

---

# SATYSFAKCJA PACJENTÓW ZE ZDALNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ W RAMACH POZ W CZASACH PANDEMII COVID-19 W POLSCE

DOI: 10.33141/po.2021.9.05

Przegląd Organizacji, Nr 9(980), 2021, s. 39-48

[www.przegladorganizacji.pl](http://www.przegladorganizacji.pl)

**Grażyna Gierszewska**  
**Wioletta Pomaranik**  
**Liliana Hawrysz**  
**Magdalena Kludacz-Alessandri**

© Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa (TNOiK)

## Wprowadzenie

**P**roblematyka satysfakcji pacjentów nie jest nowym zagadnieniem, ale doświadczenia z czasu trwania pandemii COVID-19 stawiają ją w nowym świetle, wskazując na potrzebę poświęcenia jej szczególnej uwagi. W obecnych warunkach powinna być ona analizowana przy uwzględnieniu przejścia na pracę zdalną w różnych organizacjach prowadzących działalność medyczną, w tym przede wszystkim w placówkach podstawowej

opieki zdrowotnej (POZ), które świadczą swoje usługi medyczne najczęściej za pomocą telekonsultacji (Raport NFZ, 2020).

Celem artykułu jest ocena stopnia satysfakcji pacjentów z jakości opieki medycznej w warunkach pracy zdalnej placówek podstawowej opieki zdrowotnej wymuszonej przez pandemię COVID-19. W badaniach zastosowano następujące metody i techniki badawcze:



przeгляд literatury przedmiotu oraz analizę wyników badań własnych realizowanych w Polsce w 2021 roku. W pierwszej części artykułu została dokonana analiza literatury przedmiotu dotyczącej satysfakcji pacjentów. Podjęto w niej próbę odpowiedzi na pytania: czym jest satysfakcja pacjentów? jakie czynniki na nią wpływają? dlaczego jest to ważny problem badawczy dla jednostek służby zdrowia i dla naukowców? W drugiej części przedstawiono wyniki badań pilotażowych, które polegały na przeprowadzeniu telefonicznej ankiety dotyczącej satysfakcji pacjentów w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce. Do pomiaru tej satysfakcji wykorzystano wymiary: dostępności, koordynacji, kompleksowości, efektywności, ciągłości i komunikacji opieki medycznej. Zostały one dokładnie opisane w artykule *Wymiary jakości podstawowej opieki medycznej i ich ocena w warunkach pracy zdalnej podczas pandemii COVID-19 w Polsce* zamieszczonym w 5 numerze „Przełądu Organizacji” (Gierszewska i in. 2021). W niniejszym artykule istotne było zbadanie, jak pacjenci POZ oceniają jakość zdalnej opieki medycznej w warunkach pandemii COVID-19 i czy pogorszyła się ona czy poprawiła w stosunku do okresu, w którym opieka medyczna świadczona była w formie tradycyjnej. Przedstawione w artykule zagadnienia mają walor zarówno poznawczy, jak i praktyczny. Badania satysfakcji pacjentów są zawsze ważnym źródłem informacji o poziomie opieki, a w czasie pandemii zmiany sposobu świadczenia usług mogą oznaczać zmianę ich jakości.

## Satysfakcja pacjentów – próba definicji

**N**ie ma „zgody” wśród badaczy co do sposobu definiowania pojęcia satysfakcja pacjentów. Często przyjmuje się, że jest ona ogólnym osądem opartym na doświadczeniu pacjenta dotyczącym różnych aspektów opieki zdrowotnej (takich jak: dostępność świadczeń, stosunek personelu do pacjenta, sprawność organizacyjna do udzielania świadczeń, wygoda w korzystaniu ze świadczeń, warunki, w jakich udzielane są świadczenia, uzyskane efekty zdrowotne). Przykładem jednej z możliwych interpretacji jest definicja satysfakcji pacjenta przyjęta przez Towarzystwo Pielęgniarek Amerykańskich (ANA), a postrzega się ją jako miarę opinii pacjenta lub rodziny na temat udzielonej opieki pielęgniarskiej. Określana jest także jako „pełne zaspokojenie pragnień lub potrzeb” (Gutysz-Wojnicka, 2010, s. 34). Na gruncie pielęgniarskim akceptowana i szeroko stosowana jest też definicja N. Risser (1975, s. 45–52), zgodnie z którą satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej to stopień zgodności między oczekiwaniami pacjenta co do idealnej opieki pielęgniarskiej a percepcją opieki, którą realnie on otrzymuje. Pomimo trudności w definiowaniu pojęcia „satysfakcji pacjenta”, zainteresowanie tym zjawiskiem w polskich placówkach medycznych wciąż wzrasta. Skomplikowanie czynników warunkujących satysfakcję pacjentów

powoduje, że za działania zmierzające do jej zapewnienia odpowiedzialni są wszyscy pracownicy podmiotu, a nie tylko osoby świadczące usługi medyczne (Kulczycka, 2004, s. 167–171).

Pojęcie satysfakcji wywodzi się od łacińskich słów: *satis* i *facere*, co oznacza robić coś dostatecznie, czyli spełniać oczekiwania. Do bliskoznacznych pojęć satysfakcji zalicza się: zaspokojenie potrzeb, zadowolenie, przyjemność i ukontentowanie (Małecka, Marcinkowski, 2007). Satysfakcja jest to różnica między tym, co pacjent otrzymuje, a jego subiektywnymi oczekiwaniami. Jeżeli różnica jest pozytywna – pacjent jest zadowolony i usatysfakcjonowany, natomiast jeżeli jest negatywna, to chory odczuwa niezadowolenie i brak satysfakcji z otrzymanej usługi (Mykowska, 2002, s. 69). Oczekiwania zostały zdefiniowane przez S. Williams (1995, s. 193–201) jako obiektywne potrzeby i pragnienia oraz życzenia odczuwane przed wizytą u specjalisty.

Sukcesywne wprowadzanie zasad gospodarki rynkowej do sektora usług medycznych wymusza spojrzenie na pacjenta jak na klienta danego podmiotu leczniczego. Satysfakcja pacjenta jest dlatego często definiowana jako kluczowy element relacji klient–podmiot ochrony zdrowia, wpływający na kształtowanie się współpracy między usługodawcą i usługobiorcą (Andrabi i in., 2012). W placówce służby zdrowia klientem jest pacjent, jego rodzina, bliskie osoby oraz wszystkie osoby płacące za leczenie. W związku z powyższym satysfakcja pacjenta jest traktowana jako reakcja konsumenta na doświadczenia z otrzymanych usług (Otani i in., 2011). Orientacja na klienta, jakim jest pacjent, staje się nowym celem dla usług medycznych, a dążenie do osiągnięcia satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi zdrowotnej jest jednym z priorytetowych zadań współczesnej ochrony zdrowia (Bourdillon i in., 2012, s. 588). Podejście takie podkreśla znaczenie podjętego w artykule tematu określenia źródeł satysfakcji pacjentów, która jest odczuciem subiektywnym i zależy bezpośrednio od oczekiwań badanego, a te z kolei są wynikiem specyficznych potrzeb społecznych.

## Satysfakcja pacjenta – pomiar

**N**a poziom satysfakcji pacjenta wpływa wiele czynników. Zalicza się do nich m.in. czas oczekiwania na usługę, szybkość wykonywania zabiegów, uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia, empatię, a ponieważ jakość usługi mierzona jest według subiektywnych kryteriów, pacjenci mają swój własny pułap oczekiwań i wymagań na podstawie wcześniejszych doświadczeń. Oznacza to, że istotny wpływ na satysfakcję mają czynniki psychologiczne, emocje związane z leczeniem. Przykładowo niskie oceny w oddziałach, takich jak onkologia, ortopedia, chirurgia urazowa, powiązane są ze stanem emocjonalnym chorego, wynikającym ze stanu zdrowia (Maciąg, Sakowska, 2006, s. 50–62).

D. Wagner i M. Bear (2009) identyfikują cztery kluczowe czynniki wpływające na satysfakcję pacjenta. Są

to: efektywne wsparcie, informowanie o stanie zdrowia, wpływ na podejmowane decyzje, kompetencje profesjonalno-techniczne. Zmienną determinującą poczucie satysfakcji z opieki jest również „niepowtarzalność” pacjenta – jego charakterystyka socjodemograficzna, sytuacja społeczna, wcześniejsze doświadczenia, uwarunkowania środowiskowe i cechy osobowości (Tanniru, Khuntia, 2017; Maconko i in., 2016).

Kolejną determinantą poziomu satysfakcji pacjentów jest dostępność do świadczeń. Dotyczy ona czasu oczekiwania na planowany zabieg, możliwości skorzystania z porad specjalistów lub badań diagnostycznych itp. W szpitalach na zadowolenie pacjentów wpływają również warunki hotelowe (wygląd zewnętrzny i wewnętrzny pomieszczeń, wyposażenie, jakość podawanych posiłków). W rozumieniu pacjenta satysfakcja z opieki medycznej zależy również od dostatecznej informacji o stanie zdrowia, edukacji zdrowotnej, dobrej komunikacji z lekarzem, szacunku i opiekuńczości okazywanej pacjentowi, koordynacji i ciągłości procesu leczenia (Krakowiak, Marjański, 2010).

Podsumowując przedstawione wyniki badań, można zauważyć, że pacjent chce być leczony przez najlepszych dostępnych specjalistów, chce uzyskać pomoc jak najszybciej, chce być gruntownie przebadany i prawidłowo zdiagnozowany oraz chce, aby wszystkie działania medyczne wykonywane były przez życzliwy, zainteresowany jego osobą personel, w czystych, wygodnych, schludnych salach, z użyciem najnowocześniejszego sprzętu. Rezultatem tych działań jest trwały, pełen efekt terapeutyczny (Szpringer i in., 2015).

Satysfakcja pacjenta jest pożądanym rezultatem, miarą jakości, a także podstawą do przewidywania zachowań pacjentów (Krakowiak, Marjański, 2010). Odzwierciedla ona stopień, w jakim opieka jest przez niego akceptowana w odniesieniu do oczekiwań i potrzeb. Porównanie tych oczekiwań ze stanem rzeczywistym, określane jest jakością usługi. Różnica między usługą oczekiwaną a faktycznie otrzymaną jest sprawą indywidualną i subiektywną dla każdego pacjenta. Pacjent jest zainteresowany jakością kliniczną oraz subiektywną satysfakcją z udzielanych świadczeń medycznych.

Satysfakcja pacjenta jest negatywnie skorelowana z jego oczekiwaniami (Wyrzykowska, 2007, s. 3–10). Jeśli pacjent wkracza do placówki ochrony zdrowia z niskimi oczekiwaniami, jego satysfakcja z opieki będzie prawdopodobnie wyższa. Pacjent z oczekiwaniami niemożliwymi do spełnienia będzie najmniej zadowolony z opieki. Oczekiwania pacjentów nie zawsze pokrywają się z oceną kompetentnego lekarza lub pielęgniarki, a zadowolenie pacjentów uzyskać można również przy słabych rezultatach medycznych.

Dlatego właśnie tak ważne jest określenie oczekiwań pacjenta wobec opieki. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. gwarantuje pacjentom między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, prawo do informacji o stanie zdrowia, prawo do

udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia, wyrażenia zgody lub odmowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Respektowanie praw pacjenta oraz świadczenie usług z zachowaniem zasad etyki zawodowej jest prawnym i moralnym obowiązkiem personelu medycznego (Dz.U. z 2020 r., poz. 849).

Badanie satysfakcji pacjenta jest jedną z metod stosowanych do oceny jakości opieki zdrowotnej i polega na zebraniu opinii pacjentów o sposobie udzielania świadczeń medycznych. Znaczenie, jakie przywiązuje się do działań mających podnieść poziom satysfakcji pacjenta, wynika z faktu, że pacjent usatysfakcjonowany z opieki zachowuje się inaczej niż pacjent z niej niezadowolony. Pacjent nieusatysfakcjonowany przedwcześnie kończy leczenie, nie współpracuje podczas realizacji planu leczenia i pielęgnacji, szuka pomocy gdzie indziej. Podmiot leczniczy w takim przypadku ponosi koszty związane ze stratą niezadowolonych pacjentów i koszty związane z ponownym ich pozyskaniem. Pacjent usatysfakcjonowany stosuje się do zaleceń lekarza, jest lojalny wobec świadczeniodawcy, w razie potrzeby ponownie skorzysta z usług podmiotu leczniczego, będzie rekomendował ten podmiot innym klientom (Jenkinson i in., 2003; Rama, Kanagaluru, 2011).

Badania satysfakcji pacjentów są ważnym źródłem informacji o poziomie świadczonej opieki w podmiotach ochrony zdrowia i powszechnie uznaje się celowość takich analiz. Z jednej strony, pacjenci mają do tego nienaruszalne prawo i swoistą perspektywę oceny. Z drugiej, zarządzanie instytucją ochrony zdrowia z uwzględnieniem wyników badań satysfakcji pacjentów stanowi gwarancję utrzymania placówki na rynku usług medycznych, nawet przy istnieniu silnej konkurencji.

Badania opinii pacjentów w jednostkach służby zdrowia w Polsce stają się coraz bardziej aktualne. Badania prowadzone są pod nazwą satysfakcji pacjenta z udzielonej usługi medycznej (Krakowiak, Marjański, 2010; Kulczycka, 2004; Maconko i in., 2016; Małecka, Marcinkowski, 2007). Inspirację do przeprowadzania badań stanowią względy praktyczne. W systemach ochrony zdrowia, w których coraz większą rolę odgrywają elementy gospodarki rynkowej, zdobycie informacji, jak postrzegane są określone usługi medyczne przez pacjentów, jest bardzo cenne. Poznanie opinii pacjentów umożliwia dostosowanie ośrodka do oczekiwań, przyczyniających się do wzrostu konkurencyjności placówki służby zdrowia.

Pierwszą instytucją profesjonalnie zajmującą się badaniem satysfakcji pacjenta był Instytut Pickera, który w 1993 r. zaproponował badanie satysfakcji jako narzędzia pomiaru jakości, a już w 1994 r. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations w USA wprowadziła badanie satysfakcji do standardów akredytacyjnych, zobowiązując jednostki służby zdrowia do prowadzenia tego typu działalności w sposób ciągły (Setyawan i in., 2019; Platonova i in., 2008). We Francji badania satysfakcji pacjentów są obowiązkowe od 1996 r. we wszystkich szpitalach. W Wielkiej Brytanii w 2002 r.



Departament Zdrowia uruchomił krajowy program badań – wszystkie placówki służby zdrowia National Health Service (NHS) muszą analizować zadowolenie pacjentów i raportować wyniki do swoich jednostek nadrzędnych. W Niemczech od 2005 r. wymagane jest mierzenie satysfakcji pacjentów jako elementu zarządzania jakością w szpitalach. W Europie praktycznie we wszystkich krajach prowadzone są systematyczne badania satysfakcji pacjentów. Podobnie jest w USA, Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii (Al-Abri, Al-Balushi, 2014).

W literaturze przedmiotu znany jest też model Avedisa Donabediana (opracowany przez autora w 1966 r.), który stanowi ramy dla badania poziomu usług medycznych i oceny ich jakości. Informacje o jakości opieki zdrowotnej można wyodrębnić z trzech kategorii: struktura, proces i wyniki. Struktura opisuje kontekst (budynki, personel, sprzęt, finansowanie), proces oznacza transakcje między pacjentami a świadczeniobiorcami, w tym efekty przede wszystkim dotyczące satysfakcji pacjentów, a wyniki odnoszą się do wpływu opieki zdrowotnej na stan zdrowia pacjentów i populacji (Al-Abri, Al-Balushi, 2014; Starfield i in., 2005).

Skala i zakres badań na temat satysfakcji pacjentów są różne, dlatego też stosuje się wiele narzędzi do jej pomiaru, np.: PSQ – Patient Satisfaction Questionnaire, zbudowany na wzór CSQ-8 – Client Satisfaction Questionnaire stosowanego w USA do badań satysfakcji klientów; PSQ – 18 – skrócona wersja PSQ PPEQ-15 stosowana w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Szwajcarii, Niemczech; CAHPS – Consumer Assessment of Healthcare Providers and System Picker Patient Survey/Experience Questionnaire; Internetowe badanie satysfakcji pacjenta – DrScore.com. W badaniach mających na celu analizę dostępnych instrumentów służących do oceny telezdrowia przez pacjentów zidentyfikowano 12 takich narzędzi ankietowych (Weaver i in., 2020). Kwestionariusze najczęściej koncentrują się na określonych wymiarach opieki nad pacjentem – w tym informacji i komunikacji, koordynacji opieki, poszanowaniu preferencji pacjenta, zaangażowaniu rodziny i przyjaciół oraz ciągłości opieki. W kwestionariuszach nie zadaje się pytań, czy pacjenci są usatysfakcjonowani tymi aspektami opieki, ale raczej czy w trakcie określonego epizodu opieki wystąpiły określone procesy i zdarzenia.

Badania opinii pacjentów na temat poziomu ich satysfakcji z jakości otrzymanych usług stanowią niezwykle cenny i wartościowy sposób weryfikacji jakości usług medycznych, który pozwala zespołowi medycznemu na uzyskanie informacji na temat poziomu sprawowanej przez siebie opieki, poznanie oczekiwań i potrzeb pacjenta, oraz właściwe podejście do rozwiązania rozpoznanych problemów. Badanie satysfakcji pacjenta pozwala także na rozpoznanie, co w zakresie usług medycznych jest źródłem jego dyskomfortu i niezadowolenia (Setyawan i in., 2019). Nowe problemy badań satysfakcji pacjentów z usług medycznych pojawiły się w związku z pandemią. Wynika to z faktu coraz szerszego stosowania opieki zdalnej, jej upowszechniania,

konieczności stosowania różnorodnych narzędzi i technik komunikacji z pacjentami.

## Metoda badawcza

**D**ane na potrzeby prowadzonych przez autorów badań empirycznych na temat satysfakcji z opieki zdalnej w ramach POZ zostały zebrane za pomocą anonimowej ankiety telefonicznej, która zawierała pytania zamknięte. Biorąc pod uwagę ograniczenia wprowadzone w okresie stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, badania zostały przeprowadzone w formie wywiadów telefonicznych w czterech lokalnych przychodniach POZ należących do jednej z sieci niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce, która współpracowała z zespołem badawczym. Podstawowym kryterium wyboru podmiotów leczniczych do badania było posiadanie infrastruktury do przeprowadzenia wywiadów telefonicznych *call center*, które uznano za najbardziej bezpieczną formę prowadzenia badań ankietowych w warunkach pandemii. Z uwagi na pandemię COVID-19 na etapie pilotażu metoda rekrutacji telefonicznej w przychodniach współpracujących z zespołem badawczym była bowiem najbardziej praktyczną opcją uzyskania szybkich odpowiedzi w warunkach zapewniających dystans między osobą przeprowadzającą wywiad a pacjentem. Całkowita liczba pacjentów POZ zarejestrowanych w badanych placówkach to 46 700 osób. Jedna przychodnia zlokalizowana była w Radomiu, a pozostałe trzy w Warszawie. Do badania zakwalifikowano wszystkich pacjentów, którzy wyrazili zgodę na udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki zdalnej opracowany na podstawie wcześniejszych narzędzi badawczych z uwzględnieniem niewielkich modyfikacji, tak aby było możliwe zastosowanie go do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki POZ w Polsce. Kwestionariusz zawierał: tytuł, cel badania, 4 wstępne pytania zamknięte, zbiór 47 stwierdzeń oraz metryczkę obejmującą 7 pytań pozwalających scharakteryzować respondenta. Zweryfikowano wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie i aktywność zawodową pacjentów oraz lokalizację placówki, z której odbywała się konsultacja. Kwestionariusz został oceniony pod kątem etycznym przez Senacką Komisję Etyki Zawodowej Politechniki Warszawskiej. Uzyskano certyfikat etycznej oceny badań naukowych.

Szczegółowy opis metody doboru próby badawczej, charakterystykę respondentów, najważniejsze informacje o placówkach POZ, w których prowadzono badanie oraz kryteria, którymi się kierowano, wybierając przychodnie do współpracy, przedstawiono w numerze 5 „Przeгляdu Organizacji” (Gierszewska i in., 2021)<sup>1</sup>.

Dla celów analizy uzyskanych wyników obliczono statystyki podstawowe: średnią arytmetyczną, medianę, wartości minimalne i maksymalne, odchylenie

standardowe i udziały procentowe. Przedstawiono również wyniki analizy rzetelności wymiarów satysfakcji pacjentów ze zdalnej opieki medycznej za pomocą współczynnika alfa Cronbacha. Niezbędne obliczenia wykonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics w wersji 26.

## Wyniki badań

Przeprowadzone badania poziomu zadowolenia pacjentów z porad zdalnych wskazały na duży potencjał konsultacji medycznych w formie rozmów telefonicznych oraz niebywałą lukę w świadczeniu zdalnej opieki w formie wideorozmów za pośrednictwem platform (Zoom, Teams) i komunikatorów (Skype, WhatsApp).

Łączny rozkład dwóch zmiennych: czasu oczekiwania na wizytę i rodzaju porady przedstawia tabela 1.

Z porad w formie rozmowy telefonicznej skorzystały 94 osoby. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci oczekujący dłużej niż 48 godzin (43 osoby); 28 osób odbyło teleporadę następnego dnia, a 23 osoby tego samego dnia. Wideorozmowy z wykorzystaniem komunikatora WhatsApp lub Skype odbyły dwie osoby, a ich czas oczekiwania na poradę wynosił dłużej niż dwa dni. Wideorozmowę przez platformę Teams lub Zoom zrealizowały dwie osoby (jedna z nich następnego dnia, natomiast druga osoba na kontakt lekarza czekała dłużej niż 48 godzin). Jedna osoba wykazała, że skorzystała z innego rodzaju porady, a czas oczekiwania na nią wynosił jeden dzień. Czas oczekiwania na telekonsultację dłużej niż dwa dni mógł wywołać

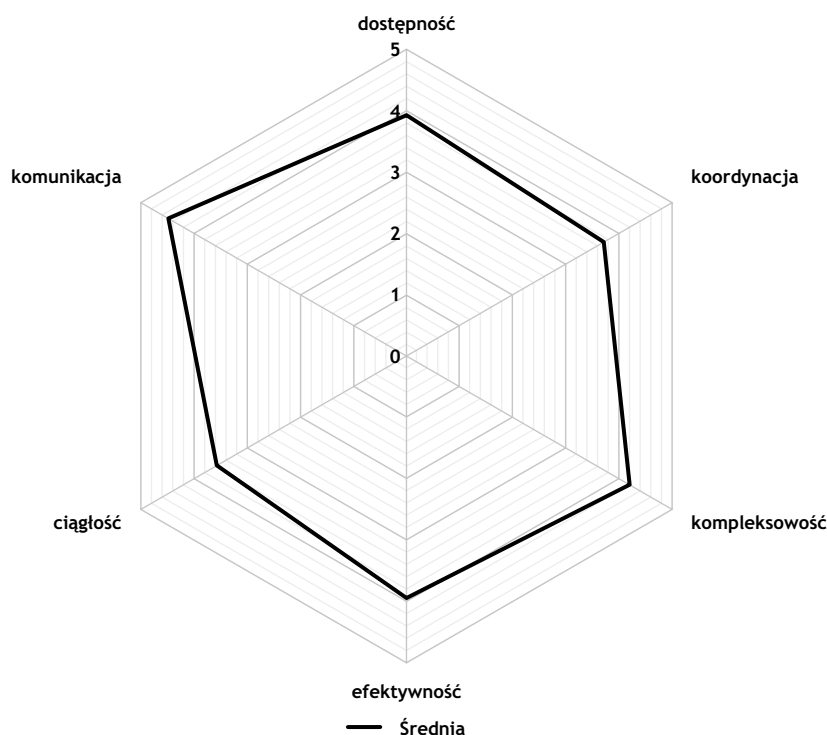
w pacjentach niepokój i obniżyć ocenę jakości porad zdalnych.

Satysfakcja pacjentów ze zdalnej opieki medycznej podczas pandemii została zmierzona w sześciu wymiarach (Gierszewska i in., 2021). Spośród 47 pytań siedem odnosiło się do dostępności (D), sześć do koordynacji (KR), siedem do kompleksowości (KP), cztery do efektywności (E), pięć do ciągłości (C) i dziewięć do komunikacji (KM). Przeprowadzona przez autorów analiza czynnikowa potwierdziła, że zmienne do pomiaru satysfakcji z jakości POZ w wymienionych wymiarach zostały dobrane prawidłowo (Kludacz-Alessandri i in., 2021a; 2021b). Satysfakcję pacjentów ze zdalnej opieki medycznej w poszczególnych wymiarach wyrażoną za pomocą średniej prezentuje rysunek 1.

Analizując efekty przeprowadzonych badań, można stwierdzić, że niewątpliwie pacjenci najwyższą ocenę komunikację (KM:  $\bar{x}=4,48$ ) i kompleksowość (KP:  $\bar{x}=4,2$ ). Poziom satysfakcji z efektywności (E:  $\bar{x}=3,94$ ) i dostępności (D:  $\bar{x}=3,93$ ) był podobny. Respondenci wykazywali niski poziom zadowolenia, oceniając koordynację (KR:  $\bar{x}=3,72$ ) oraz ciągłość (C:  $\bar{x}=3,57$ ) zstanań w podstawowej opiece zdrowotnej.

Wartość współczynnika alfa Cronbacha wykazała bardzo dobrą spójność wewnętrzną wymiarów satysfakcji pacjentów ze zdalnej opieki medycznej ( $\alpha=0,931$ ). Wyniki przeprowadzonej analizy rzetelności przedstawiono w tabeli 2.

Alfa Cronbacha przyjmuje wartość od 0 do 1. Im większa wartość, tym większa rzetelność. Najniższy współczynnik rzetelności uzyskano, analizując



Rys. 1. Satysfakcja pacjentów ze zdalnej opieki medycznej w poszczególnych wymiarach  
Źródło: opracowanie własne

wymiary efektywności i ciągłości. Wartość alfa Cronbacha dla zmiennych komunikacji wskazuje na dość wysoką spójność kwestionariusza w tym wymiarze.

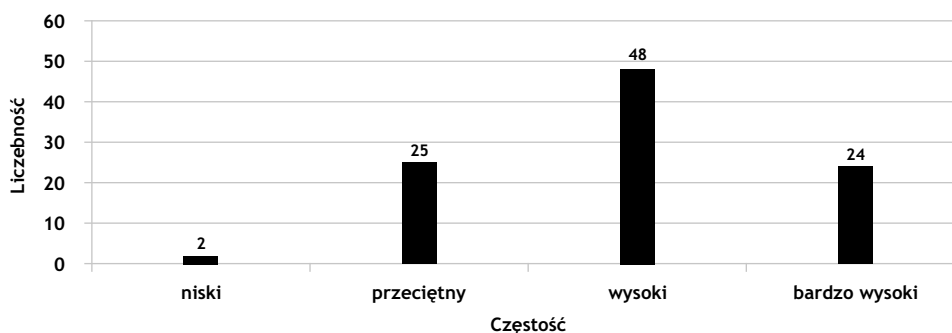
W celu dodatkowej analizy uzyskanych danych zastosowano skalę sumowania ocen (tab. 3). Zsumowano dane z kwestionariuszy (N=99) oraz obliczono sumę punktów możliwych do uzyskania przez każdego respondenta w poszczególnych wymiarach. Sumę punktów określającą maksymalny poziom satysfakcji z porad zdalnych obliczono, mnożąc liczbę zmiennych w danych wymiarze przez maksymalną ocenę danej zmiennej (będzie to 5, ponieważ zastosowano skalę od 1 do 5). Ogólne zadowolenie określono na podstawie sześciu wymiarów ( $\Sigma=190$  pkt.).

Za pomocą programu IBM SPSS Statistics w wersji 26 dokonano przekształcenia zmiennej „ogólne zadowolenie z porad zdalnych”. Zmienną numeryczną rekodowano na zmienną łańcuchową, przekształcając

zakres źródłowy z zastosowaniem zasad przedstawionych w tabeli 4. Ocenę satysfakcji pacjentów OZ1 podzielono na 5 zakresów. Wartości w zakresie 0–56 zakwalifikowano jako poziom bardzo niski, 57–95 jako poziom niski, 96–141 jako poziom przeciętny, 142–171 jako poziom wysoki oraz 172–190 jako poziom bardzo wysoki.

W wyniku rekodowania powstała nowa zmienna – poziom satysfakcji z porad zdalnych (OZ2). Częstość poszczególnych ocen zadowolenia z opieki medycznej z zastosowaniem telefonu i Internetu prezentuje rysunek 2.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na wysoki poziom satysfakcji (48 badanych), 24 osoby oceniły poziom satysfakcji na bardzo wysoki, a 25 na przeciętny. Niski poziom satysfakcji wskazały tylko 2 osoby, natomiast nie stwierdzono występowania bardzo niskiego poziomu satysfakcji (czyli do 56 punktów).



Rys. 2. Poziom satysfakcji z porad zdalnych (częstość - zmienna OZ2)  
Źródło: opracowanie własne

Tabela 1. Relacja krzyżowa: czas oczekiwania na wizytę i rodzaj porady

Zmienne		Rodzaj porady				
		Teleporada w formie rozmowy telefonicznej	Wideo rozmowa z wykorzystaniem komunikatora (WhatsApp, Skype)	Wideo rozmowa przez platformę (Teams, Zoom)	Inne	Ogółem
Czas oczekiwania	Wizyta natychmiastowa (do 4 h)	11	0	0	0	11
	Powyżej 4 h, ale wizyta odbyła się tego samego dnia	12	0	0	0	12
	Wizyta odbyła się następnego dnia (od 24 do 48 h)	28	0	1	1	30
	> 2 dni (dłużej niż 48 h)	43	2	1	0	46
	Ogółem	94	2	2	1	99

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Wyniki analizy rzetelności wymiarów satysfakcja pacjentów ze zdalnej opieki medycznej

Wymiar	Liczba zmiennych	Współczynnik alfa Cronbacha ( $\alpha$ )
Dostępność	7	0,757
Koordinacja	6	0,793
Kompleksowość	7	0,763
Efektywność	4	0,665
Ciągłość	5	0,684
Komunikacja	9	0,856
Ogólne satysfakcja z porad zdalnych	38	0,931

Źródło: opracowanie własne

Tabela 3. Wymiary zadowolenia z porad zdalnych wyrażone w punktach (liczebność, suma punktów możliwych do uzyskania, minimum, maksimum, średnia, odchylenie standardowe)

Wymiary	N	Suma punktów możliwych do uzyskania	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Zadowolenie z dostępności	99	35	13	35	27,404	5,481
Zadowolenie z koordynacji	99	30	12	30	22,273	5,046
Zadowolenie z kompleksowości	99	35	13	35	29,323	5,152
Zadowolenie z efektywności	99	20	5	20	15,778	3,480
Zadowolenie z ciągłości	99	25	6	25	17,828	4,996
Zadowolenie z komunikacji	99	45	21	45	40,212	5,704
Ogólne zadowolenie z porad zdalnych (OZ1)	99	190	79	190	152,818	24,184

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Zasady przekształcenia zmiennej numerycznej OZ1 w zmienną łańcuchową OZ2

Wartość źródłowa		Wartość wynikowa
Minimalny zakres – wartość OZ1	Maksymalny zakres – wartość OZ1	Poziom satysfakcji OZ2
0	56	bardzo niski
57	95	niski
96	141	przeciętny
142	171	wysoki
172	190	bardzo wysoki

Źródło: opracowanie własne



## Podsumowanie

**O** becne warunki ograniczonej mobilności społecznej (z uwagi na pandemię COVID-19) wymuszają na placówkach POZ zmiany w sposobie funkcjonowania i zachęcają do wdrożenia alternatywnych, innowacyjnych metod zdalnej pracy w celu zminimalizowania wizyt bezpośrednich pacjentów. W sytuacji gdy tysiące ludzi poddaje się kwarantannie z powodu możliwej infekcji, wprowadzenie teleporad w tych placówkach staje się konieczne. Z jednej strony umożliwiają one podjęcie leczenia pacjenta, a z drugiej ograniczają ryzyko rozprzestrzenienia się choroby. Ponadto telekonsultacje umożliwiają pokonanie bariery geograficznej, skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na leczenie, powiększenie liczebności obsługiwanej populacji oraz zapewnienie wsparcia medycznego pacjentom online. Takie rozwiązania są niewątpliwie perspektywiczne i nie będą służyć tylko na czas aktualnego kryzysu epidemiologicznego.

Telemedycyna może odgrywać kluczową rolę w opiece nad pacjentem w sytuacji kryzysowej, jaką jest pandemia COVID-19, umożliwiając zdalną opiekę pacjentom wymagającym opieki zdrowotnej. Ważne jest jednak zachowanie wysokiej jakości takich usług, do sprawdzenia której można wykorzystać badania satysfakcji pacjentów. Potrzeba badań nad oceną satysfakcji pacjenta jest zatem coraz bardziej wyraźna. W związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 pojawiły się nowe problemy, które wpływają na satysfakcję pacjentów z usług medycznych. Wynika to z faktu coraz szerszego stosowania opieki zdalnej, jej upowszechniania, konieczności stosowania różnorodnych narzędzi i technik komunikacji z pacjentami. Poznanie opinii i oczekiwań klientów jest niezbędną składową współczesnego procesu zarządzania usługami zdrowotnymi.

Autorzy zbadali stopień satysfakcji pacjentów z jakości opieki medycznej w warunkach pracy zdalnej placówek podstawowej opieki zdrowotnej wymuszonej przez pandemię COVID-19. Do pomiaru zadowolenia opracowano narzędzie badawcze – kwestionariusz pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki zdalnej. W tym celu dokonano przeglądu narzędzi stosowanych na świecie i zmodyfikowano je tak, aby było możliwe zastosowanie ich do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki POZ w Polsce.

Podjęte badania ujawniły wysoki poziom zadowolenia pacjentów ze zdalnej opieki medycznej w Polsce. Blisko połowa respondentów uznała poziom jakości zdalnej opieki medycznej za bardzo wysoki. Zdecydowana większość pacjentów wysoko oceniła przede wszystkim jakość komunikacji między pacjentem a lekarzem rodzinnym w trakcie telekonsultacji i kompleksowość opieki. Podczas konsultacji telefonicznych pacjenci czuli się wysłuchani, zrozumiani i doświadczali wsparcia emocjonalnego oraz szacunku ze strony lekarza rodzinnego. Jest to szczególnie istotne, ponieważ niezwykle ważną cechą skutecznej telemedycyny jest budowanie wzajemnego zaufania w relacji lekarz-pacjent. Komunikację z lekarzem rodzinnym

najlepiej oceniali pacjenci, którzy potrzebowali diagnozy i konsultacji w zakresie leczenia. Telekonsultacja była również wysoko oceniona pod względem dostępności i efektywności opieki. Najgorzej została oceniona przez pacjentów ciągłość opieki i koordynacja.

Przedstawione wyniki pozwalają na dość szybką ocenę satysfakcji pacjentów z podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji kryzysowej, jaką jest pandemia COVID-19. Mogą one stanowić wskazówkę dla świadczonych usług, jakie obszary tej opieki świadczonej w warunkach zdalnych należy doskonalić. Analiza satysfakcji pacjentów pozwala nie tylko na poznanie opinii na temat świadczonych usług, ale przede wszystkim wskazuje na mocne i słabe strony opieki zdalnej oraz może być ważnym głosem w dyskusji nad strategią podmiotu leczniczego.

W celu poprawy jakości świadczonych usług w warunkach pandemii COVID-19 placówki ochrony zdrowia muszą zainwestować w narzędzia umożliwiające skuteczną komunikację z pacjentami i muszą też nauczyć się sprawnego wykorzystania tych narzędzi. Jest to swoisty truizm. Sposobów wspomaganie pacjentów i służb medycznych w rozwijaniu zdalnych usług w ochronie zdrowia jest bowiem bardzo wiele (o czym świadczą rozwiązania wdrożone w krajach wysokorozwiniętych, ale też bogatych). W Polsce podstawową barierą są przede wszystkim środki finansowe a nie bariera mentalnościowa, bowiem pracownicy służby zdrowia znają narzędzia, akceptują je i szybko potrafią opanować ich funkcjonalności.

---

**prof. dr hab. Grażyna Gierszewska**  
**Politechnika Warszawska**  
**Wydział Zarządzania**  
**ORCID: 0000-0001-6790-1119**  
**e-mail: grazyna.gierszewska@pw.edu.pl**

---

**mgr Wioletta Pomaranik**  
**Politechnika Warszawska**  
**Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych**  
**ORCID: 0000-0001-9552-2677**  
**e-mail: wioletta.pomaranik@pw.edu.pl**

---

**dr hab. inż. Liliana Hawrysz**  
**Politechnika Warszawska**  
**Wydział Zarządzania**  
**ORCID: 0000-0002-0357-9930**  
**e-mail: liliana.hawrysz@pw.edu.pl**

---

**dr hab. Magdalena Kludacz-Alessandri**  
**Politechnika Warszawska**  
**Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych**  
**ORCID: 0000-0002-7011-2302**  
**e-mail: magdalena.kludacz@pw.edu.pl**



## Przypis

- 1) Badania były realizowane w ramach projektu Model pracy zdalnej dla placówek służby zdrowia zapewniający ciągłą opiekę zdrowotną w warunkach ograniczonej mobilności społecznej realizowany w latach 2021–2022, finansowany ze środków Politechniki Warszawskiej w ramach Programu Inicjatywa Doskonałości-Uczelnia Badawcza (ID-UB).

## Bibliografia

- [1] Al-Abri R., Al-Balushi A. (2014), *Patient Satisfaction Survey as a Tool towards Quality Improvement*, „Oman Med Journal”, Vol. 29, No. 1, pp. 3–7.
- [2] Andrabi S.A., Hamid S., Rohul J., Anjum F. (2012), *Measuring Patient Satisfaction: A Cross-Sectional Study to Improve Quality Care at a Tertiary Care Hospital*, „Health Line”, Vol. 3, No. 1, pp. 59–62.
- [3] Bourdillon F., Tézenas du Montcel S., Collin E., Coutaux A., Lébeauupin E., Cesselin F., Bourgeois P. (2012), *Determinants of Patient Satisfaction Regarding Pain Care*, „Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique”, Vol. 60, No. 6, pp. 455–462.
- [4] Gierszewska G., Pomaranik W., Korneta P., Kludacz-Alessandri M. (2021), *Wymiary jakości podstawowej opieki medycznej i ich ocena w warunkach teleporady lekarskiej podczas pandemii COVID-19 w Polsce*, „Przegląd Organizacji”, Nr 5, s. 39–52.
- [5] Gutysz-Wojnicka A. (2010), *Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.
- [6] Jenkinson C., Coulter A., Bruster S., Richards N., Chandola T. (2002), *Patients' Experience and Satisfaction with Health Care: Results of a Questionnaire Study of Specific Aspects of Care*, „Quality Safety Health Care”, Vol. 11, No. 4, pp. 335–339.
- [7] Kludacz-Alessandri M., Hawrysz L., Korneta P., Gierszewska G., Pomaranik W., Walczak R. (2021a), *The Impact of Medical Teleconsultations on General Practitioner-Patient Communication during COVID-19: A Case Study from Poland*, „PLoS ONE”, Vol. 16, No. 7, art. e0254960.
- [8] Kludacz-Alessandri M., Walczak R., Hawrysz L., Korneta P. (2021b), *The Quality of Medical Care in the Conditions of the COVID-19 Pandemic, with Particular Emphasis on the Access to Primary Healthcare and the Effectiveness of Treatment in Poland*, „Journal of Clinical Medicine”, Vol. 10, No. 16, p. 3502.
- [9] Krakowiak J., Marjański A. (red.), (2010), *Ocena i zachowanie świadczeniobiorców usług medycznych*, Wydawnictwo Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi, Łódź.
- [10] Kulczycka K. (2004), *Przedmiot i kryteria jakości świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta*, [w:] D.A. Ksykiewicz (red.), *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wyd. Czelej, Lublin, s. 167–171.
- [11] Maciąg A., Sakowska I. (2006), *Rola i prawa pacjenta w obszarze usług zdrowotnych*, Studia i Materiały Wydziału Zarządzania UW nr 1, Warszawa.
- [12] Maconko M., Kopański Z., Strychar J., Małek Ł. (2016), *Satysfakcja pacjenta i metody jej pomiaru (Patient Satisfaction and the Methods of Its Assessment)*, „Journal of Clinical Healthcare”, No. 3.
- [13] Malecka B., Marcinkowski J.T. (2007), *Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, Vol. 88, Nr 1.
- [14] Mykowska A. (2002), *Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, Nr 4(6), s. 69–73.
- [15] Otani K., Herrmann P.A., Kurz R.S. (2011), *Improving Patient Satisfaction in Hospital Care Settings*, „Health Services Management Research”, Vol. 24, No. 4, pp. 163–169.
- [16] Platonova E.A., Kennedy K.N., Shewchuk R.M. (2008), *Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians*, „Medical Care Research and Review”, Vol. 65, No. 6, pp. 696–712.
- [17] Rama M., Kanagaluru S.K. (2011), *A Study on the Satisfaction of Patients with Reference to Hospital Services*, „International Journal of Business Economics & Management Research”, Vol. 1, No. 3, pp. 15–25.
- [18] *Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19*, NFZ Departament Obsługi Pacjentów, Warszawa, 8 sierpnia 2020.
- [19] Risser N. (1975), *Development of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Nurses and Nursing Care in Primary Care Settings*, „Nursing Research”, Vol. 24, No. 1, pp. 45–52.
- [20] Setyawan F.E.B., Supriyanto S., Tunjungsari F. (2019), *Medical Staff Services Quality on Patients Satisfaction Based on SERVQUAL Dimensions*, „International Journal Public Health Research”, Vol. 8, No. 1, pp. 57–57.
- [21] Starfield B., Shi L., Macinko J. (2005), *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, „The Milbank Quarterly”, Vol. 83, No. 3, pp. 457–502.
- [22] Szpringer M., Chmielewski J., Kosecka J., Sobczyk B., Komendacka O. (2015), *Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, Vol. 21, Nr 2, s. 132–137.
- [23] Tanniru M., Khuntia J. (2017), *Dimensions of Patient Experience and Overall Satisfaction in Emergency Departments*, „Journal of Patient Experience”, Vol. 4, No. 3, pp. 95–100.
- [24] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849.
- [25] Wagner D., Bear M. (2009), *Patient Satisfaction with Nursing Care: A Concept Analysis within a Nursing Framework*, „Journal of Advanced Nursing”, Vol. 65, No. 3, pp. 692–701.
- [26] Weaver M.S., Lukowski J., Wichman B., Navaneethan H., Fisher A.L., Neumann M.L. (2021), *Human Connection and Technology Connectivity: A Systematic Review of Available Telehealth Survey Instruments*, „Journal of Pain and Symptom Management”, Vol. 61, No. 5, pp. 1042–1051.



- [27] Williams S., Weinman J., Dale J., Newman S. (1995), *Patient Expectations: What Do Primary Care Patients Want from the GP and How Far Does Meeting Expectations Affect Patient Satisfaction?* „Family Practice”, Vol. 12, No. 2, pp. 193–201.
- [28] Wyrzykowska M. (2007), *Ocena opieki pielęgniarskiej*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, Nr 1, s. 3–10.

**Patient satisfaction  
with remote medical care  
within primary healthcare  
during the Covid-19 pandemic  
in Poland**

---

**Summary**

Patient satisfaction surveys are an important source of information on the level of care provided in healthcare entities and the desirability of such analyses is widely recognised. On the one hand, patients have an inviolable

right to do so and an individual evaluation perspective. On the other hand, managing a healthcare institution, considering the results of patient satisfaction surveys, is a guarantee of maintaining the facility on the medical services market, even with strong competition. The aim of the article is to assess the degree of patient satisfaction concerning the quality of medical care in remote work conditions of primary care facilities imposed by the COVID-19 pandemic. The data obtained generally shows a high level of satisfaction, especially in the dimensions of communication with doctors and comprehensiveness of care. The study has also identified several areas for improvement, such as the need for videoconferencing, improving the continuity and coordination of care, and reducing the waiting time for teleconsultation.

**Keywords**

patient satisfaction, primary health care, teleconsultation, COVID-19

---