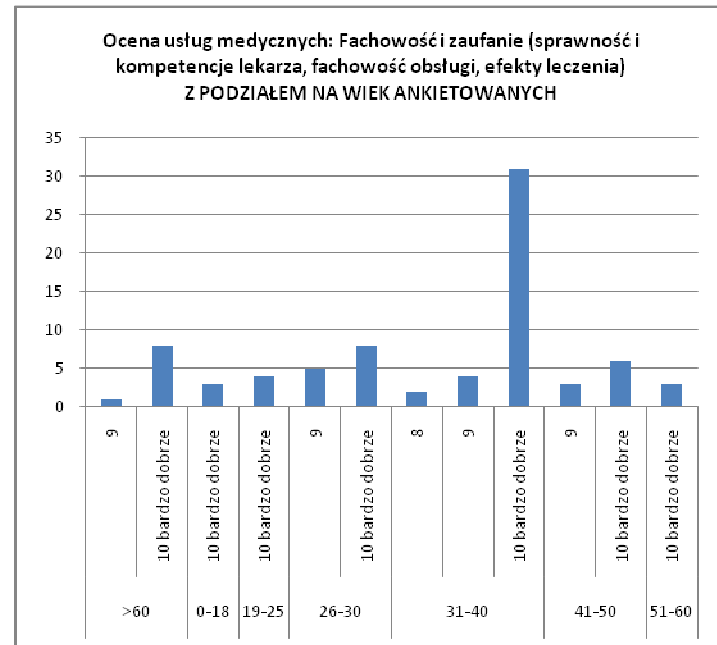
PŁEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.111 |
|---------------------|-----------------|
| kobieta | 63 |
| 8 | 2 |
| 9 | 9 |
| 10 bardzo dobrze | 52 |
| mężczyzna | 15 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 11 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

| Etykiety wierszy | Liczba z II.111 |
|---------------------|-----------------|
| >60 | 9 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| 0-18 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 8 |
| 31-40 | 37 |
| 8 | 2 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 31 |
| 41-50 | 9 |
| 9 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| 51-60 | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |

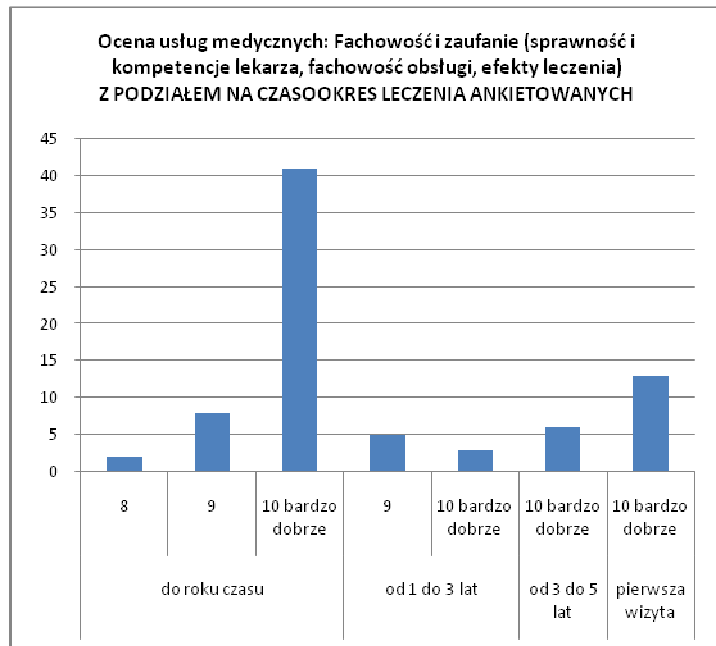


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.42:

Ocena usług medycznych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje lekarza, fachowość obsługi, efekty leczenia)

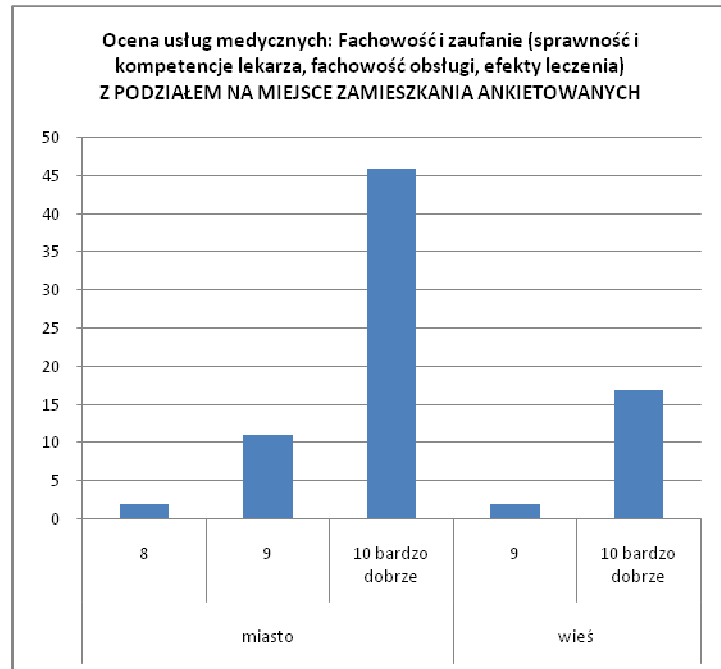
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.111 |
|------------------------|-----------------|
| do roku czasu | 51 |
| 8 | 2 |
| 9 | 8 |
| 10 bardzo dobrze | 41 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| 9 | 5 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| 10 bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| 10 bardzo dobrze | 13 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.111 |
|---------------------|-----------------|
| miasto | 59 |
| 8 | 2 |
| 9 | 11 |
| 10 bardzo dobrze | 46 |
| wieś | 19 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 17 |
| Suma końcowa | 78 |

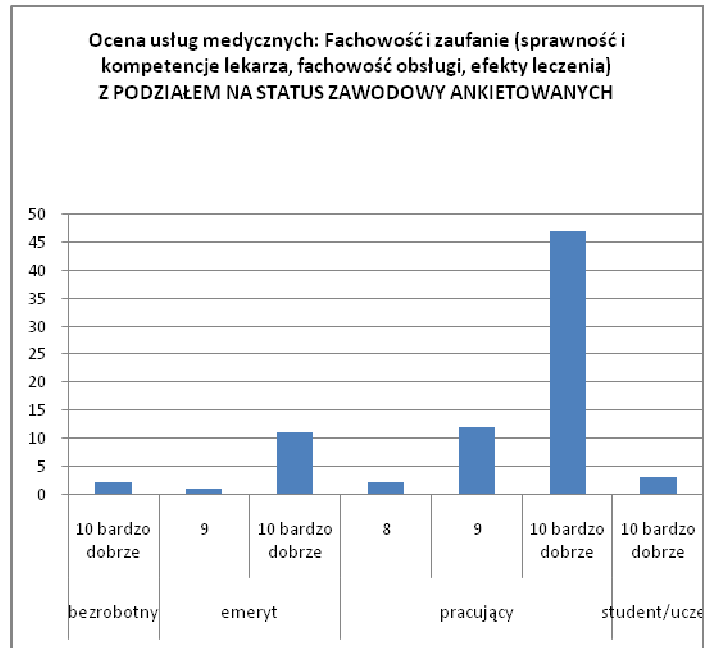


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.42:

Ocena usług medycznych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje lekarza, fachowość obsługi, efekty leczenia)

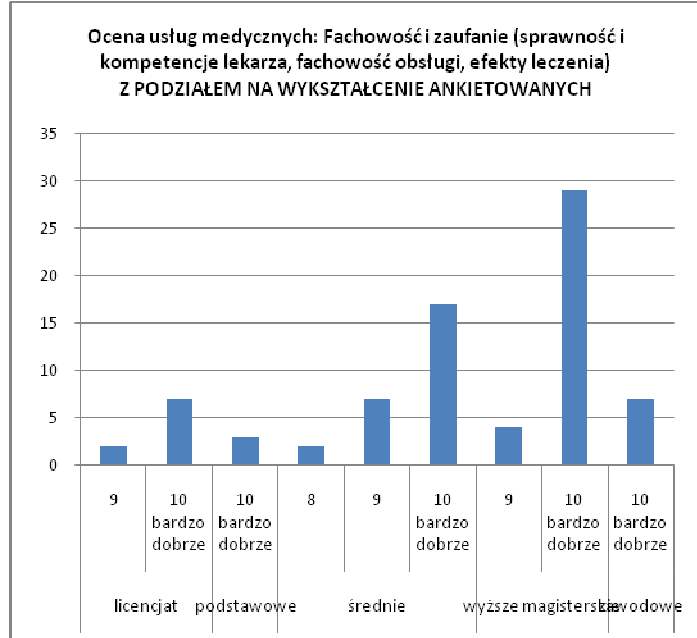
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.111 |
|----------------------|-----------------|
| bezrobotny | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| 9 | 1 |
| 10 bardzo dobrze | 11 |
| pracujący | 61 |
| 8 | 2 |
| 9 | 12 |
| 10 bardzo dobrze | 47 |
| student/uczeń | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

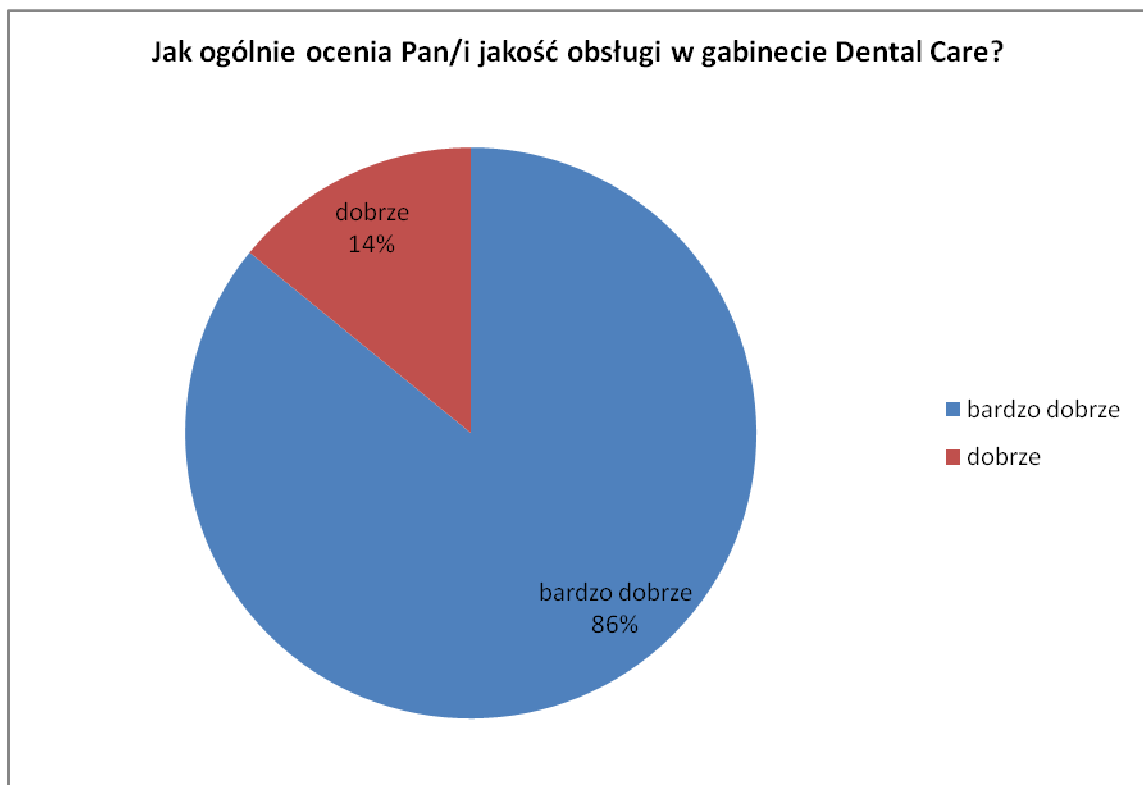
| Etykiety wierszy | Liczba z II.111 |
|----------------------------|-----------------|
| licencjat | 9 |
| 9 | 2 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| podstawowe | 3 |
| 10 bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| 8 | 2 |
| 9 | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 17 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| 9 | 4 |
| 10 bardzo dobrze | 29 |
| zawodowe | 7 |
| 10 bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.43:

Jak ogólnie ocenia Pan/i jakość obsługi w gabinecie Dental Care?

| Etykiety wierszy | Liczba z II.12 |
|---------------------|----------------|
| bardzo dobrze | 67 |
| dobrze | 11 |
| Suma końcowa | 78 |

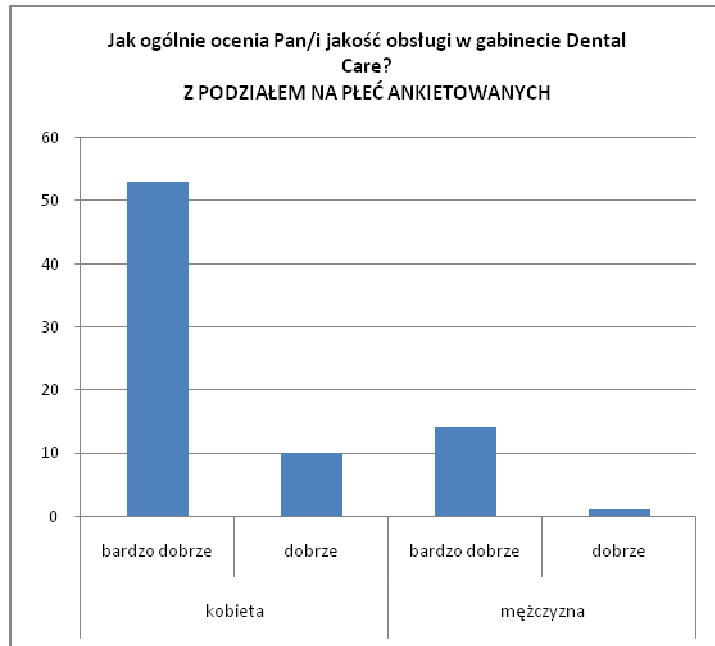


Silnie zarysowana dominanta na tle drugiej z rzędu (i jedynej poza dominantą) odpowiedzi w stosunku 86% do 14% świadczy o wysokim postrzeganiu jakości obsługi w gabinecie DentalCare. Jest to wynik zadawalający z tego względu, że w ramach pierwszych pytań Klienci wskazali właśnie jakość jako determinantę wyboru gabinetu stomatologicznego. W myśl zasady „nigdy nie jest tak dobrze, aby nie mogło być lepiej” oraz mając na uwadze coraz bardziej konkurencyjny rynek i rosnącą świadomość stomatologów i/lub zarządzających gabinetami odnośnie wagi jakości obsługi Klientów, realizowanych procesów oraz systemu zarządzania, należy w sposób ciągły realizować proces doskonalenia. Jest to szczególnie istotne w przypadku, kiedy firma myśli o rozwoju i otwieraniu nowych placówek, kiedy

zapewnienie stabilnego, wysokiego poziomu jakości będzie procesem znacznie trudniejszym i bardziej skomplikowanym niż obecnie.

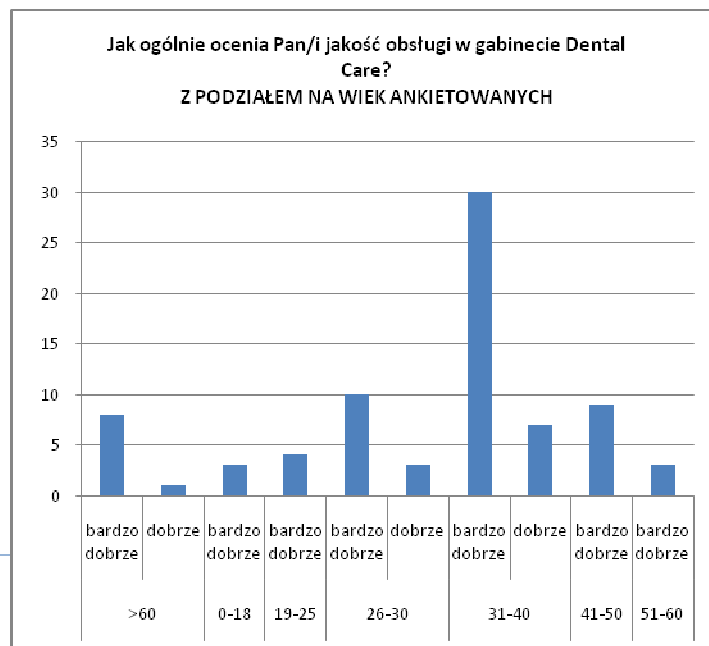
Tabele i wykresy z wynikami nr 3.43:
Jak ogólnie ocenia Pan/i jakość obsługi w gabinecie Dental Care?
PLEĆ

| Etykiety wierszy | Liczba z II.12 |
|---------------------|----------------|
| kobieta | 63 |
| bardzo dobrze | 53 |
| dobrze | 10 |
| mężczyzna | 15 |
| bardzo dobrze | 14 |
| dobrze | 1 |
| Suma końcowa | 78 |



WIEK

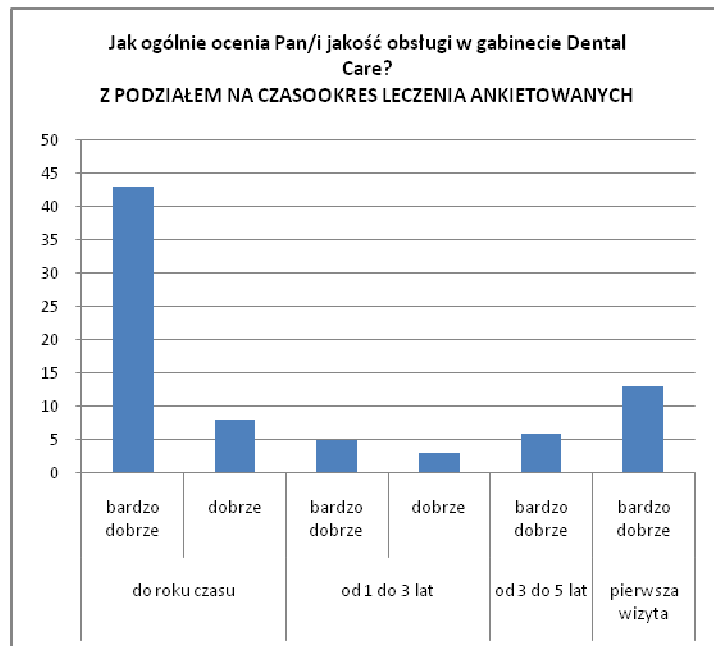
| Etykiety wierszy | Liczba z II.12 |
|---------------------|----------------|
| >60 | 9 |
| bardzo dobrze | 8 |
| dobrze | 1 |
| 0-18 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| 19-25 | 4 |
| bardzo dobrze | 4 |
| 26-30 | 13 |
| bardzo dobrze | 10 |
| dobrze | 3 |
| 31-40 | 37 |
| bardzo dobrze | 30 |
| dobrze | 7 |
| 41-50 | 9 |
| bardzo dobrze | 9 |
| 51-60 | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



**Tabele i wykresy z wynikami nr 3.43:
Jak ogólnie ocenia Pan/i jakość obsługi w gabinecie Dental Care?**

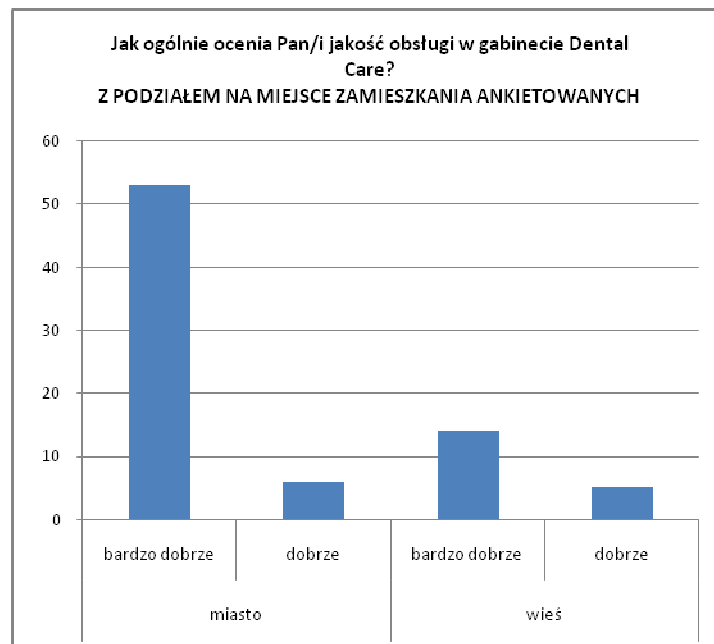
CZASOOKRES LECZENIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.12 |
|------------------------|----------------|
| do roku czasu | 51 |
| bardzo dobrze | 43 |
| dobrze | 8 |
| od 1 do 3 lat | 8 |
| bardzo dobrze | 5 |
| dobrze | 3 |
| od 3 do 5 lat | 6 |
| bardzo dobrze | 6 |
| pierwsza wizyta | 13 |
| bardzo dobrze | 13 |
| Suma końcowa | 78 |



MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| Etykiety wierszy | Liczba z II.12 |
|---------------------|----------------|
| miasto | 59 |
| bardzo dobrze | 53 |
| dobrze | 6 |
| wieś | 19 |
| bardzo dobrze | 14 |
| dobrze | 5 |
| Suma końcowa | 78 |

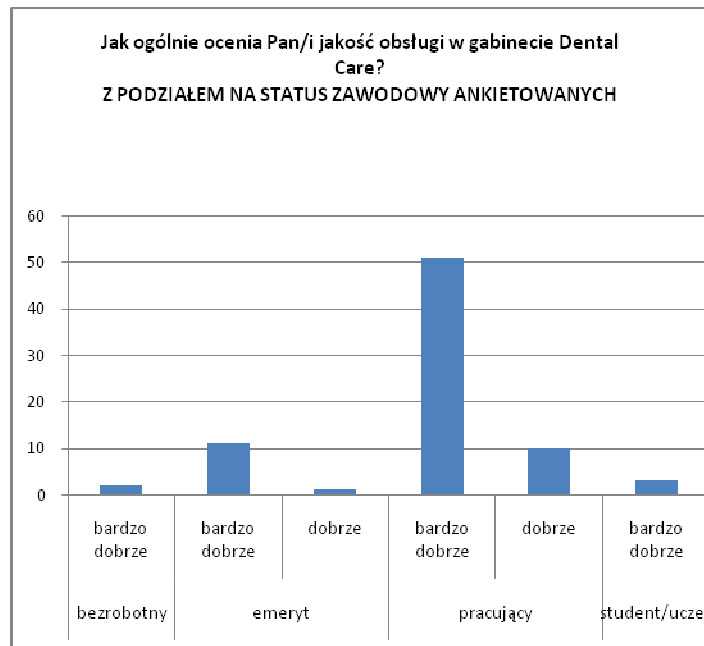


Tabele i wykresy z wynikami nr 3.43:

Jak ogólnie ocenia Pan/i jakość obsługi w gabinecie Dental Care?

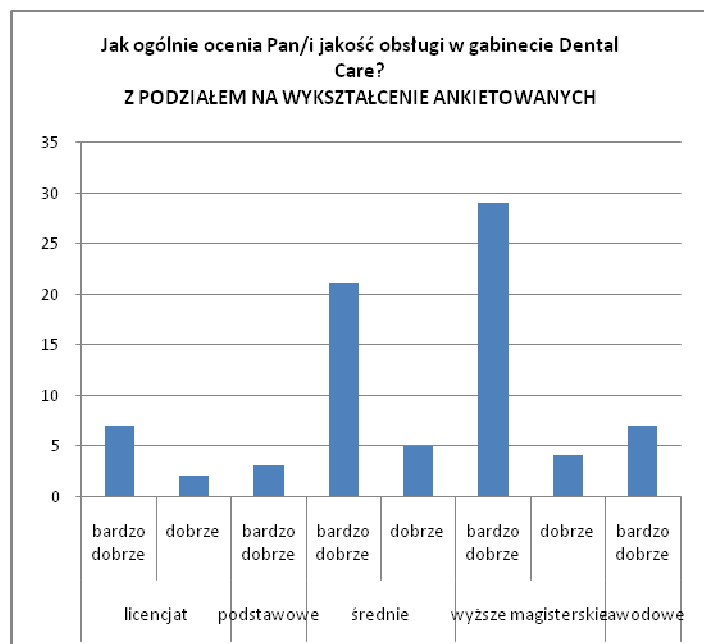
STATUS ZAWODOWY

| Etykiety wierszy | Liczba z II.12 |
|----------------------|----------------|
| bezrobotny | 2 |
| bardzo dobrze | 2 |
| emeryt | 12 |
| bardzo dobrze | 11 |
| dobrze | 1 |
| pracujący | 61 |
| bardzo dobrze | 51 |
| dobrze | 10 |
| student/uczeń | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| Suma końcowa | 78 |



WYKSZTAŁCENIE

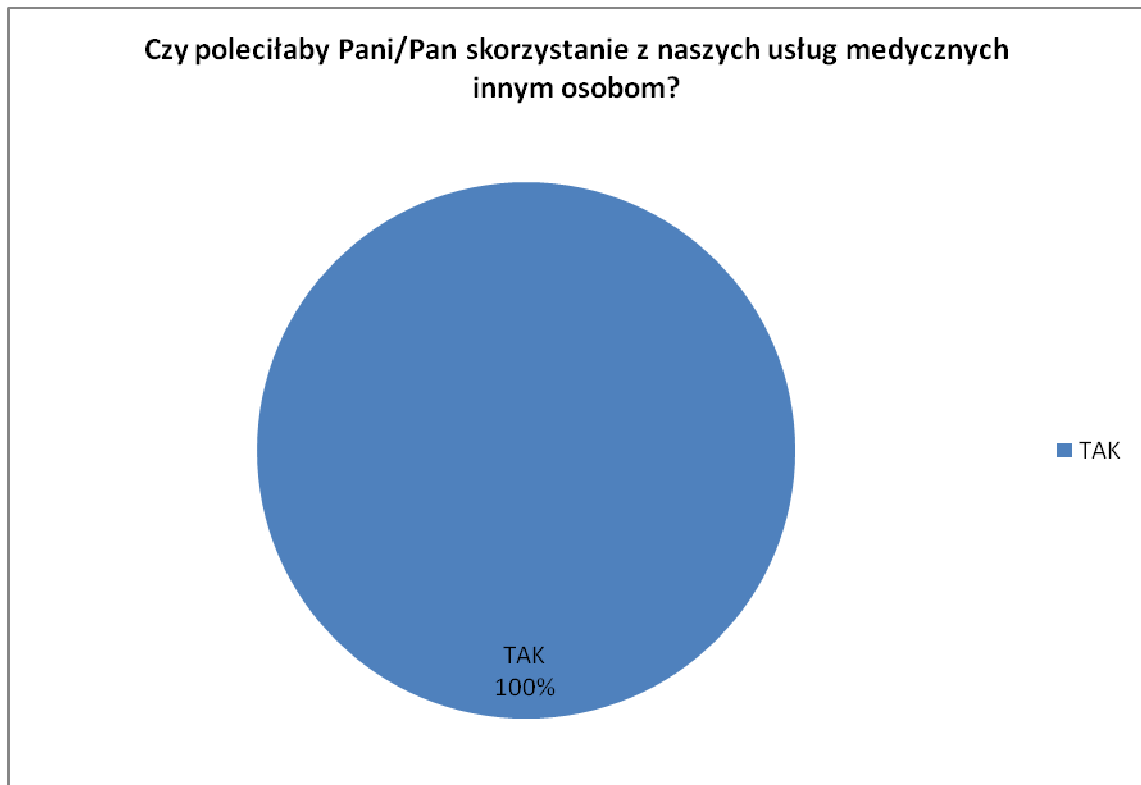
| Etykiety wierszy | Liczba z II.12 |
|----------------------------|----------------|
| licencjat | 9 |
| bardzo dobrze | 7 |
| dobrze | 2 |
| podstawowe | 3 |
| bardzo dobrze | 3 |
| średnie | 26 |
| bardzo dobrze | 21 |
| dobrze | 5 |
| wyższe magisterskie | 33 |
| bardzo dobrze | 29 |
| dobrze | 4 |
| zawodowe | 7 |
| bardzo dobrze | 7 |
| Suma końcowa | 78 |



Tabele i wykresy z wynikami nr 3.44:

Czy poleciliby Pani/Pan skorzystanie z naszych usług medycznych innym osobom?

| Etykiety wierszy | Liczba z II.13 |
|---------------------|----------------|
| TAK | 78 |
| Suma końcowa | 78 |

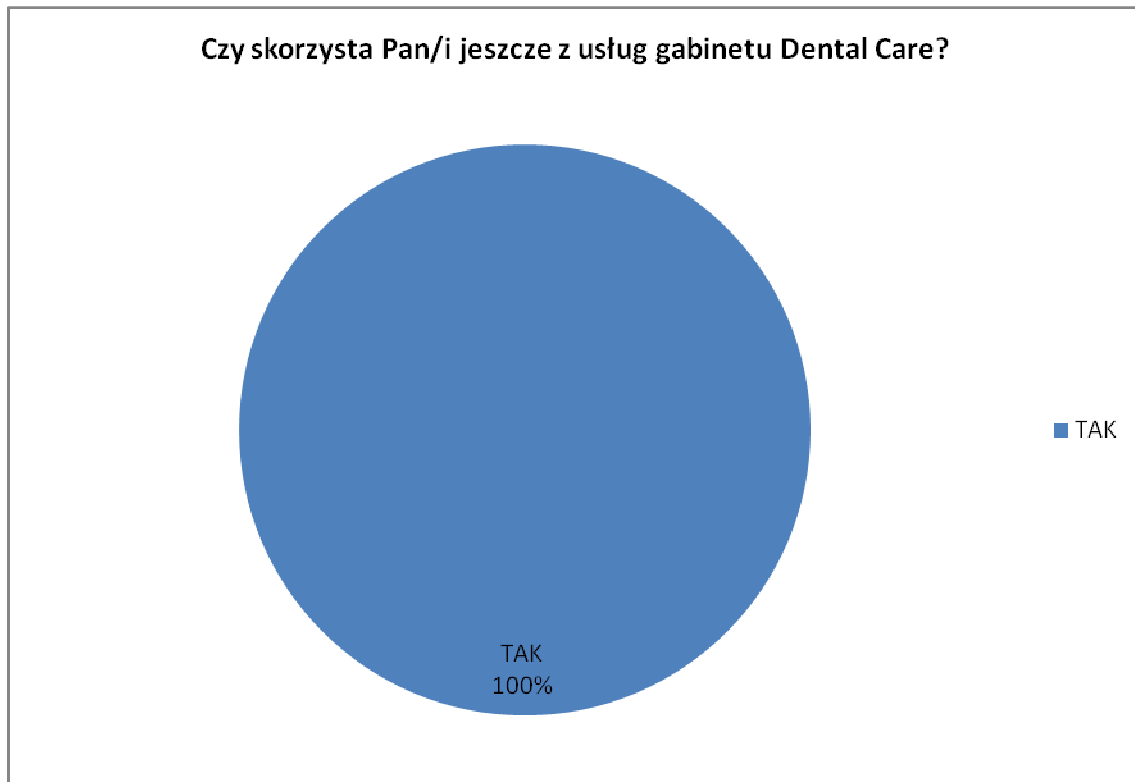


Pomimo pojawiających się w niektórych pytaniach odpowiedzi odbiegających od maksymalnych, pacjenci gabinetu Dental- Care z całą pewnością poleciliby usługi w nim świadczone innym osobom. Taki stan jest świadectwem, że placówka w sposób właściwy definiuje potrzeby i oczekiwania pacjentów w stosunku do jakości usług oraz w pełni je realizuje. Dla zapewnienia stałego poziomu usług należy zapewnić, aby wszystkie procesy zachodzące w firmie ulegały ciągłemu doskonaleniu.

Tabele i wykresy z wynikami nr 3.45:

Czy skorzysta Pan/i jeszcze z usług gabinetu Dental Care?

| Etykiety wierszy | Liczba z II.14 |
|------------------|----------------|
| TAK | 78 |
| Suma końcowa | 78 |



Pomimo pojawiających się w niektórych pytaniach odpowiedzi odbiegających od maksymalnych, pacjenci gabinetu Dental- Care z całą pewnością skorzystaliby z usług gabinetu po raz kolejny. Taki stan jest świadectwem, że placówka w sposób właściwy definiuje potrzeby i oczekiwania pacjentów w stosunku do jakości usług oraz w pełni je realizuje. Dla zapewnienia stałego poziomu usług należy zapewnić, aby wszystkie procesy zachodzące w firmie ulegały ciągłemu doskonaleniu.

3.4 Analiza SWOT obecnego systemu zarządzania

| MOCNE STRONY | SŁABE STRONY |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Znacząca pozycja na rynku usług stomatologicznych - Szeroki zakres oferowanych usług - Najwyższej jakości sprzęt medyczny (np. cyfrowa pracownia RTG) oraz wykorzystywane materiały - Doświadczona i wykwalifikowana kadra - Własny lokal oraz lokalizacja w centrum Żywca - Wdrożone oraz stosowane procedury z zakresu obsługi klienta - Wdrożone narzędzia, metody oraz systemy usprawniające zarządzanie - Strona www; profil na Facebooku - Program lojalnościowy dla klientów - Obecność higienistki stomatologicznej (procedury z zakresu profilaktyki i higieny jamy ustnej) - Leczenie bez bólu (darmowe znieczulenie w ramach zabiegu) - Poszanowanie praw pacjenta (Zgoda na leczenie) - Zapewnienie pacjentom najwyższego stopnia bezpieczeństwa (formularz „Wywiad lekarski”) - Zastosowanie najnowszych technologii w leczeniu na długo przed konkurencją - Długie godziny otwarcia - Oprogramowanie do zarządzania gabinetem stomatologicznym Prodentis - Pracownia RTG dostępna dla klientów z zewnątrz - Rejestracja pacjentów: telefoniczna, on-line, osobiście - Jedyni na lokalnym rynku usług stomatologicznych z powiadomieniami sms pacjentów o kolejnej wizycie - Stabilna sytuacja finansowa | <ul style="list-style-type: none"> - Brak własnego parkingu - Budynek dwu kondygnacyjny, brak windy - Bliska lokalizacja konkurencji - Asystentka stomatologiczna pełniąc również funkcję rejestratorki - Brak okresowych ocen pracowniczych - Brak okresowych szkoleń z zakresu obsługi klienta, zawierających również psychologiczne aspekty pracy z pacjentem - Brak segmentacji pacjentów - Brak stałego badania satysfakcji klientów |
| ZAGROŻENIA | SZANSE |
| <ul style="list-style-type: none"> - Utrata pracowników kluczowych dla funkcjonowania gabinetu - Spowolnienie rozwoju gospodarczego (Spadek zapotrzebowania na dobra luksusowe) - Możliwość pojawienia się na rynku nowych, specjalistycznych gabinetów lub rozwój obecnych - Zwiększenie stopnia bezrobocia w regionie - Rosnące ceny sprzętu oraz materiałów stomatologicznych - Rosnące koszty utrzymania przychodni - Brak metod ciągłego doskonalenia - Niekorzystne zmiany przepisów prawnych | <ul style="list-style-type: none"> - Możliwość wynajmu budynku wieloszeregowego na wypadek rozwoju gabinetu - Wejście na nowe rynki - Zakup lasera stomatologicznego ze wsparciem środków unijnych - Otwarcie pogotowia stomatologicznego dla nagłych przypadków - Wdrożenie i certyfikowanie Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 lub/i Bezpieczeństwa Informacji ISO 27001 - Wzrost zarobków - Zmniejszenie bezrobocia - Wzrost zainteresowania pacjentów własnym wyglądem oraz dobrami luksusowymi - Osłabienie konkurencji - Pozyskanie nowych lekarzy specjalistów - Rozdzielenie funkcji rejestratorki i asystentki stomatologicznej - Reklama w masowych środkach przekazu |

Rozdział 4 Zakończenie

Celem głównym niniejszej pracy była ocena oraz określenie możliwości poprawy jakości obsługi Klienta i realizowanych procesów poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi usprawniających proces zarządzania na przykładzie NZOZ DentalCare.

Aby osiągnąć cel główny pracy zostały zrealizowane następujące cele cząstkowe:

- Przedstawienie koncepcji jakości usług medycznych.
- Analiza najczęściej wykorzystywanych jakości metod, narzędzi i systemów w celu doskonalenia
- Prezentacja specyfiki branży stomatologicznej.
- Analiza funkcjonowania gabinetu stomatologicznego Dental - Care oraz stosowanych w nim metod usprawniających zarządzanie.
- Identyfikacja słabych stron systemu zarządzania i obecnie funkcjonujących rozwiązań.

Realizacja celu głównego była możliwa dzięki odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

Jakie czynniki wpływają na jakość usług świadczonych przez Dental - Care?

Wśród czynników mających wpływ na jakość usług świadczonych przez NZOZ Dental – Care możemy wymienić czynniki związane z: wymiarem materialnym świadczonych usług (wygląd pomieszczeń, czystość, wyposażenie w sprzęt medyczny); niezawodnością usług/ personelu (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji); reagowaniem personelu na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność); fachowością i zaufaniem (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi); przestrzeganiem praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie).

Jakie narzędzia, metody oraz systemy usprawniające jakość mają zastosowanie w gabinecie Dental – Carei jaka jest ich skuteczność?

Gabinet Dental – Care wychodząc naprzeciw oczekiwaniom swoich klientów oraz w celu zapewnienia im jak najwyższego poziomu świadczonych usług medycznych oraz samej obsługi stosuje szereg procedur, których zadaniem jest regulacja obszarów związanych z funkcjonowaniem gabinetu.

W tym celu zastosowanie mają procedury bezpośrednio wpływające na jakość obsługi Klienta przez personel medyczny, jak i samego lekarza, tj.:

- Procedura przeprowadzania rozmowy telefonicznej z klientem;
- Procedura obsługi pacjenta przez personel medyczny w rejestracji;
- Procedura obsługi pacjenta przez lekarza, z wyszczególnieniem działań, które mają zastosowanie podczas wizyty pacjenta pierwszorazowego, pacjenta stałego oraz pacjenta z objawami bólowymi;
- Procedura przygotowania oraz pozycjonowania pacjenta podczas wykonywania cefalometrii cyfrowej;
- Procedura przygotowania oraz pozycjonowania pacjenta podczas wykonywania zdjęcia RTG.

W gabinecie ma zastosowanie również szereg narzędzi, metod oraz systemów usprawniających zarządzanie i mających bezpośredni lub pośredni wpływ na szeroko rozumianą jakość (jakość usług, jakość obsługi Klientów):

- Oprogramowanie do zarządzania gabinetem stomatologicznym Prodentis;
- Formularz „Wywiad lekarski”;
- Formularze zgody na leczenie dotyczące: badania z wykorzystaniem promieni rentgenowskich; leczenia zachowawczego i endodontycznego; leczenia implantologicznego; leczenia chirurgicznego;
- Karta obowiązków i uprawnień pracownika uwzględniająca obsługę aparatów RTG: PlanmecaProMax 3D oraz Planmeca Intra oraz drukarki CarestreamDryView 5850 Laser Imager
- Czeklista zadaniowa – przypomnienia
- Procedury postępowania w przypadku wykonywania zdjęć rentgenowskich (punktowego i panoramicznego), cefalometrii oraz procedura nagrywania zdjęć na CD w programie Romexis (oprogramowaniem do przechwytywania, wyświetlania i przetwarzania obrazów 2D i 3D);
- Księga Jakości mająca zastosowanie do diagnostyki z wykorzystaniem promieni rentgenowskich.

Jak pacjenci gabinetu Dental - Care oceniają jakość świadczonych usług?

Na podstawie przeprowadzonych ankiet możemy stwierdzić, że pacjenci gabinetu stomatologicznego Dental – Care bardzo wysoko oceniają jakość świadczonych w nim usług. Aż 31% badanych stwierdziło, że to właśnie jakość usług była czynnikiem decyzyjnym

podczas wyboru przez nich właśnie tej palcówki, a 34 % ankietowanych kierowało się dobrą opinią znajomych/ rodziny, która również jest świadectwem i pochodną jakości. W treści ankiet został zawarty również szereg pytań dotyczących konkretnych aspektów odnośnie jakości świadczonych usług oraz składowych jakości. Wszystkie odpowiedzi zostały szczegółowo omówione w podrozdziale 3.3 Prezentacja uzyskanych wyników, a ich analiza pozwala stwierdzić, że usługi świadczone przez Dental – Care według korzystających z nich pacjentów oceniane są bardzo wysoko. Dowodem na to jest również odpowiedź na dwa ostatnie pytania podsumowujące całą ankietę, dotyczące ponownego skorzystania z usług gabinetu oraz polecenia go swoim znajomym i rodzinie. 100% wynik na TAK świadczy o pełnej zgodności pacjentów co do jakości świadczonych usług.

Jakie narzędzia, metody oraz systemy mogą zostać dodatkowo zastosowane w celu doskonalenia jakości usług świadczonych przez Dental - Care?

Przeprowadzone badanie ankietowe oraz wnikliwa analiza uzyskanych ankiet pozwala nam jakość usług świadczonych przez gabinet stomatologiczny Dental – Care ocenić na bardzo wysokim poziomie. W ramach otrzymanych odpowiedzi określających różne aspekty jakości świadczonych usług nie stwierdzono pojawienia się przeważających, negatywnych opinii w żadnym z zadanych pytań. Jednakże w kilku pytaniach zostały udzielone odpowiedzi zachowawcze lub niesatysfakcjonujące, które dla firmy są sygnałem, iż w danym przypadku można zastosować odpowiednie działania doskonalące w celu zagwarantowania pełnej satysfakcji klientów.

Odpowiedzi, w których gabinet Dental – Care widzi możliwość do poprawy satysfakcji klienta i zwiększenia jego zadowolenia dotyczyły dwóch aspektów:

1. Komunikacji interpersonalnej zachodzącej pomiędzy lekarzem i pacjentem

Brak maksymalnych ocen w tym wypadku w szczególności dotyczył pytań związanych z: zainteresowaniem lekarza problemami pacjenta (uprzejmość, empatia, wysłuchanie problemów), zrozumiałym sposobem przekazywania przez lekarza informacji o stanie zdrowia i sposobie leczenia, bieżącym informowaniem o wykonywanych procedurach oraz zabiegach, przekazywaniem informacji o dostępnych metodach i sposobach leczenia.

Brak maksymalnych odpowiedzi w tym zakresie najprawdopodobniej nie jest wynikiem braków kwalifikacyjnych personelu, ale umiejętności związanych z właściwą komunikacją. W ramach wcześniejszych pytań pacjenci Reakcje na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)” ocenili jako drugi pod względem ważności obszar,

jeśli chodzi o postrzeganie usług medycznych przez pryzmat jakości, dlatego warto uważniej przyjrzeć się temu aspektowi i zastosować w tym obszarze właściwe metody doskonalenia.

Dlatego gabinet Dental – Care w celu zapewnienia swoim pacjentom najwyższego poziomu obsługi nie tylko pod względem merytorycznym powinien określić oraz wdrożyć odpowiednią politykę personalną, której celem będzie doskonalenie umiejętności interpersonalnych personelu. Jako narzędzie doskonalenia w tym obszarze powinien zostać wprowadzony system ocen pracowniczych oraz testy z umiejętności „miękkich”.

Ważnym aspektem w doskonaleniu jest również odpowiedni nadzór i kontrola kadry zarządzającej, która powinna wprowadzić właściwy system weryfikacji pracy swojego personelu oraz odpowiedni system motywacyjny.

2. Obsługa pacjenta - Rejestracja

Potencjał do doskonalenia w tym wypadku stanowią działania związane z: poziomem telefonicznej obsługi rejestracji, czasem oczekiwania pod gabinetem na udzielenie świadczenia, otrzymywaniem potwierdzeń sms o zbliżającej się wizycie, informowaniem pacjentów telefonicznie o opóźnieniach. Niezadowolające odpowiedzi w zakresie wymienionych wyżej działań w szczególności mogą być związane z brakami kadrowymi (rejestratorka pełniąc jednocześnie funkcję asystentki stomatologicznej) oraz pomimo wprowadzonych procedur i regulacji nieprzestrzeganiem ich. W ramach doskonalenia działań związanych z aspektami obsługi klienta (jeszcze przed podjętym świadczeniem) gabinet Dental – Care, poza rozwiązaniem braków kadrowych, może dodatkowo wprowadzić szkolenia okresowe pracowników ze znajomości procedur, okresowe oceny pracowników z przestrzegania danych zaleceń, systemy motywacyjne dla pracowników. Odpowiednim rozwiązaniem w tym wypadku jest również wdrożenie przez firmę Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008, który jest najlepszym narzędziem doskonalenia jakości usług.

Spis Tabel i Rysunków

Rysunek. 2.1. Lekarze dentyści specjaliści w % ogółu lekarzy dentystów w latach 2000 – 2010.

Rysunek. 2.2. Stosunek dentystów bez specjalizacji do lekarzy dentystów specjalistów w 2010r.

Rysunek. 2.3. Procentowy rozkład lekarzy dentystów ze specjalizacją w 2010r.

Rysunek. 2.4. Wydatki NFZ na opiekę stomatologiczną w Polsce w latach 2004-2011.

Rysunek. 2.5. Struktura wydatków na usługi medyczne wg źródła finansowania w 2008 roku.

Rysunek. 2.6. Dynamika wzrostu wydatków na usługi medyczne Polski w porównaniu z innymi krajami.

Tabela i wykres z wynikami nr 3.1: Charakterystyka populacji względem płci

Tabela i wykres z wynikami nr 3.2: Charakterystyka populacji względem wieku

Tabela i wykres z wynikami nr 3.3: Charakterystyka populacji względem czasookresu leczenia

Tabela i wykres z wynikami nr 3.4: Charakterystyka populacji względem statusu zawodowego

Tabela i wykres z wynikami nr 3.5: Charakterystyka populacji względem wykształcenia

Tabela i wykres z wynikami nr 3.6: Charakterystyka populacji względem miejsca zamieszkania

Tabela i wykres z wynikami nr 3.7: Charakterystyka populacji względem płci z podziałem na status zawodowy

Tabela i wykres z wynikami nr 3.8: Charakterystyka populacji względem płci z podziałem na miejsce zamieszkania

Tabela i wykres z wynikami nr 3.9: Charakterystyka populacji względem płci z podziałem na wykształcenie

Tabele i wykres z wynikami nr 3.10: Czym kieruje się Pan/i przy wyborze gabinetu stomatologicznego?

Tabele i wykres z wynikami nr 3.11: Co zdecydowało o wyborze przez Panią/Pana gabinetu Dental-Care?

Tabela i wykres z wynikami nr 3.12: Który z obszarów jakości usług medycznych jest dla Klientów najważniejszy

Tabele i wykres z wynikami nr 3.13: Wymiar materialny (wygląd pomieszczeń, czystość, wyposażenie w sprzęt medyczny)

- Tabele i wykres z wynikami nr 3.14: Niezawodność (terminowość, sprawna organizacja pracy, łatwość komunikacji)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.15: Reakcja na oczekiwania pacjenta (uprzejmość, empatia, rzetelna informacja, dostępność)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.16: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje personelu, fachowość obsługi)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.17: Przestrzeganie praw pacjenta (poszanowanie godności, świadoma zgoda na leczenie)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.18: Z jakiej formy rejestracji Pan/i skorzystała?
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.19: Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Możliwość połączenia telefonicznego
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.20: Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy telefonicznej
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.21: Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.22: Jak Pani/Pan ocenia telefoniczny poziom obsługi rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.23: Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Czas oczekiwania na rejestrację
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.24: Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Troskę o pacjenta w trakcie rozmowy (życzliwość, pomocność)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.25: Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Sprawność obsługi (załatwiania formalności)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.26: Jak Pan/i ocenia poziom obsługi w Naszej Rejestracji: Kompletna informacja (możliwość uzyskania wyczerpujących informacji)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.27: Ile trwał średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (wizytę lub wykonanie zabiegu w naszym gabinecie)? Jak ocenia Pani/Pan czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (termin oczekiwania na wizytę lub wykonanie zabiegu)?

- Tabele i wykres z wynikami nr 3.28: Ile trwał średni czas oczekiwania na wizytę/konsultację pod gabinetem? Jak ocenia Pan/i czas oczekiwania na wizytę/konsultację pod gabinetem?
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.29: Czy została Pan/i poinformowana: Smssem o terminie wizyty, która przypada na dzień następnny
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.30: Czy została Pan/i poinformowana: Telefonicznie o opóźnieniu w gabinecie (jeżeli takie wystąpiło)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.31: Ocena: Atrakcyjność i estetykę pomieszczeń
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.32: Ocena: Czystość i zadbanie pomieszczeń i toalet
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.33: Ocena: Wyposażenie gabinetów i pracowni RTG w sprzęt
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.34: Ocena usług medycznych: Przeprowadzenie przez lekarza przeglądu jamy ustnej
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.35: Ocena usług medycznych: Przekazywanie informacji o dostępnych metodach i sposobach leczenia
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.36: Ocena usług medycznych: Bieżące informowanie o wykonywanych procedurach oraz zabiegach i celu ich realizacji
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.37: Ocena usług medycznych: Zrozumiąły sposób przekazania przez lekarza informacji o stanie zdrowia i sposobie leczenia
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.38: Ocena usług medycznych: Zainteresowanie lekarza problemami pacjenta (uprzejmość, empatia, wysłuchanie problemów)
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.39: Ocena usług medycznych: Indywidualne podejście lekarza do pacjenta
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.40: Ocena usług medycznych: Sprawny i gwarantujący bezpieczeństwo sposób realizacji procedur medycznych
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.41: Ocena usług medycznych: Poszanowanie intymności i godności pacjenta w trakcie wykonywania procedur medycznych
- Tabele i wykres z wynikami nr 3.42: Ocena usług medycznych: Fachowość i zaufanie (sprawność i kompetencje lekarza, fachowość obsługi, efekty leczenia)

Tabele i wykres z wynikami nr 3.43: Jak ogólnie ocenia Pan/i jakość obsługi w gabinecie
DentalCare?

Tabele i wykres z wynikami nr 3.44: Czy poleciłaby Pani/Pan skorzystanie z naszych usług
medycznych innym osobom?

Tabele i wykres z wynikami nr 3.45: Czy skorzysta Pan/i jeszcze z usług gabinetu
DentalCare?

Bibliografia

1. M. Baryluk, B. Cytowska, S. Goździk, *Jakość usług z perspektywy klienta*, „Problemy Jakości”, 2011, nr 1.
2. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J. W. Wiktor, *Marketing usług*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
3. P.B.Crosby, *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*, Free Press, Nowy Jork 1979 oraz P.B.Crosby, *Running Things: the Art of Making Things Happen*, McGraw-Hill, Nowy Jork 1986 .
4. C.S.R. Consultancy Service Poland, *ISO 9001:2009 w palcówkach medycznych*, MarGraf Wydawnictwo reklamowo- poligraficzne, Kraków 2008.
5. J. Dahlgaard, K. Kristensen, G. K. Kanji, *Podstawy zarządzania jakością*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000 .
6. B. Detyna, J. Detyna, *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Difin, Warszawa 2011.
7. A. Drapińska, *Marketing usług profesjonalnych*, „Marketing i Rynek”, 1999, nr 1.
8. Główny Urząd Statystyczny. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010*.
9. Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik statystyczny 2011*.
10. P. Gruca-Wójtowicz, *Systemy jakości i bezpieczeństwa w jednostce sektora ochrony zdrowia*, „Problemy Jakości”, 2009, nr 8.
11. J. Grudziąż-Sękowska, *Jakość opieki zdrowotnej*, „Problemy Jakości”, 2010, nr 4.
12. A. Hamrol, *Zarządzanie jakością z przykładami*, Wydawnictwo: Naukowe PWN, Warszawa 2008.
13. A. Hamrol., W. Mantura, *Zarządzanie jakością - Teoria i praktyka*, PWN Warszawa - Poznań, Warszawa 2002.
14. K. Hoffman, *Rozwój badań nad jakością usług medycznych*, „Nowiny Lekarskie”, 2008, nr 3.
15. D. Klimek, P.Pietras, *procesy restrukturyzacyjne w sektorze ochrony zdrowia i ich wpływ na zmiany na rynku pracy województwa podlaskiego*, Wydawnictwo wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku, Białystok 2009.
16. R. Kolman, T. Tkaczyk, *Jakość usług, TNOiK*, Bydgoszcz 1996.
17. K. Krot, *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer Business, Kraków 2008.
18. M. Goliński, *Miejsce informacji w procesie zarządzania jakością wyrobów*

- przemysłowych, Materiały konferencyjne z I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej: Zintegrowane systemy zarządzania – Jakość, Środowisko, Technologia, Bezpieczeństwo pod red. E Krzemienia i M. Miechowskiej, Szczyrk 2000.
19. J. Łańcucki, *Determinanty oceny jakości w sferze usług*, „Problemy jakości”, 1999, nr 6.
 20. P. Miadziołko, *Jakość w służbie zdrowia*, :Serwis Menadżera, 2007, nr 2.
 21. H. Mruk, *Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych*, Wydawnictwo ABC, Kraków 2009.
 22. M. Murkowski, W. Nowacki, A. Koronkiewicz, *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1996.
 23. R. Niżankowski, *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, Zdowie i Zarządzanie 2003, nr 6.
 24. K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżanek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Geneza jakości. Zarys historyczny*, CeDeWu, Warszawa 2005.
 25. K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Wyd. Cedetu, Warszawa 2003.
 26. E. Pawłowski, A. Sitko-Lutek, *Jakość usług medycznych na przykładzie publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej*, „Problemy Jakości”, 2011, nr 6.
 27. E. Pawłowska, A. Sitko-Lutek, *Jakość usług medycznych na przykładzie publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej*, „Problemy jakości”, 2011, nr 9.
 28. R. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 2000.
 29. K. Storbicka i J.R. Lehtinen, *Sztuka budowania trwałych związków z klientami*, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001.
 30. A. Szefela, *Kontraktowanie i finansowanie świadczeń opieki stomatologicznej w województwie małopolskim w latach 2004-2011*, VI Krakowska Konferencja Młodych Uczonych, Kraków 2011.
 31. N. Tyszka, *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Vademecum 2012*, NFZ Centrala, Warszawa 2012.
 32. R. Wolniak, *Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych*, „Problemy Jakości”, 2010, nr 6.

Akty prawne

1. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 września 2011 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry(Dz.U.11 nr 277 poz. 1634).
2. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 lutego 2007 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy - Prawo atomowe (Dz.U. 2007 nr 42 poz. 276).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2010 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (Dz.U.10.128.864).
4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne (Dz.U.11.165.993).
5. Rozporządzenie ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2012 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz.U.12.864).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów (Dz. U. 213, poz. 1779 z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2011 r. w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2011 Nr 16 poz. 77).
8. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
9. Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. 1920 nr 44 poz. 272).
11. Ustawa z dnia 28 marca 1933r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1933 nr 51 poz. 396).
12. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U.

- 1997 nr 28 poz. 153).
13. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
 14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych zarodków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).
 15. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153).
 16. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391).
 17. Zarządzenie Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Źródła internetowe

1. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=278&ml=pl&mi=278&mx=0&mt=&my=59&ma=075>. Systemy Jakości. (16.09.2012).
2. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b2&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=6&ma=234>. Kształcenie przeddyplomowe. Ministerstwo Zdrowia. (2012.09.19).
3. <http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Uczelnie-medyczne-czy-reforma-ksztalcenia-lekarzy-doprowadzi-do-zmniejszenia-liczby-studentow,117202,9.html>. Uczelnie medyczne. Czy reforma kształcenia lekarzy doprowadzi do zmniejszenia liczby studentów. (2012.09.17).
4. http://www.stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.dims?p_id=460223&p_token=0.2130998919412701. Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu. (2012.09.19)
5. http://www.stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.dims?p_id=460223&p_token=0.031231693479076172. Lekarze i lekarze dentyści wg płci. (2012.09.19).
6. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=30728>. Liczba przyznanych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyistów,

którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie 1 – 31 października 2012 r. (2012.09.19).

7. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zos_narodowy_rachunek_zdrowia_2009.pdf.
Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia
Narodowy rachunek Zdrowia za 2010 r. (2012.09.19)
8. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2010.pdf.
Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r. (2012.09.19).
9. http://www.ubezpieczenie.com.pl/_zasoby/_fck/file/dokumenty_do_pobrania/Deloitte/Deloitte_Sniadanie%20prasowe_Ubezpieczenia%20%20zdrowotne.pdf. Analiza
Deloitte. Jak zagospodarować rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.
(2012.09.19).
10. <http://www.pmrpublications.com/press-releases/239/rynek-uslug-dentystycznych-w-polsce-10-mld-w-2013-r>. Rynek usług dentystycznych w 2010r. (2012.09.19).
11. <http://www.biuletyn.e-gap.pl/index.php?view=artykul&artykul=46>. Kasy Chorych
i ich problemy w latach 1999-2003. (2012.09.19).
12. <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/cotojest.php>. Co to jest akredytacja. (2012.09.19).
13. http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/487627,rynek_uslug_dentystycznych_wzrosnie_o_10_procent.html. Rynek usług dentystycznych wzrośnie o 10%. (23.09.2012).